UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA ISABEL BORGES MOREIRA SAÚDE

Interrogando a operação da rede de serviços de saúde

Ribeirão Preto

2006

MARIA ISABEL BORGES MOREIRA SAÚDE

Interrogando a operação da rede de serviços de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Saúde, Maria Isabel Borges Moreira

Interrogando a operação da rede de serviços de saúde/ Maria Isabel Borges Moreira Saúde; orientador: Silvana Martins Mishima. Ribeirão Preto, 2006.

249 p.: il.; 30cm

Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Integralidade da Atenção à Saúde. 2. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. 3. Atenção Primária de Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Administração de Serviços de Saúde 6. Saúde da Mulher 7. Atenção à Gestante

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Isabel Borges Moreira Saúde

Interrogando a operação da rede de serviços

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Aprovada em _____

Banca examinadora

Profa. Dra. **Silvana Martins Mishima**

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. **Maria Cecília Puntel de Almeida**

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. **Darlene Mara dos Santos Tavares**

Instituição: UFTM Assinatura: _____

Profa. Dra. **Cibele Alves Chapadeiro de Castro Sales**

Instituição: UFTM Assinatura: _____

Prof. Dr. **José Sebastião dos Santos**

Instituição: FMRP-USP Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Bernardo e Ondina, pelo aprendizado do amor,
do respeito pelo outro e da luta cotidiana pela vida.*

*Aos meus filhos, caros presentes que a vida me ofertou,
pela terna paciência.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Bernardo, Vera, Edvardo, Zé, Chico Encantado, Maurício, Ni e Duda pelo amor e pelo incentivo à continuidade da caminhada, que está sendo possível também pela presença constante de vocês no meu coração, no meu ouvir e no meu olhar.

Aos outros Encantados com os quais já cruzei nesta vida e que permanecem dentro de mim e impulsionam o desejo de que algo melhor nesta vida aconteça a cada dia.

Ao meu esposo Almir, pelo afeto e cuidado.

À Professora Silvana Martins Mishima, por mais uma jornada de orientação atenta, cuidadosa, competente, realizada com maestria. E também pelo afeto e escuta, que muito me auxiliaram a compreender as diversas crises acontecidas neste período e me instaram a superá-las.

Aos docentes e alunos da USP com os quais tive oportunidade de convívio durante realização das disciplinas no doutorado - na Escola de Enfermagem, especialmente do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública, no Departamento de Medicina Geral e Comunitária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, pelo compartilhar de seu saber, que me tornou uma pessoa mais curiosa e interrogadora, e comprometida com a busca do conhecimento.

Aos trabalhadores que atuam na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo acolhimento na Recepção, na Sala de Leitura, no Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública, na Seção de Pós-Graduação, na Cantina e no Xerox.

Aos professores que compuseram as bancas de qualificação e pré-bancas Neiry Primo Alessy, Maria Cecília Puntel de Almeida, Cibele Alves Chapadeiro, Darlene Mara dos Santos Tavares e José Sebastião dos Santos, pela valiosa contribuição na discussão e aprimoramento deste trabalho.

Às Professoras Maria José Bistafa Pereira e Sybelle Castro Miranzi, pela presença generosa durante o processo de análise e discussão das informações obtidas no trabalho de campo, mas sobretudo pela amizade.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela minha liberação para conclusão desta tese.

A todos os companheiros do Departamento de Medicina Social que durante minha ausência foram capazes de compreensão e apoio, materializados inclusive nos momentos em que me substituíram em atividades porque estava envolvida em outros afazeres.

Aos companheiros situados nos diferentes espaços da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba com os quais tive estreito contato no período em que lá estive – gestor, trabalhadores e conselheiros, pela oportunidade do aprendizado de um saber que transversaliza toda esta pesquisa.

Aos sujeitos desta pesquisa, trabalhadores e gestantes, pela oferta do seu pensar sobre o cotidiano dos serviços.

E, finalmente, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento de itens de capital e de custeio fundamentais para desenvolvimento das atividades nas diferentes fases deste trabalho (CNPq – Processo n.402376/2005-6).

RESUMO

SAÚDE, M. I. B. M. **Interrogando a operação da rede de serviços**. 2006. 249p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudo qualiquantitativo teve por objetivo geral analisar a conformação da rede de serviços de saúde que fazem atenção à saúde da gestante em Uberaba – MG. Teve como suporte teórico as categorias *rede*, *integralidade* e *poder*. Foi realizado estudo de caso tomando por referência os serviços de atenção básica de um Distrito Sanitário, sendo os dados de fontes primárias obtidos por entrevistas semi-estruturadas de trabalhadores de unidades de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica e de gestantes, e realização de grupo de discussão com gestantes. As fontes secundárias foram representadas por documentos oficiais e informações de bancos de dados das três esferas de governo. Os dados quantitativos foram analisados considerando sua distribuição de frequência, e o material empírico das entrevistas e do grupo de discussão foi submetido à análise temática. Na análise documental identificamos que a política de atenção à gestante tem acontecido principalmente pela indução do financiamento, ou pela necessidade de superação de situações emergenciais. Identificamos, entretanto, tentativas de articulação de serviços e de atores, trabalhadores e usuários nos distintos espaços de construção desta política. Os dados e as informações de bancos de dados municipais e nacionais apontam para baixa cobertura e qualificação da assistência pré-natal de baixo e alto risco, por deficiência de infra-estrutura e de profissionais qualificados para atenção básica e especializada, déficit de leitos obstétricos e de UTI. O impacto na atenção pode ser identificado a partir da alta frequência de internações por complicação obstétrica e aborto, alta incidência de sífilis congênita e aumento mortalidade infantil, com óbitos concentrados no período perinatal. Do material empírico analisado a partir da análise temática emergiu o tema: “O modelo operado na rede de serviços que fazem atenção à gestante no município”, que foi recortado em quatro subtemas: oferta de ações de saúde e a atenção às necessidades das gestantes; o encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção; espaços de atenção à saúde como espaços de aprendizagem; gestão da rede - a relação entre os serviços de saúde que fazem atenção à gestante no município. A articulação e interpenetração destes subtemas revelam dificuldade de acesso da gestante aos serviços, organização e planejamento centrados na necessidade dos serviços e instituições de ensino, fragmentação da rede e dos processos de trabalho em cada um dos serviços, e relação conflituosa entre oferta de serviços e demanda das gestantes; dificuldade de articulação serviço-ensino para educação na saúde. Por outro lado, também identificamos alguns espaços aonde acontecem práticas mais comprometidas com a atenção integral à gestante, e abertura de linhas de fuga para garantir atendimento.

Descritores: Integralidade da Atenção à Saúde, Rede de Cuidados Continuados de Saúde, Atenção Primária de Saúde; Atenção à Saúde; Administração de Serviços de Saúde, Saúde da Mulher, Atenção à Gestante.

ABSTRACT

SAÚDE, M. I. B. M. **Inquiring the health service network operation.** 2006. 249p. Thesis (Doctoral) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

The objective of this quantitative and qualitative study was to analyze the structure and operation of the health services network for pregnant women in Uberaba - MG. The theoretical categories that support the study are: network, integrality and power. A case study was carried out, using as a reference a primary care service of one Sanitary District. The primary sources data were obtained through semi-structured interviews with health care unit workers of different technological densities and with pregnant patients, in discussion groups. Secondary sources data were obtained through official documents and data base of three governmental areas. The quantitative data were analyzed taking into account its frequency distribution, and the empirical material from the interviews and group discussions were submitted to a thematic analysis. In the documental analysis, we identified that care police for pregnant women has been guided by the financial availability or the prevailing of emergency needs. We identified, however, joint attempts of the services and health actors, health workers and users in constructing the police. The data and the information from municipal and national data base point to poor coverage and qualification of both low and high risk pre-natal care because of a deficiency in infrastructure and qualified care professionals, as well as a lack of obstetric and ICU beds. The health attention impact can be seen in the great number of internments for obstetric complications and abortion, the high incidence of congenital syphilis and a rise in infant mortality, with deaths concentrated in the peri-natal period. The thematic analysis of the empirical material provided a theme: "The operating model in the attention service network for pregnant women in the municipal district", which was divided into four sub-themes: health actions offered and attention to the pregnant women needs; the health care worker and the pregnant woman meeting during the care process; health attention place as a learning place; network management - the relation among services that attend the pregnant women in the municipal district. The articulation and intersection of these sub-themes reveal access difficulty of the pregnant patient, organization and planning centered in the service and learning institutions needs, network and work process fragmentation in each of the services, conflict relationship between services offer and pregnant women demands and difficulty in service-learning institutions articulation for health education. On the other hand, we identified some more committed practices with an integral care of the pregnant women and the opening of escape routes from the system in order to guarantee care.

Descriptors: Integrality of Health Care, Continuing Care Health Network, Primary Health Care, Health Care, Health Services Administration, Woman Health, Pregnant Woman Attention.

RESUMEN

SAÚDE, M. I. B. M. **Interrogando la operación de la red de servicios**. 2006. 249p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudio cuali-cuantitativo tuvo por objetivo general analizar la conformación de la red de servicios de salud que desenvuelven atención a la salud de la gestante en Uberaba – MG. Tuvo como soporte teórico las categorías *red*, *integralidad* y *poder*. Fue realizado un estudio de caso tomando por referencia los servicios de atención básica de un Distrito Sanitario, los datos de fuentes primarias fueron obtenidos por entrevistas semi-estructuradas de trabajadores de unidades de salud de diferentes niveles de densidad tecnológica y gestantes, y la realización de grupo de discusión con gestantes. Las fuentes secundarias fueron representadas por documentos oficiales e informaciones de bancos de datos de las tres esferas de gobierno. Los datos cuantitativos fueron analizados considerando su distribución de frecuencia, y el material empírico de las entrevistas y del grupo de discusión fue sometido a análisis temático. En el análisis documental identificamos que la política de atención en la gestante ha acontecido principalmente por la inducción del financiamiento, o por la necesidad de superación de situaciones emergenciales. Identificamos, sin embargo, tentativas de articulación de servicios y de actores, trabajadores y usuarios en los distintos espacios de construcción de esta política. Los datos y las informaciones de bancos de datos municipales y nacionales apuntan para baja cobertura y calificación de la atención prenatal de bajo y alto riesgo, por deficiencia de infraestructura y de profesionales cualificados para la atención, déficit de camas obstétricas y de UTI. El impacto en la atención puede ser identificado a partir de la alta frecuencia de internaciones por complicación obstétrica y aborto, alta incidencia de sífilis congénita y aumento de la mortalidad infantil, con muertes concentradas en el período perinatal. Del material empírico analizado a partir del análisis temático emergió el tema: “El modelo operado en la red de servicios que realizan atención a la gestante en el municipio”, que fue recortado en cuatro subtemas: oferta de acciones de salud y atención a las necesidades de las gestantes; el encuentro entre el trabajador de salud y la gestante en el proceso de atención; espacios de atención a la salud como espacios de aprendizaje; gestión de la red - la relación entre los servicios de salud que realizan atención a la gestante en el municipio. La articulación e interpenetración de estos subtemas revelan dificultad de acceso de la gestante, organización y planificación centrados en la necesidad de los servicios e instituciones de enseñanza, fragmentación de la red y de los procesos de trabajo en cada uno de los servicios, y la relación conflictiva entre oferta de servicios y demanda de la gestante; dificultad de articulación servicio-enseñanza para educación en salud. Por otro lado, también puede ser descrita la existencia de algunos espacios donde identificamos prácticas más comprometidas con la atención integral a la gestante, y abertura de líneas de fuga para garantizar la atención.

Descriptores: Integralidad de la Atención a la Salud, Red de Cuidados Continuados de Salud, Atención Primaria de Salud; Atención a la Salud; Administración de Servicios de Salud; Salud de la Mujer, Atención a la Gestante

LISTA DE SIGLAS

ABRAÇO	Associação Brasileira Comunitária de Prevenção ao Abuso de Drogas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMG	Ambulatório Maria da Glória
AMIGO	Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAMM	Centro de Atenção Multiprofissional do Município
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCES	Fichas de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Estudos em saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS-URA	Plano Municipal de Saúde - Uberaba
PMU	Prefeitura Municipal de Uberaba
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Seção de Vigilância Epidemiológica
TFD	Guia de Autorização para Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNIUBE	Universidade de Uberaba
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	18
1.1 A Estratégia de Saúde da Família e a integralidade da atenção.....	18
1.2 O Estado, os governos e as políticas de saúde.....	22
1.3 As políticas de saúde em Uberaba	38
1.4 O SUS e a integralidade na atenção à saúde	46
2 SOBRE INTEGRALIDADE, PODER E SUJEITO	52
2.1 Sobre redes e redes em saúde	52
2.2 Sobre integralidade	61
2.3 Sobre poder	69
3 O PERCURSO METODOLÓGICO	77
3.1 A opção metodológica	77
3.2 A definição do caso.....	77
3.3 A definição das unidades de análise e a constituição da equipe de pesquisadores	80
3.4 As fontes de dados, as técnicas de coleta e os sujeitos da pesquisa.....	82
3.5 Análise dos dados	89
4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À GESTANTE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	92
4.1 A construção da política de atenção à gestante no município	92
4.2 A produção do cuidado: os atendimentos à gestante na rede.....	102
5 A ATENÇÃO À GESTANTE: O FOCO NOS SERVIÇOS INVESTIGADOS	125
5.1 As unidades de atenção à gestante, suas rotinas e fluxos	127
5.2 O modelo operado na rede de serviços que fazem atenção à gestante no município	152
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
7 REFERÊNCIAS	225
8 APÊNDICES.....	236
9 ANEXOS	244

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa originou-se da elaboração de nossa dissertação de mestrado, na qual desenvolvemos um trabalho junto a uma equipe de Saúde da Família, que atuava em um bairro periférico do município de Uberaba. O propósito daquela investigação era o de analisar a potência do diagnóstico de saúde, enquanto ferramenta da atenção primária, para gerar participação da comunidade em relação à discussão e encaminhamento de seus problemas.

Numa primeira etapa, fizemos reuniões com a equipe e, posteriormente, com a equipe e moradores daquele bairro. Nas duas etapas, partimos do questionamento acerca de sua compreensão do processo saúde-doença, do que identificavam como problemas de saúde e que intervenções para seu enfrentamento eram propostas. Estas discussões possibilitaram expressão e problematização das contradições existentes no cotidiano da equipe e da comunidade.

Durante o processo e, mais enfaticamente, no momento da avaliação do trabalho desenvolvido na área, os trabalhadores da equipe de saúde explicitaram dificuldades para o desenvolvimento daquele tipo de intervenção, em decorrência da sobrecarga de atribuições. Relataram que a ênfase no trabalho da equipe ainda era no desenvolvimento de ações curativas e que problemas de natureza intersetorial, tais como: falta de escola, creche e asfalto, que emergiram durante o processo de diagnóstico, extrapolavam o que entendiam como competência da equipe naquele momento. Além disso, referiram a dificuldade de articulação com outros níveis de atenção, tanto no que dizia respeito a encaminhamentos para serviços de apoio diagnóstico, quanto para especialidades e mesmo internações. Naquela ocasião, consideramos que estas dificuldades deveriam ser interrogadas, para serem enfrentadas, caso se creditasse ao Programa de Saúde da Família (PSF) a missão de reordenação do modelo assistencial (MOREIRA, 2001).

Em nossa experiência profissional, temos nos envolvido na capacitação de trabalhadores de nível universitário que atuam em equipes de Saúde da Família, em Cursos

Introdutórios e de Especialização, e temos identificado posicionamentos semelhantes em relação às dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho em suas unidades.

Entretanto, entendemos que a mudança de um modelo assistencial transcende estas questões, e só poderá ocorrer se houver transformação nos processos de trabalho, que acontecem ao longo de toda a rede de serviços de saúde. Isto pelo fato de esta rede ser operada por sujeitos, presentes em cada um dos diferentes serviços – representados por trabalhadores, usuários e gestores, que possuem projetos e controlam recursos; que operam, portanto, na direção de um dado modelo assistencial. E é no encontro destes atores, em relação, que será ou não possível o cumprimento da dupla finalidade das organizações de saúde: a defesa da vida e a promoção de outra forma de subjetivação que permita a realização pessoal dos trabalhadores (CAMPOS, 2000).

A elaboração da presente investigação volta-se para a tentativa de interrogarmos a operação de serviços dos diferentes níveis de atenção/gestão da rede de saúde, considerando o princípio da integralidade, após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). E, diante do que expusemos até aqui, algumas questões que sustentaram esta investigação:

- Como tem acontecido a atenção na rede de serviços de saúde após a implantação da Estratégia de Saúde da Família no que se refere à integralidade?
- Como têm se relacionado na rede de serviços de saúde os distintos sujeitos dos diferentes serviços desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família?
- Como tem se buscado caminhar na direção da garantia do cuidado integral na rede?

Nesta pesquisa, consideramos a perspectiva de redes por entendermos que este é um dispositivo que pode permitir a superação de um sistema de saúde fragmentado, com dificuldade de articulação entre os diferentes serviços, ocasionada, entre outras questões, pela hierarquização

dos mesmos. Além disso, entendemos também que, por se conformarem em rede, o que acontece em um dos serviços de saúde, tem ressonância em todos os outros.

A realização de uma pesquisa junto a todos os serviços de diferentes densidades tecnológicas que fazem atendimento à população de Uberaba, na perspectiva de seu entendimento enquanto rede, implicaria em um trabalho extenso, de múltiplas variáveis. Assim, a proposta inicial foi a de desenvolvermos a pesquisa junto a serviços de atenção básica, secundária e terciária que fazem atendimento à população de um Distrito Sanitário do município de Uberaba, a partir de uma situação prioritária.

Entretanto, conforme explicitaremos posteriormente, o recorte inicial foi substituído, até porque a definição dos distritos sanitários no município não redefiniu caminhos na rede quando são necessários cuidados em serviços de diferentes densidades tecnológicas. E optamos, assim, para olhar a rede como um todo, partindo da situação marcadora do atendimento à gestante, enquanto indicativa da qualidade da atenção e compromisso da gestão com a (re) organização da rede para os atendimentos que nela se processam.

Assim, no primeiro capítulo deste trabalho, discutimos conceitos relevantes para aproximação ao objeto de nossa pesquisa, desde a aposta na Estratégia de Saúde da Família enquanto possibilidade de reorientação do modelo na perspectiva da integralidade, passando pelas políticas de saúde e propostas governamentais e seu impacto na constituição do pensar e organizar a atenção/gestão no município.

No segundo capítulo, desenhando nosso referencial teórico, aprofundamos a discussão sobre as categorias *rede*, *integralidade* e *poder*, na perspectiva de armarmos nosso olhar para a análise do material que obteríamos no trabalho de campo.

No terceiro capítulo, detalhamos o percurso metodológico deste estudo, suas idas e vindas, e apresentamos os métodos que utilizamos para trabalhar com os dados obtidos no trabalho de campo.

No quarto capítulo, descrevemos o resultado do trabalho de exploração do campo, expresso pela tentativa de conformarmos um olhar para a constituição da rede de atenção à gestante em Uberaba, apresentando informações sobre a política de atenção à gestante registrada em documentos oficiais do município, bem como dados relativos à produção de atendimentos a este grupo e impacto em sua situação de saúde.

No quinto capítulo, trabalhamos o material empírico oriundo das entrevistas realizadas com trabalhadores e coordenadores das unidades de saúde que fizeram parte deste estudo. Um conjunto de depoimentos possibilitou a descrição de rotinas e fluxos de atenção à gestante nos serviços, e compôs a primeira parte deste capítulo. A segunda foi construída a partir também dos depoimentos das gestantes, e desvelou a visão dos sujeitos da pesquisa sobre os serviços no que se refere à sua organização e fluxos. Este material foi analisado tendo como sustentação os conceitos que conformaram o quadro teórico, sendo também cotejado com a produção de outros autores que estudam os temas que emergiram neste processo.

No último capítulo, partindo dos objetivos apresentados para o estudo, fizemos algumas considerações sobre os desafios, expectativas e possibilidades colocados para a constituição de espaços de gestão/atenção/educação no município comprometidos com a integralidade enquanto eixo norteador.

Feita esta apresentação mais geral da conformação deste estudo, e que certamente indica um certo olhar armado para a análise da rede de serviços no município de Uberaba-MG, explicitaremos os objetivos deste estudo e, em seguida, convidaremos você a lançar seu olhar para algumas leituras e reflexões sobre o tema.

OBJETIVOS

Partindo das considerações anteriores, esta pesquisa teve por objetivo geral analisar a conformação da rede de serviços de saúde que fazem atenção à saúde da gestante em Uberaba, um município de médio porte em gestão plena do sistema de saúde, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família. E seus objetivos específicos foram:

- Identificar os serviços que compõem a rede de atenção à gestante no município.
- Descrever e analisar informações sobre a produção de ações e indicadores de saúde referentes à atenção à saúde da gestante no município.
- Identificar os sujeitos responsáveis pela operação dos diferentes serviços que fazem atenção à gestante e que recursos controlam.
- Identificar e analisar como os sujeitos responsáveis pela operação dos diferentes serviços que fazem atenção à gestante têm se relacionado ao longo da rede.
- Identificar e analisar como tem se dado o fluxo de gestantes, informações e outros recursos na rede de serviços de saúde que fazem atenção à gestante.

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Historicamente, até a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS, o sistema de saúde no Brasil não tinha compromisso com a integralidade, e a atenção primária à saúde ora se configurava como proposta de primeiro nível de atenção, ora como atenção focalizadora. Para responder a este compromisso, vários modelos foram sendo gestados na tentativa de se caminhar para um sistema de saúde comprometido com a integralidade das ações de saúde (MENDES, s.d.).

Na atualidade, a Estratégia de Saúde da Família - ESF é o modelo institucionalizado na política nacional de saúde, e identificado como prioritário para a organização da atenção básica, e tem entre seus objetivos o compromisso de contribuir para reorientação do modelo assistencial, a partir deste nível de atenção (BRASIL, 1994; BRASIL, 1998; BRASIL, 2006a, b).

Alguns autores concordam que a proposta da Estratégia de Saúde da Família, denominada inicialmente como Programa de Saúde da Família, é caudatária da atenção primária, ligada ao movimento de medicina comunitária dos anos 60 nos Estados Unidos que, em sua trajetória, assumiu diferentes configurações e denominações, conforme o contexto - atenção e cuidados primários, medicina simplificada, saúde ou medicina comunitária. Estas configurações guardam semelhança, pois se estruturam a partir dos conhecimentos da epidemiologia e da vigilância à saúde, e possuem os mesmos princípios organizativos: territorialidade com adscrição de clientela, integralidade das ações, trabalho em equipe, apelo à participação e integração a um sistema regionalizado e hierarquizado (CONILL, 2002; FRANCO; MERHY, 2003; SILVA JÚNIOR, 1998).

Além disso, foram propostas que emergiram a partir de avaliação consensual dos altos custos da atenção à saúde e da perspectiva de contenção dos mesmos, daí a necessidade de focalização, pois o Estado não poderia garantir a universalização do acesso (FRANCO; MERHY, 2003). Não conseguiram, entretanto, avançar no sentido de se contrapor ao modelo médico hegemônico. Ao contrário, reforçaram-no, já que contribuíram para extensão da cobertura de ações e serviços de saúde a populações marginalizadas, conservando sua lógica, ou seja, a de um processo de trabalho centrado no médico e na produção de procedimentos, de baixa qualificação (FRANCO; MERHY, 2003; SILVA JÚNIOR, 1998). Esta matriz talvez auxilie a compreensão dos desafios colocados para a Estratégia de Saúde da Família, conforme explicitaremos.

Marques e Mendes (2002) consideram que, se por um lado esta proposta de modelo se assemelha às estratégias recomendadas por agências internacionais para organização da atenção primária, de cunho neoliberal, no Brasil ela pode representar a possibilidade de acesso à atenção básica pelo conjunto da população e mesmo ter potência para contribuir para reordenação do modelo. Temos um certo cuidado em aceitar de pronto esta última afirmativa, já que a organização da atenção básica sob a forma proposta pela ESF tem se limitado, na quase totalidade dos municípios, a uma cobertura parcial, restrita à população da periferia e da zona rural nas cidades de médio e grande porte, e à de pequenas cidades.

Não há, contudo, como desconsiderar que dependemos, por questões de opção governamental, do ingresso de recursos via agências multilaterais. E estas agências condicionam seus empréstimos à execução de determinadas políticas e ações e não de outras. Outras apostas parecem estar sendo feitas por atores que, a princípio, colocaram-se contra a proposta da Saúde da Família e agora retomam a possibilidade de construção do novo a partir do instituído. Até porque um dos limites colocados para implementação de políticas é o financiamento. Então, por que não tomar a Estratégia de Saúde da Família enquanto espaço de

construção de um outro possível que não o pensado por financiadores de nossas políticas sociais?

Nesta direção, Franco e Magalhães Júnior (2003) ao apresentarem a proposta de organização do sistema de saúde, afirmam que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, com assistência multiprofissional, com diretrizes de acolhimento e vínculo, com associação dos campos de saberes e práticas da vigilância à saúde e dos cuidados individuais, estabelecendo um projeto terapêutico cuidador. Esta proposta tem sido implementada no município de Belo Horizonte, que tem a atenção básica estruturada pela Estratégia de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2004).

Para Mendes (2001b), a atenção básica é o nível de maior importância relativa e, a partir dele e em sua função, devem se organizar os demais pontos de atenção. Este autor, tomando os conceitos centrais trabalhados por Starfield (1992)¹, afirma que a atenção básica deveria apresentar os seguintes atributos: primeiro contato - acessibilidade para cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade - fonte regular de atenção ao longo do tempo a uma população adscrita, numa relação mútua e humanizada entre equipe profissional, famílias e pessoas; integralidade - responsabilidade de oferecer todos os tipos de serviços de saúde contidos num pacote de serviços essenciais; coordenação da atenção - garantia de continuidade da atenção ao longo da rede de pontos de atenção e reconhecimento de problemas que exigem seguimento constante; focalização na família - na qual o sujeito da atenção é a família; orientação comunitária: reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto econômico, social e cultural, análise das necessidades de saúde, compreensão das representações sobre saúde e doença e dos sistemas de apoio comunitário.

Segundo Mendes (2001b, p. 117), “felizmente o SUS optou [pela] implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de organização da atenção

¹ STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford Univ. Press, 1992.

primária à saúde”. Este autor afirma também que, para que esta estratégia seja ofertada como porta de entrada, sob a prática sanitária da vigilância à saúde, a toda a população brasileira, há necessidade de se aumentar em quantidade e qualidade as equipes do PSF. Neste sentido, apesar de discutir a lógica da atenção primária algumas vezes numa perspectiva racionalizadora e contraditória (por exemplo, quando fala de um pacote de serviços essenciais associados à perspectiva da integralidade da atenção), também coloca em xeque esta estratégia quanto à sua potência de reorientação de modelo, caso não sejam enfrentadas questões qualitativas e quantitativas em relação às equipes do PSF.

Se, por um lado, existe a aposta de que o PSF teria potência de avançar na construção de um sistema de saúde comprometido com a atenção integral, o que vários estudos de avaliação da implantação da estratégia apontam, a partir do olhar de gestores e trabalhadores das equipes, é a insuficiência do modelo no que se refere à garantia de acesso universal e da integralidade, bem como à sua potência para reorientar o modelo (BRASIL, 1994; BRASIL, 1998; BRASIL, 2000a; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004a; CONILL, 2002; MENDES, 2001a). Estes resultados associaram-se, entre outras questões, ao dimensionamento inadequado das equipes, que dificulta compatibilizar atividades para responder às demandas e necessidades da população com as atribuições normatizadas pelo Ministério da Saúde, e à dificuldade de articulação com outros níveis de atenção. E, portanto, um dos maiores desafios colocados para o sistema de saúde brasileiro continua sendo a construção de redes assistenciais, na perspectiva da atenção integral (BRASIL, 2004b).

Ainda nesta mesma direção, em um debate entre gestores estaduais e federal sobre regionalização do sistema de saúde, houve afirmação da necessidade de se viabilizar aos municípios a garantia de oferta de serviços em todos os níveis de atenção, “sob risco de um processo de desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores e da conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais, ineficientes, iníquos e não

resolutivos” (BRASIL, 2001² apud CAMPOS, 2003, p. 573). Esta afirmativa esteve embasada na crítica à tendência de organização de sistemas de saúde voltados, principalmente, para a atenção básica, promovida pelo Ministério da Saúde via indução pelo financiamento, desconsiderando particularidades loco-regionais.

Estas constatações coadunam-se ao alerta de Marques e Mendes (2002), com o qual concordamos, de que a preocupação do governo em prover atenção básica universal não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de responder pelo princípio da integralidade, e garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, em um sistema composto por serviços públicos com participação complementar do setor privado. Uma não resposta poderia estar contribuindo para a reprodução do chamado “sistema pobre para pobres”.

Verificamos, neste ponto, a necessidade de aprofundarmos a discussão sobre o papel do governo, ou melhor, das diferentes esferas de governo na gestão do sistema de saúde, considerando que esta gestão compartilhada tem-se dado sob preceitos legais e através de normas operacionais.

1.2 O ESTADO, OS GOVERNOS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A Constituição de 1988 fixou os princípios norteadores - a universalidade, a integralidade, a igualdade, a participação popular - e organizativos do sistema de saúde brasileiro: a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, com comando único e financiamento em cada esfera de governo, com participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 1989).

Este sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS foi regulamentado, em 1990, através das Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a, b). A primeira refere-se à organização, direção e gestão dos serviços de saúde, bem como discrimina as competências

² BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001.

dos diferentes níveis de governo. A segunda relaciona-se à participação comunitária na gestão do sistema e ao financiamento. Importante assinalar que, quando estas leis foram sancionadas, o contexto político já estava mais permeável à pressão de grupos de interesse corporativos e clientelísticos, bem como à onda neoliberal, que apontavam na direção do Estado mínimo.

No cenário nacional, as relações internas entre as três esferas de governo para a gestão do SUS foram disciplinadas por Normas Operacionais que apresentaram diferenças importantes entre si, tanto pelo fato de terem sido elaboradas em momentos diversos da implantação do SUS, quanto pelo processo de disputa entre os vários atores da saúde. Já foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993, 1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões de 2001 e 2002.

A negociação e pactuação entre os diversos atores para elaboração das Normas Operacionais aconteceram principalmente em duas Comissões: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes dos gestores federal, estaduais e municipais de âmbito nacional, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada pelos gestores estadual e municipais, existente em cada estado. Nestas Comissões, são elaboradas propostas relativas ao sistema, bem como acompanhamento da implantação das normas e programas, avaliação de resultados e definição de critérios de alocação de recursos. A NOB 96 e as NOAS, principalmente, resultaram de processos de negociação intensos na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde (SOUZA, 2001).

Abordaremos mais detalhadamente a NOB 96 e a NOAS 01/2002 por tratarem de questões que se aproximam do recorte desta pesquisa. Dentre elas, destacamos a indução da organização da atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família via financiamento na primeira, e a regionalização e hierarquização do sistema de saúde, na perspectiva do atendimento integral na segunda.

Partimos da constatação de que, em meados dos anos 90, começaram a serem implementadas, no Brasil, ações no âmbito da saúde coerentes com o programa de reforma do Estado empreendido explicitamente pelo governo federal a partir de 1994. As políticas de saúde, nesta década, foram marcadas pela crescente transferência de recursos, responsabilidades e poder do nível federal para o estadual e municipal. Mas esta agenda foi encaminhada numa perspectiva restritiva (ALMEIDA, 1999).

Neste contexto, foi editada a NOB 96, que se deteve sobre vários aspectos. O primeiro deles referiu-se ao reordenamento do modelo de atenção à saúde, com incorporação do modelo epidemiológico ao modelo clínico e desenvolvimento de ações no campo da assistência (ambulatorial, hospitalar e domiciliar), das intervenções ambientais (vigilâncias e saneamento) e das políticas externas ao setor saúde (emprego, habitação, educação, lazer, etc.). Segundo o documento oficial, “[...] o enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais” (BRASIL, 1997, p.15). Não concordamos com esta afirmativa, porque o enfoque epidemiológico é insuficiente para subsidiar uma organização de serviços que dê conta de prover atenção integral, pois desconsidera o que as pessoas pensam sobre os problemas e quais soluções buscam para seu enfrentamento. A experiência da população, expressa nas formas de pensar e agir, precisa ser incorporada pelos serviços e seus planejadores, na perspectiva de que as carências sejam elaboradas em conjunto. Este aspecto fica sobremaneira comprometido porque o projeto é determinado anteriormente ao contato com a população (MOREIRA, 2001).

Segundo esta Norma Operacional, os Sistemas Municipais foram considerados a base do Sistema Nacional de Saúde, e deveriam ser integrados e modernizados, sob coordenação e regulação das esferas estadual e federal. Para tanto, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi reconhecida como instrumento de reorganização do modelo de atenção e da gestão do

SUS, de alocação dos recursos e explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo (BRASIL, 1997).

O município deveria elaborar sua própria programação, aprovando-a no Conselho Municipal de Saúde. A PPI teria que se referir às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, de responsabilidade de cada município, para garantir acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

As PPI municipais deveriam ser compatibilizadas pelas CIB, onde seriam incorporadas ações de responsabilidade da esfera estadual. Após apreciação dos Conselhos Estaduais de Saúde, a União deveria proceder à integração de todas as PPI estaduais, incorporando as ações sob sua responsabilidade e alocando os recursos disponíveis e negociados na CIT. Segundo o documento oficial, a proposta da PPI “observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo” (BRASIL, 1997, p.18).

Mas, ao se verificar sua operacionalização, como detalharemos abaixo, observamos que os recursos são pré-fixados, bem como as tarefas que cada município se compromete a executar e por meio das quais será avaliado. Estas questões comprometem a integralidade e mesmo a direção única, já que nem sempre poderão ser contempladas as necessidades municipais, por exemplo.

Na NOB 96 encontramos a explicitação das condições de gestão para os municípios - Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema, e estados - Avançada do Sistema e Plena do Sistema. Segundo Scatena e Tanaka (2001), esta Norma Operacional representou uma mudança de enfoque ao propor apenas duas formas de gestão aos municípios e ao definir os mecanismos de transferência de recursos financeiros e a remuneração por serviços produzidos. Dentro de cada

área de assistência à saúde - assistência hospitalar e ambulatorial, vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças, foram definidos pisos, tetos, fatores de incentivo e índices de valorização, que definem os valores a serem repassados.

Importa ainda assinalar que a NOB 96 criou os mecanismos de financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, para fazer frente a todos os atendimentos da atenção básica e do PAB variável, que correspondiam a incentivos que o município receberia, caso se compromettesse a desenvolver ações que seriam monitoradas, a partir do cumprimento de uma série de metas, e avaliadas com indicadores únicos para todo território nacional, compondo o que se convencionou chamar por alguns autores de cesta básica da saúde.

Dentro do Piso de Atenção Básica variável, estavam ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, de vigilância sanitária, de combate a carências nutricionais e organização da atenção básica sob a forma de PSF ou PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Muito mais pela necessidade de recursos, que pela implantação de um modelo que prometia impactar os níveis de saúde da população, os municípios acabaram optando por assinar convênios e implantar estes programas.

Em documento elaborado para ser apresentado em um seminário internacional, que discutiu a relação entre governos na gestão dos sistemas de saúde, encontramos a afirmação de que deveria ser aprofundada a discussão acerca da condição estabelecida para recebimento de recursos, principalmente os vinculados à atenção básica - à execução de determinadas políticas ou programas definidos no âmbito nacional. Este fato se, por um lado,

[...] apresenta forte poder indutor de políticas nos âmbitos estadual e municipal, por outro, suscita polêmica no que diz respeito à delimitação desse poder normativo-indutor do Ministério da Saúde versus o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas mais especificamente voltadas para a sua realidade local (RELAÇÃO..., 2002, p. 18).

Esta situação “[...] significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica [...] [o que] em grande medida, impede

que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais” (MARQUES; MENDES, 2002, p.167).

No cenário nacional, uma série de motivos culminou com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001, dentre eles a necessidade do aumento da resolutividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2001). O elenco de procedimentos incluídos no PAB fixo era restrito e, na maior parte dos municípios brasileiros, havia impossibilidade de garantir serviços de média e alta complexidade. Estes fatos eram justificados pela dificuldade de realizar o planejamento do sistema, de fazer a regulação de prestadores e de construir redes assistenciais. O financiamento do sistema ainda permanecia vinculado à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica e à capacidade instalada existente, o que mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população. Além disso, a implementação das PPI nos estados era pouco efetiva, o que dificultava a integração intermunicipal e aumentava o risco de desintegração dos sistemas municipais, de incorporação tecnológica irracional e de implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios.

Assim, no final da década de 90, a regionalização passa a se destacar no debate setorial, principalmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao lado da hierarquização, como diretrizes fundamentais para a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção, dando ao sistema de saúde uma perspectiva de racionalidade sistêmica. Assim, redes articuladas e cooperativas de atenção deveriam conformar sistemas funcionais de saúde, otimizando os recursos disponíveis, com base territorial e adscrição de clientela (SCATENA; TANAKA, 2001; SOUZA, 2001).

A NOAS-SUS 01/01 foi então editada, e abordou três grupos de estratégias para o processo de regionalização em saúde: elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR)

para conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS para o desenvolvimento de planejamento/programação, regulação, controle e avaliação e, finalmente, atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios.

A operacionalização da NOAS-SUS 01/01 explicitou determinados conflitos e entraves. O processo de negociação foi reaberto e a CIT firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. A NOAS-SUS 01/02 foi editada em fevereiro e assegurou a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2002b).

A proposta de organização deveria ser apresentada através do PDR, com a previsão de sistemas funcionais e resolutivos, organizados nos territórios estaduais, constituindo redes hierarquizadas de serviços, estabelecendo fluxos de referência e contra – referência intermunicipais.

O objetivo do PDR era garantir a integralidade da assistência e o acesso do cidadão, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações que constituíam as responsabilidades mínimas do município: assistência ao pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal dos esquemas vacinais previstos para todas faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências comuns na infância; acompanhamento de portadores das doenças crônicas mais prevalentes; atendimento a pequenas urgências ambulatoriais; tratamento de distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle de doenças bucais mais comuns; disponibilização de medicamentos básicos.

A definição de microrregiões teve como objetivo atender a integralidade da atenção, garantindo o acesso do cidadão a um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade.

Outras ações de média complexidade poderiam ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço.

Quanto às ações de média e alta complexidade, o plano de regionalização deveria contemplar o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras). O Ministério da Saúde, por sua vez, deveria estabelecer mecanismos de garantia de acesso aos serviços de alta complexidade que não estivessem disponíveis em todas as unidades da federação.

Para Teixeira (2002), a NOAS resgatou a possibilidade de se construir sistemas de serviços de saúde que alcançassem a integralidade do cuidado, no que se referia à capacidade instalada em cada microrregião. A lógica organizacional e programática obedecia ao grau de densidade tecnológica dos serviços e propunha uma delimitação territorial correspondente a dois níveis de atenção: a atenção básica ampliada de um módulo assistencial e a atenção integral à saúde, de uma microrregião de saúde, composta pelo conjunto de módulos assistenciais integrados.

A autora, então, constatou que, neste documento, a “[...]‘integralidade’ [era] concebida enquanto ‘integralidade da assistência à saúde’, na perspectiva do cuidado médico, individual, curativo [...] restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea” (TEIXEIRA, 2002, p. 155). E asseverou que a proposta contida na NOAS poderia favorecer a reprodução do modelo médico hegemônico e do modelo sanitarista, limitados quando se pensa atenção integral a partir do atendimento das necessidades da população, “[...] levando-se em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do país” (TEIXEIRA, 2002, p. 156).

Neste sentido, Teixeira (2002, p. 156) fez a proposta de que fosse aprofundado

[...] o debate sobre as propostas alternativas que vêm sendo elaboradas e experimentadas, no sentido de construir ‘modelo(s)’ fundado(s) em uma concepção

que não se limite à garantia da assistência e se refira à integralidade da atenção à saúde.

Em fevereiro de 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público do Pacto pela Saúde. O pacto intergestores foi oficializado através de uma Portaria. O documento reconhece que o SUS é constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada; os princípios e diretrizes inscritos na Lei 8080; a necessidade de qualificar e implementar a descentralização, organização e gestão do SUS e de aprimorar o processo de pactuação intergestores (BRASIL, 2006a).

Este Pacto buscou articular prioridades, a serem revistas a cada ano, em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. As negociações ocorreram no âmbito dos colegiados de secretários estaduais e municipais de saúde, CIB, CIT e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a). Descreveremos a seguir os pontos deste documento que se aproximam das discussões deste estudo.

O Pacto pela Vida reflete o compromisso dos gestores do SUS em torno de seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Dentre as prioridades registradas neste documento, destacamos, pela maior proximidade ao nosso objeto, a redução da mortalidade materna e infantil e o fortalecimento da atenção básica. Para fortalecer a atenção básica, os gestores assumiram como objetivos: priorizar a ESF para a organização da atenção básica; desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica; ampliar, consolidar e qualificar a ESF; garantir infra-estrutura das unidades e o financiamento tripartite da atenção básica; favorecer inserção e fixação dos profissionais na atenção básica; implantar processo de monitoramento e avaliação; apoiar

diferentes modos de organização, respeitando especificidades loco-regionais (BRASIL, 2006a). Estes compromissos assumidos vão ao encontro das fragilidades reiteradamente apontadas por estudiosos do tema, como vimos anteriormente.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações das três esferas de governo para reforçar o SUS como política de Estado, e defender seus princípios constitucionais. Para tanto, aponta a necessidade de mobilização do conjunto da sociedade brasileira, para instituir a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), e pelo incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde (BRASIL, 2006a). Outra estratégia, já consolidada, foi a elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

A tentativa de fazer valer a EC 29 através da pactuação pode representar aporte adicional de recursos para o setor, aliviar o desfinanciamento e coibir tentativa de utilização de recursos da saúde para outras finalidades. Quanto à implementação do controle social, vale registrar o esforço de ampliar a discussão do pacto de forma descentralizada, com a participação de conselheiros de saúde. A nosso ver, em relação às Normas anteriores, o Pacto da Saúde inovou pela publicização das discussões, considerando além de questões técnicas e de financiamento, as questões políticas, utilizando inclusive linguagem de fácil apropriação aos “não iniciados”.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada esfera de governo, diminuindo as competências concorrentes, contribuindo para gestão compartilhada e solidária do SUS, avançando na regionalização e descentralização, na territorialização da saúde, na organização de sistemas e colegiados de gestão regionais. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento, enfatizando, ainda, o planejamento e a gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto inova, por exemplo, quando explicita preocupação com a qualificação do trabalho e do controle social, assumindo uma política para o setor que tem demonstrado potência e produtos que têm impactado o cotidiano dos serviços. Ao buscar minimizar as competências concorrentes, pode contribuir para reduzir antagonismos e conflitos entre gestores das três esferas de governo.

Interessa-nos registrar que as responsabilidades do município, na organização da assistência tem como norte a integralidade, a partir da identificação de necessidades e planejamento participativo e ascendente, programação pactuada e trabalho em equipe. O município deve, ainda, promover a equidade da atenção; assumir a gestão e executar as ações de atenção básica e a gerência da rede pública; identificar as necessidades da população e desenvolver processo de planejamento, regulação, programação pactuada, monitoramento e avaliação; formular e implementar políticas para as áreas prioritárias. Em relação à atenção básica, organizar acesso a serviços resolutivos, explicitando responsabilidade, compromisso e vínculo da equipe com a população atendida. Em relação à atenção especializada, organizar e pactuar o acesso, acompanhando a referência da atenção que ocorra fora de seu território. Além disso, deve ainda, estruturar a assistência farmacêutica (BRASIL, 2006a).

Em relação às responsabilidades na regionalização, o município deve assumir os compromissos pactuados; de forma solidária e cooperativa disponibilizar recursos; participar dos colegiados regionais e dos projetos prioritários das regiões de saúde (BRASIL, 2006a).

À gestão local cabe ainda buscar articulação entre ações de vigilância e assistência, fazer a gestão local dos sistemas de informação, além de assegurar a divulgação de informações e análises, apoiar a descentralização, participação e controle social e fortalecer os processos de tomada de decisão (BRASIL, 2006a).

No que se refere à regulação, controle, avaliação e auditoria, compete ao município: monitorar e fiscalizar a aplicação de recursos financeiros; realizar identificação de usuários do

SUS; adotar protocolos clínicos e de regulação de acesso em consonância com os estaduais e nacionais; controlar referência a outros municípios; operar complexo regulador em co-gestão com estado e outros municípios; executar controle do acesso à internação, consultas, terapias e exames especializados; executar regulação da atenção pré-hospitalar às urgências; elaborar, monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores, observando a política nacional; monitorar e fiscalizar a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; avaliar ações de saúde por meio de análise de indicadores; implementar auditoria (BRASIL, 2006a).

Quanto à gestão do trabalho e da educação na saúde, ter como eixo a integralidade da atenção à saúde; participar da organização e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente de sua região; desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando princípios da humanização e democratização; cooperar com a construção/implementação de iniciativas para mudança na graduação e ensino técnico de profissionais da saúde; implementar ações para favorecer provimento e fixação de trabalhadores, principalmente em regiões onde a restrição de oferta afeta a implantação de ações estratégicas para a atenção básica (BRASIL, 2006a). Contribui, assim, para a ampliação de espaços de encontro entre atores extremamente importantes para a implementação do SUS no que se refere à produção de outros saberes e práticas, pautados pelo norte ético-político da integralidade.

Entre as diretrizes para a gestão do SUS, destacamos do documento a descentralização e a regionalização. Na primeira, são redefinidos os papéis do Ministério da Saúde e das Comissões Intergestores, assinalando a necessidade do consenso para que uma decisão seja tomada. Em relação à regionalização, afirma que a mesma é uma diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão, e deve orientar a descentralização e os processos de pactuação entre gestores (BRASIL, 2006a).

Nisto, reitera parcialmente o instituído pelas normas operacionais anteriores. Mas avança ao explicitar que a regionalização tem por objetivos garantir acesso e resolutividade, o

direito à saúde e a integralidade da atenção. Está dado o foco para a tomada de decisão, para a pactuação. E afirma que a gestão regional deverá ser feita através de um colegiado constituído por todos os gestores municipais e representante do gestor estadual (ou gestores estaduais no caso de regiões interestaduais) (BRASIL, 2006a).

O financiamento deve ser garantido pelas três esferas de governo, e os blocos para o custeio são: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. O financiamento da atenção básica possui dois componentes de responsabilidade da esfera federal: PAB fixo e variável. A modificação em relação à NOAS, é que o PAB variável passa a ser composto para financiamento das estratégias de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde Bucal e para compensação de especificidades regionais (BRASIL, 2006a).

A Programação Pactuada Integrada tem por diretrizes norteadoras, entre outras, a realização das ações a partir da atenção básica para os outros níveis de atenção, ter revisão periódica e buscar garantir acesso a serviços em todos os níveis de atenção. Os investimentos deverão priorizar a readequação e recuperação da rede física de saúde e constituição de espaços de regulação (BRASIL, 2006a).

A Regulação tem por objetivo a produção de ações dirigidas aos prestadores e compreendem: contratação, regulação do acesso, controle assistencial, avaliação, auditoria e regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária. Os complexos reguladores são conformados pela articulação e integração das centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames. Os protocolos assistenciais configuram uma das estratégias de regulação assistencial (BRASIL, 2006a).

Quanto à gestão do trabalho, os componentes prioritários são a estruturação da gestão no trabalho, a capacitação de recursos humanos para a gestão do trabalho e a implantação de sistema gerencial de informação para subsidiar a tomada de decisões nesta área (BRASIL,

2006a).

A gestão da educação na saúde tem como diretrizes implementar a Política de Educação Permanente, entendida como essencial para formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e a conseqüente qualificação do SUS para atendimento às necessidades sociais em saúde. Uma questão pautada é a revisão da normalização vigente, buscando efetivar a descentralização das atividades. Neste item, o Pacto considera que a proposição das ações de educação permanente deve ser produto de diálogo entre gestores, instituições de ensino, serviços e controle social (BRASIL, 2006a).

Neste documento a atenção integral não está, portanto, como na NOAS, restrita ao acesso aos serviços nos três níveis de atenção. Apesar de à promoção da saúde terem sido associadas ações que estimulem a adoção de hábitos saudáveis (alimentação adequada, prática de atividade física regular e controle do tabagismo), para o planejamento foi definido processo ascendente e participativo que definirá o Plano Municipal de Saúde, e o fortalecimento do controle social que poderá contribuir para repensar a organização dos serviços e das práticas. Identificamos, ainda, maior flexibilidade no que se refere, por exemplo, à regionalização. A gestão do trabalho e da educação na saúde foi garantida, considerando perspectiva democrática no planejamento e desenvolvimento de ações. A Regulação comparece como dispositivo para garantir acesso a serviços resolutivos. Duas dimensões da integralidade foram contempladas nesta proposta política: a dimensão da organização de serviços e das práticas, e foram assegurados espaços de negociação e pactuação entre trabalhadores, usuários e gestores.

Logo após a regulamentação do Pacto pela Saúde, foi publicada a Portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, que definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Neste documento, a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que devem ser desenvolvidas através do

trabalho em equipe à população de território definido. Estas ações, de caráter individual e coletivo, abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006b). Destacaremos os avanços na proposta de organização da atenção básica inscritos nesta Portaria.

A atenção básica é estabelecida como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem por princípios a universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006b).

Para a estruturação da atenção básica são determinadas responsabilidades para cada esfera de governo, entretanto destacaremos aquelas que são de competência do município. São elas: a organização da atenção básica de forma universal; inserção preferencial da Estratégia de Saúde da Família na rede; organização do fluxo de usuários garantindo referência a serviços de outros níveis de atenção; garantia de infra-estrutura das unidades; seleção, contratação e remuneração dos profissionais; realização de programação das ações; alimentação de bases de dados nacionais e verificação da qualidade e consistência dos dados; qualificação de recursos humanos para o monitoramento da atenção básica; monitoramento, acompanhamento e avaliação da atenção básica; educação permanente dos profissionais das equipes (BRASIL, 2006b).

A portaria define os recursos e infra-estrutura necessários para realização das ações na atenção básica, incluindo neste item a garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2006b).

Em relação ao processo de trabalho das equipes, define como características a definição do território; programação das ações a partir da definição dos problemas mais frequentes; assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações

educativas que ampliem o controle social na defesa da vida, e de ações focalizadas sobre grupos e fatores de risco comportamentais ou ambientais; assistência integral e acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; desenvolvimento de ações intersetoriais; fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006b).

O município tem ainda que assegurar o cumprimento de horário integral pelos profissionais da equipe. A equipe será responsável por, no máximo, 4000 habitantes (média recomendada: 3000 habitantes), com ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe) (BRASIL, 2006b).

Em relação às normatizações anteriores, destacamos a redução do número de pessoas sob a responsabilidade da equipe e a preocupação com a integralidade da atenção, tanto no que se refere ao atendimento individual e coletivo na unidade de saúde da família, quanto ao fluxo para serviços de maior densidade tecnológica. Ao nosso ver, a redução do número de pessoas pode ainda não representar possibilidade de aliviar a equipe no sentido de que possa assumir todas as atividades que lhe são propostas, dificultando o cumprimento do princípio da integralidade da atenção e contribuindo para o desgaste da força de trabalho.

A Estratégia está sendo incorporada à rede formalmente, mas nos causa estranheza que a proposição da programação das ações seja embasada na definição dos problemas mais frequentes, o que de certa forma contraria o estabelecido no Pacto pela Saúde no que se refere a planejamento, como vimos.

Antes de prosseguirmos, vale registrar mais um compromisso assumido pelo governo: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, transversalizada pelo enfoque de gênero, calcada nos princípios de humanização e qualidade da atenção, que busca o respeito às diferenças e o acolhimento. A política inclui a qualificação da atenção

nos diferentes níveis, através de uma maior participação da mulher na definição das políticas que têm impacto em sua vida, capacitação dos trabalhadores e adequação da infra-estrutura (BRASIL, 2004d, e). Feitas estas considerações, apresentamos abaixo o impacto que as definições sobre os rumos do SUS tiveram sobre a discussão das questões de saúde em Uberaba, e sobre a constituição de atores que passaram à defesa ou ao ataque deste sistema, obstaculizando sua implantação no município.

1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM UBERABA

Em Uberaba, no ano de 1990, aconteceu a I Conferência Municipal de Saúde, um dos mais importantes fóruns de discussão sobre a situação de saúde local (UBERABA, 1991). Atores que defendiam a proposta da Reforma Sanitária reconheciam que o processo de municipalização em Uberaba apresentava desafios nos campos político, jurídico, técnico e operacional, o que exigia empenho e criatividade para interrupção do processo que vinha gerando e mantendo a doença no município. Esta afirmativa ainda é atual, pois o compromisso assumido e, posteriormente, implementado de adoção da prática do planejamento estratégico e situacional para redefinição de ações e atividades do sistema de saúde, bem como o envolvimento dos diversos níveis de gerência/gestão do sistema com as reformas necessárias, foi obstaculizado nos governos municipais que se sucederam.

Esta situação deveu-se a vários fatores. Destacamos a defesa da não viabilidade da proposta que implicaria não somente maior parcela de recursos do município aplicada na organização do sistema, mas, principalmente, a necessidade de reorganização do mesmo, o que acarretaria prejuízos para o setor privado. Além disto, não era interessante para atores que concentravam poder de decisão, a prática da gestão democrática; e, muitas vezes, eles declararam não considerar a saúde um direito de cidadania. Assumiam que o município deveria responsabilizar-se pela atenção primária, como prestador de serviços. Assim, mesmo com a criação dos Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde através de Leis

Municipais, e com a realização da II Conferência Municipal de Saúde no ano de 1992, pouco se avançou na direção pretendida. Há que se destacar que a II Conferência foi pautada pela discussão dos rumos da Reforma Sanitária local, embasada em relatório que consolidou propostas formuladas e discutidas por usuários e trabalhadores, em pré-conferências locais e distritais. E, embora o prefeito já eleito tivesse se comprometido em plenária com a continuidade do processo, não foi o que ocorreu (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

Em janeiro de 1993, com a nova gestão municipal, o Conselho empossado passou a ter caráter consultivo já que, no entendimento dos dirigentes da Secretaria de Saúde, como não havia ocorrido a municipalização, não havia por que o Conselho existir, mas já que ele estava empossado, não teria caráter deliberativo. Esta atitude e outras, tais como, transferência de trabalhadores compromissados com a proposta da reforma sanitária, que atuavam como supervisores e gerentes de unidades, retiraram da cena importantes atores, usuários e trabalhadores.

No período de 1993 a 1996, diversos Programas de Saúde foram implantados; foram construídas 11 Unidades Básicas de Saúde e reformadas e/ou ampliadas outras 14. Em 1995, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde que elaborou propostas referentes à atenção à Criança, Adolescente, Mulher, Adulto, Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995).

Uma outra gestão iniciou-se em 1997, e a atuação de um secretário de saúde comprometido com a proposta da Reforma Sanitária, que apontava os prejuízos financeiros decorrentes da não municipalização, contribuiu para que, em maio de 1997, fosse criado o Fundo Municipal de Saúde e, em junho deste mesmo ano, o município fosse habilitado para Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Em dezembro de 1997, foi retomada a discussão sobre o modelo assistencial, e o município optou pela proposta do Programa de Saúde da Família para reorganização do sistema. A proposta foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, e regulamentada ainda em 1998, quando foi formalizado o Programa de Saúde da Família e teve continuidade sua implantação gradativa no município (já existia uma equipe que foi implantada por iniciativa da gestão municipal).

Quando da implantação das equipes de saúde da família, os trabalhadores foram contratados através de comissionamento. A diferença salarial, as condições de trabalho que foram sendo otimizadas através da reforma de unidades e aquisição de materiais e equipamentos, entre outras questões, foram responsáveis pela cisão que se estabeleceu entre profissionais da atenção básica que estavam e os que não estavam inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

No ano de 2000, realizou-se a IV Conferência Municipal de Saúde. Questões apontadas em Conferências anteriores foram retomadas e assinaladas enquanto agenda para o exercício dos conselheiros municipais de saúde. Mas com a composição e mesmo a forma de relação estabelecida entre técnicos e gestores de um lado e conselheiros de outro, houve comprometimento do papel dos conselheiros, que ao final do mandato sentiam-se desestimulados para o exercício de sua função. Estes reclamavam que o que chegava às reuniões era o que havia sido executado, para aprovação *a posteriori*, ou, com a argumentação da exigüidade de tempo, questões para serem aprovadas em caráter de urgência pelo risco de perda de recursos pelo município (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000).

No processo de preparação para a realização da V Conferência Municipal de Saúde, em 2003, houve a revisão da lei do Conselho Municipal de Saúde, no que se refere à composição e atribuições, possibilitando avanço no exercício do controle social do município, na medida em que foi interditada a representação no segmento dos usuários, de pessoas que

tivessem vínculo ou comunhão de interesse com o setor saúde ou governo municipal (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003).

Por questões políticas locais, mas também pela indução do financiamento, o Departamento de Saúde da Família foi compondo o que diversos atores identificaram como uma segunda Secretaria. Este fato consolidou-se quando da criação do Departamento de Atenção Básica que, a partir de 2004, passou a responder por todos os equipamentos que executavam ações básicas. Entretanto, já na transição de governo, iniciada em novembro de 2004, técnicos puderam constatar que este novo Departamento continuou respondendo, prioritariamente, à Estratégia de Saúde da Família, desconhecendo, por exemplo, o quadro de trabalhadores e as ações de saúde desenvolvidas em unidades não estruturadas sob esta modalidade de atenção.

A disputa entre trabalhadores vinculados às “duas secretarias”, lotados no nível central ou nas unidades de prestação de serviços, dava-se em todos os espaços: conferência de saúde, conselho, nos locais de trabalho. E dava-se pela desigualdade de acesso a recursos para o trabalho. Além disso, a nomeação de trabalhadores para o PSF não considerou a força de trabalho existente na rede, e a Estratégia de Saúde da Família tornou-se um espaço onde foi possível o exercício do clientelismo. Importante assinalar, entretanto, que em algumas equipes existem profissionais comprometidos. Mas, mesmo estes, informam que a utilização político-partidária da estratégia, durante períodos eleitorais, comprometeu o trabalho.

Quanto aos serviços de alta e média complexidade eram, na sua maioria, prestados pelo setor privado ou pelo Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. A organização da rede de serviços de saúde do município foi obstaculizada por atores localizados em serviços de maior densidade tecnológica, públicos e privados, que defendiam seus interesses e que, muitas vezes, não contribuíram com as respostas que o setor teria que dar para impactar a situação de saúde dos munícipes. Assim, os recursos eram aplicados, mas

a fragmentação da rede, por ser impossível conciliar tantos interesses na direção da busca do impacto na situação de saúde, tinha como produto objetivo o ir e vir do usuário na rede muitas vezes sem resposta para seus problemas.

A fragmentação da rede foi agravada pelo fato de Uberaba ser um município pólo de uma macrorregião que congrega outros 26 municípios. Segundo depoimento de técnico da Secretaria de Saúde, em palestra proferida em um Curso de Gestão Hospitalar na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em 2004, a pactuação dos procedimentos de alta e média complexidade, na última gestão (2001 – 2004), deu-se mais pela demanda dos municípios da região que pela possibilidade real de oferta dos serviços por parte do município pólo. Esta questão tem comprometido a resolutividade do sistema, já que o município vendeu serviços que não tinha como executar, promovendo estrangulamento do sistema local e regional.

Não houve estabelecimento de mecanismo de referência e contra-referência, e não existiam protocolos de atendimento de agravos ou situações que envolvessem a necessidade de atenção em serviços de diferentes densidades tecnológicas, nem mesmo para a população do município-sede. Neste, as tentativas de articulação eram isoladas e estabelecidas informalmente, entre técnicos.

A existência de uma Central de Marcação de Consultas e de uma Central de Leitos, pelos motivos assinalados, tem pouco contribuído para a resolutividade do sistema, já que se transformaram em pontos de estrangulamento, em gargalos que o usuário tem dificuldade de atravessar para conseguir atendimento para seu problema. Assim, a população busca principalmente os pronto-atendimentos ou espera seu quadro agravar-se para buscar diretamente o pronto-socorro ou o hospital. Esta era a situação em Uberaba quando fizemos nossa proposta de estudo, confirmada a partir de diagnóstico da rede que foi realizado de

janeiro a março de 2005³, através da escuta de usuários e trabalhadores e visitas às Unidades de Saúde, além de análise de documentos e dados dos sistemas de informação.

Na atualidade, a rede própria é composta por serviços ambulatoriais de atenção básica e especializada, e alguns serviços de apoio diagnóstico. O atendimento básico à saúde da população da área de abrangência de cada unidade é prestado de forma programada ou não, com equipe multiprofissional, nas áreas de medicina, odontologia, enfermagem e saúde mental. Existem em 21 áreas de abrangência, 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 unidades de saúde da família distribuídas em três Distritos Sanitários. No município, três UBS estão estruturadas conforme o modelo tradicional, com especialistas das três clínicas básicas, atendimento de enfermagem, odontológico, psicológico e assistência social.

Existem 41 equipes de saúde da família implantadas, sendo 37 na zona urbana e 4 na zona rural. Destas equipes, 29 funcionam em UBS e 12 em Unidades de Saúde da Família (USF), em prédios alugados ou cedidos. Na zona urbana, existem 16 equipes no Distrito Sanitário I, 9 no distrito Sanitário II e 12 no Distrito Sanitário III. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de cirurgião dentista e de 5 a 8 agentes comunitários de saúde (ANEXO A).

Estes serviços desenvolvem ações básicas de saúde, individuais e coletivas, por trabalhadores das equipes de saúde da família que, a partir de 2005, contam com equipe de apoio composta por profissionais de especialidades básicas, em sete unidades. Esta forma de organização está em implantação. As atividades são dirigidas à saúde da mulher, da criança e adolescente, do adulto, saúde bucal e saúde mental. Ao atendimento à demanda espontânea nas UBS e USF, associam-se ações programáticas específicas, como Programa de Controle e Prevenção da Hipertensão e Diabetes, Programa de Aleitamento Materno, Vigilância Alimentar e Nutricional, Atenção ao Recém Nascido de Risco, Programa Controle do

³ Estas informações e as referentes à configuração atual da rede, e que constam da Proposta de Plano Municipal de Saúde 2006-2009, foram obtidas a partir de diagnóstico da rede realizado por grupo gestor que deixou a Secretaria Municipal em julho/2006, do qual a autora desta pesquisa fez parte.

Tabagismo, Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, entre outros.

No município existem duas unidades de pronto atendimento, apoio diagnóstico e terapêutico (radiologia e farmácia): Central de Atendimento Multiprofissional do Município (CAMM) e Centro Médico Dr. Antônio José de Barros.

São onze os ambulatórios de especialidades ligados à Prefeitura Municipal: Ambulatório de Saúde Mental, Ambulatório de Especialidades Odontológicas Dr. Randolpho Borges Júnior, Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico (CAPS-D), Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Central de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Saúde Professor Eurico Villela, Unidade Regional de Saúde Terezinha Graça Carvalho, Unidade Regional de Saúde Dr. Lineu José Miziara e Centro de Fisioterapia e Neurologia. Quanto aos serviços contratados ou conveniados, fazem parte da rede, ligados à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)⁴ os Ambulatórios da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), de Pediatria, Maria da Glória e o Centro de Reabilitação. A Universidade de Uberaba (UNIUBE) possui os seguintes serviços: Ambulatório Geral do Hospital Universitário, Clínica de Odontologia e Clínica de Psicologia.

Para o atendimento terciário, são doze os hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde: Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital da Criança, Hospital do Pênfigo, Hospital Helio Angotti, Hospital São Domingos, Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital Vera Cruz, Hospital Santa Lúcia, Hospital Universitário (H.U da Universidade de Uberaba), Casa de Saúde São José, Hospital São Marcos e Sanatório Espírita de Uberaba.

⁴ A FMTM, no ano de 2005 foi transformada em Universidade, passando a denominar-se Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

A capacidade instalada da rede hospitalar é de 946 leitos, e são disponibilizados 591 leitos para internação no SUS. Segundo cálculos realizados a partir de parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101, somente para a população residente, há a necessidade de cerca de 785 leitos (BRASIL, 2006c).

A atenção básica, estruturada predominantemente sob a Estratégia de Saúde da Família, cobriria cerca de 54% da população, não fosse a falta de profissionais, especialmente médicos e, na atualidade, agentes comunitários de saúde. Assim, não consegue absorver a demanda, e os usuários atendidos não conseguem ter garantido o cumprimento dos encaminhamentos solicitados. Há um excessivo número de encaminhamentos para exames e especialidades. Os serviços de atenção secundária estão sucateados, há carência de profissionais qualificados na rede – embora para a maioria das categorias existam profissionais em número mais que suficiente, quando consideramos as horas trabalhadas e a proposta de parâmetros ministeriais.

De acordo com estudos realizados considerando os parâmetros de cobertura assistencial da Portaria 1101 de 12 de junho de 2002, há uma inversão da relação entre consultas médicas básicas e especializadas, que deveriam representar, respectivamente, 63% e 11% do total de consultas (BRASIL, 2002c). No ANEXO B apresentamos a cobertura atingida no ano de 2003 foi de 54,80% para consultas básicas e 45,20% para consultas especializadas, conforme produção registrada (UBERABA, 2004).

No ANEXO C observamos que a avaliação da cobertura assistencial por grupo de procedimentos especializados, tomando como base o ano de 2003, mostrou baixa cobertura em cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, fisioterapia e anestesia. Por outro lado, os parâmetros foram excedidos em patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos e de diagnose (UBERABA, 2004).

1.4 O SUS E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Mais recentemente, o Ministério da Saúde passou a explicitar a idéia de rede para o trabalho em saúde, relacionando a proposta com os princípios e diretrizes do SUS e com a atenção integral à saúde. Esta idéia de rede contrariou, de certa forma, a proposta da NOAS que previa a regionalização dos serviços e sua hierarquização. Isto, porque a materialização da rede, em documentos oficiais, era a de uma cadeia de cuidados progressivos à saúde apresentada como

um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2004c, p. 2).

Nesta cadeia, os recursos e as tecnologias deveriam ser organizados para funcionarem horizontalmente, para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade das ações, e não de forma hierarquizada como previa a NOAS/2002.

O Ministério da Saúde vinha tomando como desafio transformar o modelo de atenção, através do fortalecimento da promoção e prevenção, da atenção integral e da autonomia dos sujeitos na produção da saúde. A integralidade, nas políticas de governo, era considerada como eixo norteador da (re) organização dos serviços de saúde e da formação de profissionais de saúde, num processo de educação permanente. A noção de rede se articulava na tentativa de garantir o cumprimento dos princípios do SUS, na medida em que propunha uma nova forma de relação entre os diferentes sujeitos implicados na construção de um sistema comprometido com a defesa da vida, estivessem eles no serviço ou nos órgãos formadores, por exemplo.

É indiscutível a necessidade de reorientação do aparelho formador dos trabalhadores de saúde, que muitas vezes distancia-se das necessidades de saúde da população para atender

às necessidades de mercado. O mesmo pode-se dizer da organização do sistema de saúde, que muitas vezes reproduz esta lógica, mesmo que no discurso busque dela distanciar-se. A lógica de redes, na perspectiva do consenso, traz para a cena atores com possibilidade de promover a revisão destes valores, imprimindo uma lógica mais solidária à organização dos serviços.

Caminhar em direção à integralidade, segundo documentos oficiais, implicava a necessidade de compreensão da clínica ampliada, do trabalho em equipe, da ação intersetorial, do conhecimento sobre a realidade e do trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local bem como com problemas regionais, estaduais e nacionais, ampliando os instrumentos da NOAS para a definição das ações.

As propostas governamentais, ainda, delimitavam prioridades na perspectiva da integralidade para os diferentes níveis de atenção. As equipes da atenção básica deveriam buscar articular-se e dialogar com os distintos atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde. Às equipes de hospital, de urgência e emergência caberia atenção e internação domiciliares, reabilitação psicossocial, atenção humanizada ao parto e ao pré-natal e desenvolvimento da gestão de ações e serviços de saúde. Quanto aos Hospitais Universitários e de Ensino, seria necessária revisão de seu papel no ensino, no apoio docente e tecnológico. Deveriam, ainda, integrar-se à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde. Os documentos apontavam, ainda, a necessidade de articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde.

Importante assinalar que o governo assumia a atenção básica enquanto estratégica para se alcançar a integralidade da atenção à saúde, particularmente na operação da saúde da família, “porque propicia a construção de relações contínuas com a população. [Por isto, deve comprometer-se à prestação de serviços que busquem] a atenção integral e de qualidade, a

resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde”, bem como o estabelecimento de articulação com a rede de serviços (BRASIL, 2003, p. 11).

Neste sentido, entendemos que as propostas do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica podem ter representado um avanço em relação à NOAS, mas um retrocesso em relação às idéias que circulavam no âmbito da gestão federal. A rede de cuidados progressivos é substituída por um conjunto de responsabilidades não compartilhadas, que se referem à atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município, e outro de ações complementares - de média e alta complexidade que solidariamente deverão ser compartilhados para garantir a integralidade do acesso em regiões de saúde e macrorregiões, respectivamente (BRASIL, 2006 a, b).

Nestas propostas, o SUS é definido como um sistema hierarquizado. Existem as unidades básicas de saúde responsáveis por grupos residentes em suas áreas de abrangência, a quem devem oferecer atenção integral à saúde. Estas unidades são o contato preferencial dos indivíduos com os serviços de saúde, e são responsáveis pela coordenação da atenção quando as pessoas necessitarem de serviços de maior densidade tecnológica no sistema.

Outro conjunto de serviços seria composto pelos equipamentos responsáveis pela atenção secundária, representados por serviços ambulatoriais de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. E um outro, ainda, de serviços ambulatoriais e hospitalares, terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional.

Este desenho representaria a possibilidade de atenção integral, de uma racionalização do atendimento, de ordenação do fluxo de usuários, realizado através de mecanismos de referência e contra-referência, de forma que os atendimentos ocorressem nos espaços tecnológicos adequados.

Mas o SUS “real” ainda é uma pirâmide, em que os serviços de atenção básica não são a principal porta de entrada para o sistema, mas sim os pronto-atendimentos ou os hospitais. Além disso, o acesso aos serviços especializados é difícil, com longas filas de espera, o mesmo ocorrendo com as cirurgias eletivas e internações. Grande parte de usuários do sistema acaba recebendo “[...] um atendimento incompleto, descontínuo, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde” (CECÍLIO, 1997, p. 474).

Para explicar esta situação, Cecílio (1997) aponta dois conjuntos de questões. O primeiro refere-se a questões mais gerais, tais como financiamento, relação público e privado, gestão e controle por parte dos usuários. O segundo diz respeito à forma de se pensar o SUS como uma pirâmide hierarquizada de serviços, já que não está claro ainda o papel, por exemplo, de uma unidade de atenção básica – se pronto atendimento, ou atenção à demanda organizada, se seria necessária maior densidade tecnológica para maior resolutividade. Existe uma normatização, mas não existem condições materiais e estruturais na atualidade que a sustentem. Além disso, identificamos contradição no Pacto pela Saúde e na Política de Atenção Básica, que referem necessidade de respeitar as especificidades loco-regionais para organização da atenção à saúde em seu território, mas a Portaria define o financiamento para organização que estabelece como prioritária: a ESF. O município tem dificuldade de custear outras formas de organização da atenção básica. É só observarmos a evolução comparada do PAB variável e fixo.

Se estas questões não forem repensadas, corremos o risco de continuar havendo sobrecarga de hospitais, prejudicando ainda mais a atenção de urgência e emergência. Além disso, os serviços de referência para atenção especializada têm mal-equacionada sua articulação tanto com serviços básicos quanto com o hospital. Por todas estas questões, há “[...] substituição de uma calorosa e humanizada relação médico-paciente, por uma excessiva e desnecessária solicitação de exames complementares” (CECÍLIO, 1997, p. 474).

E a população acessa “[...] aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto” (CECÍLIO, 1997, p. 474).

Mas Cecílio (1997) aponta uma possibilidade: a de se olhar para o sistema considerando uma relação mais horizontalizada entre os serviços, colocando como centro de preocupação o usuário e não modelos construídos *a priori*, e propõe a organização do sistema num círculo, com várias "portas de entrada" localizadas em diferentes pontos do sistema, que seria organizado a partir da necessidade de cada usuário.

O termo rede tem sido utilizado para denominar um conjunto de serviços de saúde de características semelhantes. Assim, falamos em rede básica, rede de laboratórios ou de hospitais, por exemplo (RIGHI, 2002). Rovere (1999) considera importante assinalar que este conceito é distinto do que apresenta, pois a rede era considerada um elemento interno do sistema de saúde, absorvendo assim, o caráter homogeneizador da concepção de sistemas. As redes partem da lógica da heterogeneidade, da multiplicidade de nós, e da possibilidade de sua articulação. Pode existir numa dada situação um nó de maior densidade, pois as respostas têm que ser flexíveis diante da diversidade de necessidades das pessoas.

E propõe um novo conceito para a organização do sistema. Não mais um sistema hierarquizado, segundo graus de densidade tecnológica, mas em rede, que se afasta da proposta de organização baseada em uma concepção sistêmica funcional, que implica uma organização piramidal (ROVERE, 1999). E assume que, apesar de na bibliografia existirem outros referenciais para redes seu compromisso é com redes de pessoas (ROVERE, 2003).

A articulação entre os diferentes serviços dá-se através da articulação de pessoas, sujeitos que operam os diferentes equipamentos implicados na atenção a um indivíduo. Não é uma Unidade Básica de Saúde que encaminha para um Hospital, por exemplo. São

trabalhadores destes dois serviços que se comunicam, que estabelecem um vínculo para buscar o atendimento à necessidade apresentada pelo usuário.

Como a intenção é a de nos aproximarmos dos serviços de saúde considerando a perspectiva de sua organização em redes, as categorias *redes*, *integralidade* e *poder* têm que ser aprofundadas, no sentido de armar nosso olhar para explorar a realidade que se conforma na rede de produção de ações de saúde, e permitir a análise do produto do trabalho de campo.

2 SOBRE REDES, INTEGRALIDADE E PODER

2.1 SOBRE REDES E REDES EM SAÚDE

O conceito de rede teve origem na Biologia entre as décadas de 1910 e 1930, a partir de estudos ecológicos sobre as teias alimentares e ciclos da vida, que apontaram a rede como padrão de organização comum a todos os seres vivos. Falar em rede é falar em interdependência. Segundo Migueletto (2001), este conceito vem sendo utilizado por pesquisadores das diferentes áreas das ciências sociais, como psicologia e antropologia – tanto para estudo de relações na sociedade em geral quanto no âmbito das organizações, o que deu origem à corrente teórica da gestão de recursos humanos. Mais recentemente, o conceito tem revelado grande importância também para a ciência política - na problematização de relações entre as organizações e do pluralismo da esfera pública, característica das sociedades democráticas contemporâneas. As duas vertentes buscam estudar o padrão de relacionamento, as alianças políticas, a estrutura de poder, o processo decisório, a mediação de conflitos e a formação de consensos.

Segundo Rovere (1999), as relações de vínculo no trabalho não são muito diferentes das relações sociais em geral. Daí que a psicologia social tenha produzido muito do que atualmente se sabe sobre redes.

A difusão e a diversificação do conceito de redes na atualidade demonstram que, nas sociedades complexas, os movimentos possuem uma estrutura segmentada, reticular e multifacetada, onde um emaranhado de vínculos podem ser construídos intencionalmente ou não e estão em constante interação e transformação. As redes não são delimitadas no espaço, adaptam-se às suas variações, são móveis e inacabadas (JUNQUEIRA, 2000; ROVERE, 1999).

Entretanto, houve coincidência entre o surgimento do terceiro setor, a utilização intelectual do conceito e a prática do trabalho em rede. Terceiro Setor⁵ e Redes são hoje realidades intrínsecas: o terceiro setor é uma rede, uma grande teia de interconexões.

Segundo Inojosa (1999, p. 116), as redes têm se multiplicado na sociedade

[...] como uma forma de abordar questões sociais complexas, cujo equacionamento não tem sido bem sucedido quer por organizações isoladas, quer pela ação do Estado [...] nas discussões sobre políticas sociais como uma alternativa para a sua gestão, com vistas a ampliar os resultados e impactos dessas políticas.

A autora aponta, então, para a constituição de redes, que se conformam a partir do terceiro setor, e apresenta uma tipologia de redes segundo a relação entre os parceiros e quanto ao foco de atuação, presentes na atualidade (Quadros 2.1 e 2.2).

Esta tipologia é interessante para analisarmos a articulação entre os diferentes serviços na saúde, considerando se as relações entre os mesmos são de subordinação, tutela ou autonomia. E também quando se refere ao foco de atuação das redes, apresentando a rede de mercado, que defende interesses de mercado e a rede de compromisso social, que objetiva ação complementar ou mesmo de suprir a ausência do Estado.

A emergência das redes pode ser entendida como consequência da crítica em relação aos resultados da gestão de políticas públicas, onde as estruturas organizacionais articulam-se em sistemas, mas o modo de operar cotidiano é fragmentado. Passemos à exploração da tipologia apresentada pela autora.

Uma rede autônoma é constituída por entes autônomos que se articulam em função de uma idéia comum, trabalham por pactuação, o controle é compartilhado e pode mudar de *lôcus*. Como exemplo, poderíamos citar a Rede PSBH/CEDAPS - Problem Solving for Better

⁵ O Terceiro Setor é constituído por organizações não governamentais, sem fins lucrativos e voltadas para a produção de bens e serviços públicos complementares à ação do governo, como ONGs, Fundações e Entidades Beneficentes, entre outros.

Health - (Construção Compartilhada de Soluções em Saúde) - CEDAPS⁶, um projeto internacional implementado no Brasil pelo CEDAPS. Esta articulação visou a resolução de problemas de saúde, através de projetos de intervenção, capacitação de profissionais e de lideranças comunitárias, estimulando a criatividade e melhor utilização de recursos próprios, gerando soluções criativas para diversos problemas.

Na rede tutelada, os entes têm autonomia, mas se articulam a partir da mobilização que parte de uma organização, que tem papel ou de regulação legal ou de financiamento e, assim, modela o objetivo comum, dita as regras. Segundo Inojosa (1999), este é o modelo de inúmeras redes que têm surgido tendo como centro o governo. Aqui podemos pensar na proposta do Pólo de Educação Permanente em Saúde, na qual o Ministério da Saúde, a partir do diagnóstico de problemas acumulados no campo da gestão da educação para o SUS, apresenta os objetivos da política a ser implementada para o setor, propõe as Rodas de Gestão da Educação no SUS, com articulação interinstitucional, base loco-regional e gestão colegiada, define os papéis dos estados, municípios, instituições formadoras e movimentos sociais, e ainda define as cantigas da roda: a Atenção Integral à Saúde e a Cadeia de Cuidados Progressivos à Saúde (BRASIL, 2004c).

A rede subordinada é constituída por entes que são parte de uma organização ou sistema, no qual existe interdependência de objetivos; mas a rede não depende da vontade dos entes, e a idéia que a norteia não foi abraçada livremente por eles. Há somente um *locus* de controle e o grau de autonomia das partes varia conforme a coordenação. Podemos pensar aqui na rede de serviços de saúde, ou melhor, nos sistemas de serviços de saúde da maioria dos municípios brasileiros.

⁶ Centro de Promoção da Saúde - é uma organização não-governamental, criada em 1993. Atua diretamente no estado do Rio de Janeiro e na Baixada Santista, em São Paulo. Tem por missão melhorar a qualidade de vida nas comunidades empobrecidas, através de programas de promoção da saúde e desenvolvimento comunitário.

Quadro 2.1 - Tipos de rede quanto à relação entre parceiros

Rede subordinada	Rede tutelada	Rede autônoma
<ul style="list-style-type: none"> Os entes são parte de uma organização ou sistema Existe uma interdependência de objetivos A articulação independe da vontade dos entes Há apenas um <i>locus</i> de controle 	<ul style="list-style-type: none"> Os entes têm autonomia mas articulam-se sob a égide de uma organização A rede fica dependente da persistência de propósitos do ente mobilizador O ente mobilizador tende a ficar como <i>locus</i> de controle 	<ul style="list-style-type: none"> Os entes são autônomos e articulam-se voluntariamente Pressupõe uma idéia-força mobilizadora A rede é aberta e trabalha por pactuação As identidades dos parceiros são preservadas e é construída uma identidade da rede O controle é compartilhado

Mas qualquer destas redes está comprometida com a produção de idéias, bens, serviços para seus membros, para o mercado ou para a sociedade. E, segundo o foco de atuação, as redes podem ser classificadas em redes de compromisso social e redes de mercado (Quadro 2.2).

Quadro 2.2 - Tipos de redes quanto ao foco de atuação

Redes de mercado	Redes de compromisso social
<ul style="list-style-type: none"> São articuladas em função da produção e/ou apropriação de bens e serviços Visam à complementaridade ou à potencialização dos parceiros em face do mercado As relações são perpassadas pelos interesses do mercado e podem oscilar entre cooperação e competição A relação de parceria das redes de mercado tende a ser de subordinação ou tutela 	<ul style="list-style-type: none"> Têm como foco questões sociais Visam a complementar a ação do Estado ou a suprir sua ausência no equacionamento de problemas sociais complexos, que põem em risco o equilíbrio social As relações nascem e se nutrem de uma visão comum sobre a sociedade ou sobre determinada questão social e da necessidade de ação solidária Demandam estratégias de mobilização constantes das parcerias e de reedição

Uma rede de mercado poderia ser exemplificada por uma rede de lojas ou uma associação de supermercadistas, e nela há convivência de cooperação e competição, conforme interesses de mercado. Já as redes de compromisso social podem ser entendidas como redes

orgânicas que têm como foco questões sociais. Como exemplo, a já mencionada articulação da Rede PSBH/CEDAPS - Problem Solving for Better Health - (Construção Compartilhada de Soluções em Saúde) – CEDAPS. Para Mance⁷ apud Righi (2002), a idéia de rede refere-se a uma articulação entre diferentes unidades, que trocam elementos entre si e assim se fortalecem, podendo se multiplicar em novas unidades que acabam por fortalecer todo o conjunto. Cada nódulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde correm os fluxos entre estas unidades.

Para Castells⁸ apud Abramovay (2000), rede é um conjunto de nós interconectados e o que define um nó é o tipo de rede ao qual ele pertence.

Migueletto (2001) afirma que as características essenciais das redes são a autonomia e a interdependência dos atores. Nas redes, as organizações estão motivadas a se articularem devido ao potencial de realização que atingem em conjunto, pois cada organização detém recursos essenciais para o alcance de um projeto coletivo.

Inojosa (1999) e Rovere (1999) alertam para que não se transformem as redes em um novo fetiche, ou receita, ou palavra mágica que pode resolver todo e qualquer problema.

A rede é uma construção coletiva, que vai se definindo durante o processo de aproximação de pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas, que definem coletivamente seus objetivos a partir de compreensão compartilhada da realidade social (JUNQUEIRA, 2000).

Um dos principais obstáculos à formação das redes é a redução do poder das organizações sobre o controle das decisões, pois são constituídas por relações horizontais, o que “implica em uma nova estrutura de poder, relacionada à negociação das percepções sobre a realidade e à alocação dada aos recursos” (MIGUELETTTO, 2001, p. 47).

⁷ MANCE, E. A. **A revolução das redes**: A colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis: Vozes, 2000.

⁸ CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

Por outro lado, a rede não é livre da dominação, sendo exemplos contemporâneos as estruturas autoritárias das instituições multilaterais e das empresas multinacionais, onde acontece o domínio de alguns países, organizações ou indivíduos sobre os demais. Mas o movimento inverso também pode ocorrer e as organizações “[...] vão assumindo autonomia e remodelando os vínculos, em direção a uma estrutura que privilegia a diversidade, em busca de uma nova lógica para a coexistência das diferenças” (MIGUELETTI, 2001, p. 48).

Rovere (2003) conta que a incorporação do instrumental das redes na área da saúde deu-se em diferentes contextos na Argentina. O primeiro ocorreu durante o processo de reforma da área de saúde mental da Província de Córdoba, entre os anos 1983 a 1991, durante capacitação por encontros em grande escala, que tinha como eixo a construção de redes em saúde mental. O segundo, a partir de um processo de capacitação na Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social, onde uma gama de programas e ações superpostos precisavam ser articulados. Em 1996, na Secretaria de Saúde Pública de Córdoba, era necessário selecionar um eixo que desse conta das mudanças organizacionais que se faziam necessárias. Como o conceito de redes trazia uma mensagem de cooperação e articulação e poderia ser decodificado por todos os trabalhadores de saúde, foi selecionado. Outras experiências estão em andamento, uma delas no Brasil, junto à Rede UNIDA⁹. E, a partir de sistematização de suas experiências, este autor elaborou um material que exploraremos a partir deste ponto.

Rovere (1999, p. 19) propõe o trabalho em “[...] redes para, redes como medio, redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente”.

Uma idéia fundante deste autor é o entendimento de rede enquanto dispositivo contracultural no que se refere ao funcionamento das organizações e mesmo da sociedade de nosso tempo, capaz de prevenir a alienação e permitir “la emergencia, la insumisión, la reconstituición del sujeto en formas no subordinadas” (ROVERE, 2003, p. 58).

⁹ A Rede UNIDA existe desde 1985 e articulava projetos de integração docente-assistencial. Na segunda metade da década de 90, houve um processo de reconstrução da identidade da rede. Atualmente, conecta pessoas, projetos e instituições comprometidos com a mudança da formação profissionais de saúde.

As redes são formadas a partir da conexão ou vinculação de pessoas. Assim, a unidade da rede não é o sujeito, mas o vínculo, pois a rede começa com, pelo menos, dois sujeitos. Estes vínculos se expressam sob a forma de acordos entre sujeitos que, a partir da constituição da rede, possuem autonomia relativa. Os graus de autonomia dependem do recurso que os sujeitos controlam, do que são capazes de construir no processo e do que o contrato de trabalho lhes permite.

Se as redes constroem-se a partir da perspectiva de cada sujeito, o conflito é uma situação previsível, e determina a existência de pontos de obstrução do fluxo de vínculos. Geralmente, as pessoas envolvidas no conflito têm pouca possibilidade de resolvê-lo. Daí a necessidade de uma função nova, a de gestão de redes, que teria que cuidar de mediar conflitos, além de ser capaz de prevêê-los e detectá-los, já que o conflito “escondido” pode minar o poder da rede. Ao contrário, quando um conflito é explicitado, pode ser trabalhado e a rede acumula poder.

Existem várias redes formais e informais, pois as redes são a forma como as pessoas espontaneamente se organizam. No processo de construção de redes existem diferentes níveis, que permitem avaliar ou monitorar a rede. São eles: reconhecimento, conhecimento, colaboração, cooperação e associação. Em cada um destes níveis, valores são necessários como pré-requisitos e são também produtos da ação em rede (ROVERE, 1999, 2003).

O nível de reconhecimento expressa a aceitação do outro, o reconhecimento de que ele existe, tem direito de existir e que pode contribuir para a melhoria dos serviços, mesmo daqueles dos quais não faz parte, porque pode assinalar questões antes não pensadas. Este nível requer e gera *aceitação*.

O nível de conhecimento expressa interesse em conhecer o outro, o que faz e qual sua visão de mundo. Abre a possibilidade de uma nova construção, pois amplia nossa capacidade de análise. Este nível requer e gera *interesse*.

No nível de colaboração (trabalhar com), começam a existir episódios de ajuda pontual, espontânea, ações concretas que iniciam um processo de vinculação. Este nível requer e gera *reciprocidade*.

No nível de cooperação (operação conjunta), a partir de um problema comum, estruturam-se ações sistemáticas, com compartilhamento de atividades ou recursos, ainda que os sujeitos continuem centrados em seus próprios interesses. Este nível requer e gera *solidariedade*.

No nível de associação, o grau de confiança alcançado permite o desenvolvimento de projetos que nenhuma das partes poderia desenvolver sozinha, com mesma qualidade ou extensão. A *confiança* aqui é produto e pré-requisito.

Rovere (1999, p. 50) trabalha ainda com o conceito de visão, a partir de uma reconfiguração de ferramentas do campo do planejamento e afirma que o

[...] concepto de planificación estratégica está cambiando, probablemente en una de las dimensiones más interesantes en la que está cambiando es que ha salido de la dimensión racional exclusiva [...] se pone en juego dimensiones racionales, emocionales y valorativas.

A visão é então descoberta, porque é conformada pelo desejo coletivo, pela interação e, simultaneamente, a descoberta da visão possibilita a conformação do grupo, que neste caso o autor chama de rede. Isto é, “[...] si esta red consigue proyectar una visión consensuada, esta visión consensuada a su vez va a constituir la red” (ROVERE, 1999, p.52).

O exercício de construção da visão e de acordos supõe compromisso e pode fazer emergir o dissenso. Mas as diferenças não são obstáculos, e é a partir delas que se pode construir consensos, já que os mesmos não são produzidos a partir da homogeneidade.

É necessário salientar mais alguns aspectos abordados por este autor, que nos permitem aprofundar a discussão sobre redes. O primeiro é que uma dimensão inerente às organizações e que não pode deixar de ser discutida é o poder. E, na organização, o poder

relaciona-se aos vínculos. O poder de uma rede pode ser avaliado a partir da quantidade e da qualidade de interações que cada sujeito constrói (ROVERE, 1999).

Este autor afirma que, em nossa sociedade que é organizada sob a forma de pirâmide, há uma unidade de comando. E um outro pólo, sobretudo quando a coesão derivada da presença de uma autoridade está comprometida, é representado pela fragmentação, onde as instituições conformam um arquipélago ou assemelham-se a uma organização feudal, e desenvolvem seus projetos como se fossem autônomas (ROVERE, 2003).

Rovere (2003) alerta que, se a fragmentação é extrema, soluções autoritárias podem ser pensadas e mesmo implementadas. Mas também aposta numa terceira possibilidade: a construção de redes, que possibilitaria às pessoas, às sociedades e às instituições o aprofundamento da democracia.

Especificamente em relação ao setor saúde, Rovere (1999) questiona a idéia de que a contra-referência seja uma reciprocidade, pois se embasa numa concepção equivocada de redes de serviços de saúde. Porque, neste caso, um serviço considera-se doador e outro que tem o direito de utilizar-se do primeiro, e esta assimetria não permite a construção de vínculos de reciprocidade. O que permite avaliar se os serviços são uma rede é se existe comportamento solidário entre os serviços, isto é, se algo ocorre num local, toda a rede fica sabendo e se põe alerta. E a solidariedade não se estabelece por decreto.

Outra questão importante refere-se à legitimidade do setor saúde: a qualidade dos serviços não pode ser avaliada a partir de uma única unidade de prestação de serviços, pois os usuários constroem uma imagem a partir de uma visão integral, de toda a rede (ROVERE, 1999). Assim, se um usuário é atendido em uma unidade básica de saúde e não tem seu atendimento garantido se referenciado, intra ou intersetorialmente, não somente os serviços implicados perdem em legitimidade, mas toda a rede. Cremos que esta afirmativa corrobora a pertinência de nos debruçarmos sobre o conceito de integralidade.

2.2 SOBRE INTEGRALIDADE

"Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor".

(MATTOS, 2004a)

A discussão sobre a *integralidade* estará focada na perspectiva de considerá-la em seus múltiplos sentidos, desde sua construção política como princípio constitucional, sua conformação como conceito a ser construído no plano teórico e prático, no âmbito da formulação das políticas, da organização da rede de serviços e dos encontros trabalhador de saúde – trabalhador de saúde, e trabalhador de saúde - usuário na produção das práticas de saúde.

Para Luz (2004), a integralidade é uma construção política e social que acontece nos planos sistêmico e individual. O primeiro é relacionado com a atenção como política e a rede de serviços de saúde; e o segundo refere-se à questão do cuidado, à prestação de atendimento qualificado ao usuário. Segundo a autora, estes dois planos sustentam práticas sociais comprometidas com a emancipação e autonomia dos sujeitos.

A integralidade, segundo Campos (2003), é um princípio constitucional, um dos pilares do SUS, que afirma que devem ser ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de forma articulada a todos os cidadãos brasileiros. Para o autor, a contradição do texto constitucional, que dá prioridade às ações preventivas, deve ser relativizada, pois materializou a tentativa de resgate da dívida do sistema de saúde em relação à prevenção de doenças.

Para Mattos (2004b, p. 2), a integralidade além de diretriz constitucional do SUS, representa uma “‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas [...] desejáveis [...] pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. Sendo uma imagem

objetivo, indica direção de uma mudança pretendida, mas não é detalhada. Assim, permite várias leituras e sentidos correlatos, mas distintos.

O autor sistematiza estes sentidos em três conjuntos, contextualizando sua emergência. Consideramos esta discussão necessária e oportuna, pois permitirá o desenvolvimento de um certo olhar sobre as políticas, organização da rede de serviços e práticas de saúde que será retomada em outros pontos deste trabalho.

O primeiro conjunto seria representado por aqueles sentidos relacionados à prática dos profissionais de saúde. A discussão sobre a integralidade tem origem no movimento da medicina integral, que fazia crítica à prática médica fragmentada, especializada, reducionista dos médicos, atribuída ao processo de formação, baseado no modelo flexneriano. A integralidade era entendida como uma atitude dos médicos que deveria ser caracterizada pela consideração das dimensões psicológicas e sociais, além das biológicas, no atendimento de um paciente.

No Brasil, este movimento associou-se à medicina preventiva e à saúde coletiva, e a importância dada à formação na postura assumida pelos profissionais e à transformação da escola médica foi considerada junto a outros determinantes, como por exemplo, as mudanças nas relações de trabalho e a presença do complexo médico-industrial.

Um dos sentidos de integralidade, que emergiu nesta época, foi o atribuído à postura do médico que, no encontro com o paciente, além de dispensar atenção para o quadro que motivou a busca do serviço, deveria investigar a presença de fatores de risco relacionados a outras doenças, e mesmo a presença de doenças que ainda não haviam produzido sinais ou sintomas. Um outro sentido foi representado pela atenção que deveria ser dispensada pelos médicos a outras necessidades, não diretamente relacionadas à doença que motivou o atendimento ou que pudesse vir a se apresentar.

Estes sentidos de integralidade, concebidos pela medicina preventiva, não consideravam, entretanto, que, para uma melhor identificação das necessidades de saúde, não se pode prescindir do aporte de outros profissionais da área, para que outras formas de encontro possam ocorrer.

Segundo Corneta et al. (1996) e Santana e Girardi (1992), foram sendo incorporados trabalhadores em saúde, distintos quanto às visões sobre o mundo, ao saber e à prática, conforme a necessidade em saúde foi se tornando mais complexa, havendo incorporação tecnológica e ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores necessários à operação dos serviços.

Campos (1997a) apresenta dois modelos polares na organização dos processos de trabalho em saúde. No primeiro, há agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas, cada categoria profissional elabora seus próprios regulamentos, objetivos e normas, o trabalho tende à burocratização através da utilização de protocolos e programas normativos. Com o tempo, podem agravar-se os conflitos entre as equipes de trabalho e entre estas e sua chefia, surgem disputas de competência, com algumas das categorias de técnicos impondo-se às demais. No segundo, igualam-se artificialmente todos os profissionais e a responsabilidade pelo projeto terapêutico é coletivizada. Pode haver resistência dos trabalhadores, mas grande parte transforma-se em agentes promotores de saúde, e sua capacidade de executar procedimentos específicos de cada especialidade ou profissão diminui.

Na tentativa de encaminhar estas questões, Campos (1997a) propõe que se trabalhe com os conceitos de Campo de Competência e de Responsabilidade e de Núcleo de Competência e de Responsabilidade. Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. E, por Campo, saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades.

O aporte do conhecimento e do trabalho de profissionais de diferentes áreas é necessário para que as ações implementadas viabilizem a atenção integral à saúde. Entretanto, pelo fato de os trabalhos serem diferentes tecnicamente e desiguais, quando se considera sua valorização social, e esta desigualdade ser reiterada por profissionais médicos e não-médicos que assumem relações de subordinação e hierarquizadas, a articulação das ações e a interação entre os agentes fica prejudicada, afastando as equipes da possibilidade de oferta de uma atenção integral (PEDUZZI, 2001).

Assim, o serviço de saúde pode ser visto como uma arena, onde distintos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, disputam territórios privados de ação (MERHY, 1997). As relações de trabalho são relações sociais que, por envolverem diferentes atores, constitui-se em um trabalho imerso em conflitos (MOTTA et al., 2002). Para Campos (1997b), os mecanismos de funcionamento da sociedade e as cristalizações de poder estão presentes em cada Instituição e os sujeitos, conforme a posição institucional e projeto de vida, tendem a reproduzir modelos de práxis dominantes no espaço público, o que nem sempre é fruto de uma reflexão consciente.

A integralidade pode ser entendida também como uma atitude do profissional de saúde. Porém, Mattos (2004b, p. 8) assinala que “talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas”, porque a forma como as práticas estão socialmente configuradas pode ou não favorecer a integralidade de uma ação. Daí a necessidade de considerarmos o segundo conjunto de sentidos, referentes à organização do trabalho nos serviços de saúde.

Para esta discussão, o autor parte do resgate das políticas de saúde no País, especificamente da década de setenta, quando ocorreu a criação do Sistema Nacional de Saúde, e consolidou-se a dicotomia entre Previdência - responsável pela assistência médica e o Ministério da Saúde – responsável pela identificação de problemas de saúde pública e pelo planejamento

centralizado de intervenções. Esta estrutura foi criticada pela dicotomia em si, e pelo fato de que este arranjo influenciava diretamente as práticas nos serviços de saúde.

A assistência médica previdenciária tinha como locus de ação o hospital, e as unidades de atenção básica ou eram organizadas para atendimento à demanda espontânea ou eram estruturadas como centros de saúde responsáveis pela vacinação e execução de programas verticais. Neste contexto, emerge uma outra noção de integralidade, pautada na crítica da dissociação destas práticas nas unidades de saúde, que propõe a articulação das mesmas, através da introdução de prontuário único e de pronto atendimento nas unidades de saúde pública, entre outras medidas. Acontece, então, uma tensão entre demanda espontânea e programada, com prejuízo da segunda, e uma outra concepção de programação é gestada.

A organização do trabalho nos serviços de saúde passa a ser pensada a partir da adscrição da clientela e da utilização da epidemiologia - para se identificar as reais necessidades de saúde e estruturar as ações de todos os profissionais da unidade, dirigindo-as a segmentos da população e a algumas doenças ou agravos mais freqüentes. A integralidade assume um outro sentido: uma forma de organização do processo de trabalho, de modo a otimizar o impacto epidemiológico.

A operacionalização deste modelo deu-se, por exemplo, no estado de São Paulo, com a proposta da Programação em Saúde. Segundo Nemes (1989), o plano da Programação era o de que a assistência médica individual acontecesse nos Centros de Saúde subordinada à ação programática, ampliando a assistência para tratamento de doenças contagiosas específicas e para grupos populacionais; articulando, portanto, atividades de Saúde Pública a ações de assistência médica individual, numa lógica de extensão da cobertura de serviços para as populações da zona rural e da periferia da zona urbana.

Este modelo buscou a integração das atividades de promoção, preventivas e curativas, a serem realizadas pelo trabalho em equipe, e também a regionalização e hierarquização dos

serviços de saúde. O planejamento na perspectiva de utilização racional dos recursos também foi um dos instrumentos da Programação. Havia, então, dois conjuntos de atividades: rotineiras e eventuais. As primeiras eram dirigidas a grandes grupos populacionais (por exemplo, Programa de Assistência à Criança) e a portadores de doenças infecciosas ou danos de importância epidemiológica e especificidade de intervenção (por exemplo, Sub-Programa de controle da Hanseníase). Os atendimentos eventuais eram destinados à demanda espontânea, aos indivíduos com doença evidente ou que se manifestavam como doentes.

Tal modelo baseou-se na idéia da História Natural da Doença e foi organizado, como afirmado por Mattos (2004b), na perspectiva da atenção integral. Entretanto, foi criticado, pois a epidemiologia não consegue apreender toda sorte de necessidades, havendo risco de restrição dos serviços ofertados. O diagnóstico em saúde acaba resultando em uma programação que focaliza a atenção no grupo materno-infantil, nos agravos e processos endêmicos e epidêmicos relevantes para a região, desde que impactáveis por tecnologias disponíveis (MERHY, 1995). E mais, quando supostamente se apreendem necessidades e os problemas de saúde a partir de saberes estruturados da clínica e da epidemiologia, desconsiderando “o modo real de como as pessoas, individuais e coletivas, sentem e representam as suas necessidades de consumo como problemas e constroem seus caminhos para solucioná-los”, os sujeitos reais são afastados dos cenários onde são definidas as políticas de saúde (MERHY, 1993, p. 47).

Estas críticas permitiram a aproximação de um outro sentido de integralidade: os serviços devem realizar uma apreensão ampliada e contínua das necessidades da população atendida, a partir do diálogo entre diferentes sujeitos, pois são distintas as formas de perceber as necessidades. A incorporação no processo de trabalho em saúde das necessidades dos usuários é um dos princípios do modelo tecnoassistencial em defesa da vida, norteado pela gestão democrática, partindo do entendimento da saúde enquanto direito de cidadania e do

compromisso do serviço público de saúde: a defesa da vida individual e coletiva. A unidade de saúde trabalharia considerando na sua relação com a população o vínculo, a responsabilidade, o acolhimento, a resolutividade, a gestão coletiva, e mecanismos para monitoramento das ações propostas e seu impacto sobre os problemas definidos (CAMPOS, 1997a; SILVA JÚNIOR, 1998).

Definir um problema de saúde depende do que se toma como saúde e como doença, e sua definição em espaços coletivos poderia transformá-los em espaços com potencial de ampliação ou aprofundamento da consciência sanitária, não só da população atendida pelo serviço, mas também dos técnicos responsáveis por este atendimento, emergindo daí sujeitos comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (MOREIRA, 2001).

Um último conjunto de sentidos de integralidade “trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos”. Um primeiro sentido seria a integralidade como recusa por parte dos formuladores de política a “reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem”. Esta tentativa esteve presente na proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde (MATTOS, 2004b, p. 12).

Um outro sentido de integralidade enfatiza que as respostas a problemas de saúde pública pelo governo devem contemplar as dimensões assistenciais e preventivas do problema, além de dirigir ações aos diversos grupos atingidos pelo mesmo. No Brasil, este sentido pode ser identificado na proposta governamental do Programa da AIDS.

Este conjunto de questões nos leva a refletir: como caminhar em direção à integralidade?

Segundo Campos (2003), para alcançar a integralidade da atenção, mudanças nas práticas de saúde devem ocorrer nos níveis institucionais - da organização e articulação dos serviços de saúde e no das práticas dos profissionais de saúde. Para tanto, um primeiro desafio é reestruturar a forma como os estabelecimentos e organizações de saúde trabalham.

Nesta perspectiva, Franco e Magalhães Júnior (2003, p. 126) concordam que “[...] para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar”.

Um segundo desafio seria o de garantir o acesso do cidadão aos diversos níveis de atenção - primário, secundário e terciário – que devem ofertar ações de saúde totalizadoras, que levem em conta as dimensões biológica, psicológica e social.

Um terceiro desafio pontuado por Campos (2003) também é questão assinalada por Mattos (2004b), que assume que integralidade talvez só se concretize quando estabelecermos uma relação sujeito-sujeito nas práticas dos serviços de saúde, nas discussões para a organização dos serviços e sobre as políticas. Nesta direção é que este trabalho se encaminha. Nossa aposta é a de que a integralidade enquanto modo de operar serviços e produzir ações de saúde é um processo que vai se construindo a partir do diálogo entre diferentes atores envolvidos, nas três dimensões onde ocorrem processos de tomada de decisão: na formulação de políticas, na articulação e organização dos serviços e nos encontros trabalhador de saúde – trabalhador de saúde e trabalhador de saúde - usuário.

Nesta pesquisa, trabalharemos com a perspectiva de integralidade referente à organização do trabalho nos serviços de saúde, especificamente no que se refere à articulação dos diferentes serviços e práticas dos profissionais de saúde. Esta articulação pressupõe a relação entre os sujeitos presentes em cada lócus de atenção, o que acontece a partir do exercício e da circulação de diferentes tipos de poder. Discutimos esta questão quando nos referimos à proposta de redes na organização dos serviços de saúde, enquanto uma possibilidade de maior horizontalidade na relação entre sujeitos que operam os diferentes equipamentos, o que pressupõe o caminhar para uma menor desigualdade entre os diferentes

atores, uma redistribuição de poder. Por isto, antes de prosseguirmos, buscamos as contribuições de Foucault (2004) e Testa (1992).

2.3 SOBRE PODER

Para realizar a discussão sobre a categoria *poder*, estaremos sistematizando, principalmente, a reflexão de dois autores: Foucault (2004) e Testa (1992). Do primeiro, aprofundaremos questões tais como: relação entre saber e poder, mecanismos e dispositivos através dos quais o poder atua na sociedade, a circulação e o exercício em rede do poder, e a constituição de indivíduos através do exercício do poder. De Testa (1992), abordaremos a tipologia do poder que, segundo este autor, é característica do setor saúde: o poder técnico, o administrativo e o político.

Foucault (2004) partiu de interrogações para escrever o que ele denominou de genealogias do poder, que foram compostas a partir da identificação de quais são os mecanismos e dispositivos de poder que atuam em diferentes níveis da sociedade. Justificou seu interesse pelo tema com o fato de que estes mecanismos nunca haviam sido estudados, e não havia sido explorada a relação entre saber e poder.

Foucault (2004) afirmou que, até a época de seus estudos, a questão do poder estava colocada pela direita em termos jurídicos e, pelo marxismo, em termos de Estado. As duas correntes explicativas têm em comum o economicismo na teoria do poder, conforme explicitaremos.

Na teoria jurídica clássica, o poder é um direito do qual se seria possuidor e, como uma mercadoria, poderia ser transferido ou alienado por um ato jurídico ou fundador de direito, por cessão ou contrato, para constituir, por exemplo, um poder político ou uma soberania. Na concepção marxista, o poder teria o papel de reproduzir a dominação de classe,

a partir de manutenção das relações de produção. O poder teria uma funcionalidade econômica, isto é, estaria em posição secundária em relação à economia, servindo-a.

A partir do século XIX, os movimentos revolucionários marxistas ou influenciados pelo marxismo, passaram a privilegiar o aparelho de Estado, considerando que aí estava localizado o poder. Em relação a esta afirmativa, Foucault (2004, p.149-150) argumentava que

[...] o poder não está localizado no aparelho de Estado e que nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, quotidiano, não forem modificados .

Partindo destas lacunas, o autor se propôs a investigar as relações de poder existentes nestes diferentes espaços. Iniciou este trabalho a partir de “Vigiar e Punir”, em 1968, no qual buscou captar o poder em sua capilaridade, em instituições locais e regionais, onde identificou sua objetivação em técnicas e instrumentos, muitas vezes, violentos. Além disto, foi estudar o poder questionando de que forma

[...] funcionam as coisas ao nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos, etc... [...] [e buscou] captar a instância material de sujeição enquanto constituição dos sujeitos [...] [porque julgava necessário] estudar os corpos periféricos e múltiplos, os corpos constituídos como sujeitos pelos efeitos do poder [...] (FOUCAULT, 2004, p. 183).

O autor não via o poder como um fenômeno de dominação de um indivíduo sobre outros, de uma classe sobre outra. Afirmava que o poder é algo que circula, funciona em cadeia, exerce-se em rede e os indivíduos estão sempre em posição de exercê-lo ou sofrer sua ação, funcionando como centros de transmissão. Assim, não há como pensar que uns detêm o poder e outros a ele são submetidos, isto é, cada um de nós é “[...] titular de um certo poder [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 160).

O poder também constitui indivíduos, sendo um indivíduo “[...] um de seus primeiros efeitos [...] e, simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu” (FOUCAULT, 2004, p. 183-184).

Foucault (2004, p. 184-185) fez uma análise histórica e ascendente do poder, buscando captar

[...] como os fenômenos, as técnicas e os procedimentos de poder atuam nos níveis mais baixos [...] como os mecanismos de controle puderam funcionar [...] quais foram seus agentes [...] e como estes mecanismos de poder, em dado momento, em uma conjuntura precisa e por meio de um determinado número de transformações começaram a se tornar economicamente vantajosos e politicamente úteis.

O autor afirmou ainda que o poder, para manter-se e ser aceito, mais que reprimir, permeia o corpo social e produz discursos e saberes, além de induzir ao prazer, pois

[...] se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalcamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo – como se começa a conhecer - e também a nível do saber (FOUCAULT, 2004, p. 148).

O poder tem necessidade de saber, o exercício do poder cria ou faz emergir objetos de saber e, por sua vez, o saber acarreta poder. Para Foucault (2004, p. 180), as relações de poder que existem em uma sociedade não se estabelecem sem uma produção e circulação de um discurso de verdade, isto é,

[...] somos submetidos pelo poder à produção de verdade e só podemos exercê-lo através da produção de verdade [...] temos que produzir a verdade para produzir riquezas [...] [a verdade] também é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos do poder. (FOUCAULT, 2004, p. 180)

O poder, para se exercer, produziu “instrumentos reais de formação e de acumulação do saber: métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de inquérito e de

pesquisa, aparelhos de verificação” (FOUCAULT, 2004, p.186). Estas técnicas foram criadas para responder às exigências da produção, quando da emergência do poder político do Estado, do estabelecimento de novas técnicas de produção e de relações mercantis a nível mundial, época de constituição do capitalismo industrial e da sociedade correspondente.

A disciplina pode ser considerada uma técnica de exercício do poder, elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII, como uma nova técnica de gestão de homens, para controlar suas diferenças, utilizá-las e extrair o máximo de seu trabalho. Esta técnica, representada por nova distribuição do poder - hierarquizada, que faz enquadramentos, realiza inspeções, condicionamentos e adestramentos, tornou-se necessária pelo fato do poder ser mais que um conjunto de leis ou um aparelho de Estado.

A disciplina insere os corpos em um espaço individualizado, que classifica e exerce seu controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento, tendo por objetivo identificar como a ação é realizada e como pode ser realizada mais rapidamente. Para o exercício desta técnica, há necessidade de registro contínuo e transferência da informação até o cume da pirâmide disciplinar, de forma que não se deixe escapar nenhum acontecimento ou elemento disciplinar. Portanto, a “[...] disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos [...] submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (FOUCAULT, 2004, p.106).

Mas, a vigilância não foi o único ou o principal instrumento. As instituições penais, psiquiátricas e escolares foram essenciais para o “funcionamento geral das engrenagens do poder” (FOUCAULT, 2004, p.6).

Retomando a discussão sobre o poder, o autor afirma que “[...] o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado” e, na medida em que as relações de poder são uma relação desigual isto implica em um em cima e um em baixo, uma diferença de potencial (FOUCAULT, 2004, p. 248).

Mas, para que haja um movimento de cima para baixo, é preciso que haja uma capilaridade de baixo para cima. Exemplificando, refere que numa instituição como o exército, por exemplo, o

[...] ‘ápice’ não é a ‘fonte’ ou o ‘princípio’ de onde todo poder derivaria como de um foco luminoso [...] O ápice e os elementos inferiores da hierarquia estão em uma relação de apoio e de condicionamento recíprocos; eles se ‘sustentam’ (FOUCAULT, 2004, p. 221).

Por fim, cabe destacar que Foucault (2004) afirma a existência de custo econômico e político do poder. Um ato de grande violência pode gerar revolta e uma intervenção descontínua pode levar ao desenvolvimento de fenômenos de resistência e de desobediência. Sempre que há uma relação de poder, existe a possibilidade de resistência.

Na atualidade existem distintos focos de poder, “[...] mas se é contra o poder que se luta, então todos aqueles sobre quem o poder se exerce como abuso, e que o reconhecem como intolerável, podem começar a luta onde se encontram e a partir de sua atividade” (FOUCAULT, 2004, p. 78).

Um dos locais onde o poder circula, e constitui saberes e sujeitos, é o setor saúde. Para entendermos os mecanismos de atuação do poder neste setor, apresentamos a reflexão de Testa (1992). Este autor refere que cada setor de atividade caracteriza-se pela circulação de diferentes tipos de poder. No setor saúde, os principais seriam o poder técnico, o administrativo e o político, que podem ser exercidos por um indivíduo, grupo social ou instituição.

O poder técnico diz respeito à informação, que pode ser de diferentes tipos: médica, sanitária, administrativa e marco teórico. A informação médica é trabalhada pelo médico na sua relação com o paciente, isto é, contém aspectos da clínica, anatomia, fisiologia entre outros. Registros de morbimortalidade e de distribuição de doenças na população compõem a informação sanitária. A informação administrativa trabalha com dados referentes à utilização

de recursos, por exemplo, custos e produtividade. O marco teórico é um tipo de informação implícito quando da utilização dos outros tipos de informação. O marco teórico tradicional tem sido questionado pela epidemiologia social, que defende a teoria da produção social de enfermidades.

Estes diferentes tipos de informação circulam em diferentes espaços: de docência, investigação, serviços, administração superior e população. E é importante o mapeamento de quais tipos de informação circulam por quais espaços, para o desenho de uma estratégia de intervenção no setor saúde. O marco teórico da epidemiologia social, no momento estudado por Testa (1992), estava ausente em todos os espaços. Outra questão apontada pelo autor é que a geração e processamento dos dados, bem como a distribuição das informações, dá-se em diferentes âmbitos, e são realizadas por diferentes grupos sociais. Quanto maior a homogeneidade dos grupos que constituem o subsistema de informação, maior a possibilidade de acumulação do poder técnico por este grupo social.

O poder técnico pode utilizar-se de linguagem que pode facilitar ou dificultar a compreensão do que se informa, retendo, “[...] junto com a informação, o poder por ela gerado” (TESTA, 1992, p. 121). E quando retém o poder, não permite que outros atores entrem em cena, e disputem em situação menos desigual seus projetos.

O poder administrativo, em países capitalistas, resume-se à questão de financiamento, elemento que define a organização dos diferentes subsectores e os deslocamentos de poder entre eles. O financiamento relaciona-se também a aspectos estruturais da sociedade, como a definição do papel do Estado, por exemplo. Cada subsector possui distintas formas de financiamento, prestação de serviços e cobertura populacional, configurando uma rede complexa que, para ser corretamente apreendida, necessita de ação que vá “[...] além da identificação de componentes e relações” (TESTA, 1992, p.122).

Deve-se analisar a homogeneidade dos grupos sociais que intervêm na definição destes diferentes subsetores, enfatizando as relações de poder. Cada decisão administrativa tem consequência sobre grupos que serão afetados por ela, gerando maior ou menor apoio, viabilizando ou não decisões subseqüentes. Na atualidade, esta discussão tem pertinência não só para pensarmos os subsetores enquanto público e privado, mas também dentro do setor público, como o financiamento tem se dado de forma distinta quando pensamos a organização da atenção primária, secundária e terciária.

O poder político é definido como a capacidade de desencadear mobilização, e depende do saber enquanto visão de mundo e da prática “como construtora de sujeitos” (TESTA, 1992, p. 124). Estes dois aspectos constituem o que Testa (1992) denomina ideologia. O poder político situa-se hierarquicamente acima dos poderes técnico e administrativo.

Os saberes podem ser agrupados em duas categorias: saber empírico e saber científico. O primeiro deriva de experiência, sustenta um poder individual ou de pequenos grupos que se mobilizam em torno de um interesse particular e tem uma funcionalidade.

O saber científico é adquirido formalmente, e é uma ideologia quando se considera suas diferentes práticas: a lógica formal do racionalismo e a lógica dialética do materialismo, que se referem a diferentes formas de prática do poder – a dominação e a hegemonia. No setor saúde, o poder político assume predominantemente as formas de organizações não classistas e liderança, ditadura, burocracia e poder político de classe.

Neste espaço – setor saúde – existe também o autogoverno. Retomando discussão anterior, uma rede de saúde é operada por sujeitos, presentes em cada um dos diferentes serviços – representados por trabalhadores, usuários e gestores, que possuem projetos e controlam recursos. Necessário, antes de prosseguirmos, uma apresentação destas variáveis considerando a proposta do triângulo de governo de Matus (MATUS, 1993).

Para Matus (1993), governar é uma arte e exige articulação de três variáveis interdependentes: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema. Esta interdependência, condicionamento múltiplo e interação têm a ver com o fato de que estas três variáveis possuem em comum a ação humana.

O projeto de governo diz respeito às propostas de ação pretendidas por um ator para alcançar seus objetivos. A governabilidade do sistema refere-se às variáveis decisivas que um ator em situação de governo controla, em relação ao que pretende com seu projeto. A capacidade de governo diz respeito às técnicas, habilidades e métodos que controla um ator em situação de governo e sua equipe. Este autor preocupa-se especialmente com a capacidade de governo.

Merhy (2002) parte destas idéias para sugerir que um ator em situação de governo é sempre coletivo, que este ator direciona suas ações a partir de um projeto explícito ou não, e que, por não controlar todos os recursos, tem que considerar a existência de oponentes e precisa saber governar. Por recurso, entende “tudo o que for necessário para compor o êxito da aposta do ator: dinheiro, conhecimento, organização, trabalhadores, comunicação [...] saberes e procedimentos de como as coisas devem ser feitas [...]” (MERHY, 2002, p. 155).

Este autor afirma também que, no campo da saúde, há o autogoverno, isto é, que neste espaço de trabalho, todos governam, isto é, disputam projetos e controlam recursos. E, neste caso, podem se constituir “[...] sujeitos sociais que se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas “[e que]” se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação “(MERHY, 1993, p. 47)

Tendo armado o olhar a partir destes conceitos, propomos a continuidade de nossa caminhada... É preciso agora explicitar os caminhos percorridos para o desenvolvimento da pesquisa...

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A OPÇÃO METODOLÓGICA

A opção metodológica para o desenvolvimento do trabalho foi o estudo de caso, “uma categoria de pesquisa qualitativa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (TRIVIÑOS, 1987, p. 133). Nesta pesquisa, o estudo de caso não representa somente o estágio exploratório da pesquisa, pois entendemos, como Yin (2005), que ele é uma estratégia formal de pesquisa, preferencialmente quando as questões do estudo são do tipo “‘como’ e ‘por que’”, quando o pesquisador focaliza fenômenos sociais complexos e contemporâneos, e não há exigência de controle sobre os eventos, como em experimentos, por exemplo (YIN, 2005, p. 19). Os estudos de caso não têm compromisso com a generalização em relação a populações ou universos (generalização estatística), mas sim em relação às proposições teóricas (generalização analítica).

A opção pelo estudo de caso único pode ser realizada quando o mesmo for *decisivo*, isto é, satisfaz todas as condições para testar uma teoria; representar um caso *raro* ou extremo; for um caso *representativo* ou *típico*; ser um caso *revelador*, por exemplo, um fenômeno previamente inacessível à investigação; ser um caso *longitudinal*, isto é, que vai ser estudado em diferentes períodos de tempo.

3.2 A DEFINIÇÃO DO CASO

Havíamos inicialmente feito opção por estudar a atenção à gestante na rede de serviços do Distrito Sanitário I. Fizemos esta opção pelo fato de ser o território, dentro do município onde encontramos os piores indicadores sócio-sanitários. Entretanto, ao iniciarmos a fase de exploração do campo, identificamos que não havia definição de fluxo das gestantes na rede a

partir de sua adscrição a um dado território, o que indicou desde esta constatação uma situação específica da rede de atenção à gestante no município.

Optamos, assim, por realizar um estudo de caso único, considerando a atenção à gestante na rede de serviços de Uberaba-MG, tomando por referência os serviços de atenção básica do Distrito I. Para definir a atenção à gestante na rede de serviços como caso típico ou representativo, partimos da consideração de que esta é uma condição marcadora ou traçador. Isto é, a partir do estudo da assistência prestada a este grupo populacional, poderemos no caso de detecção de problemas, supor que situações semelhantes ocorram em outras condições (PENNA, 1995). O estudo de caso único foi do tipo incorporado, já que trabalhamos com múltiplas unidades de análise, representadas por diferentes serviços e sujeitos situados neste território.

Esta pesquisa foi, então, realizada no município de Uberaba, localizado no estado de Minas Gerais, na região conhecida como Triângulo Mineiro. Segundo projeções referentes ao censo de 2000, a população atual é de cerca de 285.000 habitantes, e concentra-se, principalmente, na zona urbana; na zona rural reside, aproximadamente, 3% da população (IBGE, 2000).

A renda média de, aproximadamente, 75% da população economicamente ativa é de menos de 5 salários mínimos, 40% recebe menos de 2 salários mínimos e 11% até 1 salário mínimo (UBERABA, 2006b). O PIB per capita é estimado em R\$ 11.058,17 ao ano e a população economicamente ativa em 165.934 habitantes (IBGE, 2000).

O maior número de trabalhadores concentra-se no setor terciário, seguido pelo setor secundário e, apesar da grande extensão da zona rural, que ocupa 98% do território do município, no setor primário concentra-se somente 2% da mão-de-obra ocupada.

De acordo com indicadores oficiais, 99% da população tem acesso à água tratada, 98% à rede de esgoto e o índice de eletrificação é de mais de 98% nas zonas urbana e rural (UBERABA, 2006b).

As nove faculdades de Uberaba oferecem aproximadamente 94 cursos de graduação e 49 de pós-graduação (*lato sensu e strictu sensu*). A Rede Pública Municipal possui 34

Escolas, onde existem 1534 professores, responsáveis por 25.191 alunos.

Até o segundo grau, a média de alunos por docente varia de 15 a 18. Esta relação diminui no ensino superior para uma média de um docente para cada 10 alunos. A taxa de analfabetismo no Município é de 8,5%, concentrando-se em faixas etárias mais altas, principalmente acima de 50 anos (IBGE, 2000).

A partir de 1991, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, com vistas à implantação do sistema de saúde – SUS - preconizado pela Constituição Federal de 1988 e referendado pela população uberabense na I Conferência Municipal de Saúde (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990), dividiram a área do Município em três territórios denominados Distritos Sanitários (UBERABA, 1992). Os critérios utilizados levaram em consideração, principalmente, as relações sócio-econômicas, culturais, políticas e sanitárias da população, bem como as vias de acesso aos equipamentos de saúde e a malha viária existente. Os três Distritos Sanitários são: Distrito Sanitário I ou Distrito da Abadia, com uma população de 94.417 habitantes; Distrito Sanitário II ou Distrito das Mercês, com 85.443 habitantes e Distrito Sanitário III ou Distrito dos Estados Unidos, com uma população de 90.329 habitantes (dados demográficos referentes a 2004, a partir de projeção do IBGE).

A seguir, cada Distrito Sanitário foi subdividido em Áreas de Abrangência, levando em consideração os equipamentos de saúde do Município. Cada Unidade Básica de Saúde seria responsabilizada, a partir de então, pela atenção à saúde da população a ela adstrita. Num terceiro momento, os técnicos de cada Unidade Básica de Saúde procederam à caracterização sócio-sanitária de sua população. Este trabalho permitiu a divisão de cada Área de Abrangência e, conseqüentemente, do Município em Áreas Homogêneas de cinco tipos: *Precária, Ruim, Regular, Boa e Ótima*. No Município predominam Áreas Homogêneas dos tipos Boa e Regular, conforme pode ser visualizado no Anexo D.

A caracterização permitiu também a constatação de que, dentre os três Distritos, o mais populoso e o mais precário do ponto de vista sócio-sanitário, foi e continua sendo o Distrito Sanitário I. Além disto, é o único Distrito que possui em seu território equipamentos dos três níveis de atenção, e conta com o maior número de equipes de Saúde da Família (UBERABA, 2001).

Na atualidade, o município apresenta ampla rede de serviços públicos e privados, conforme tabela abaixo. Esta rede já foi descrita anteriormente neste trabalho.

Tabela 3.1 - Estabelecimentos por atendimento e esfera administrativa, Uberaba, 2006.

	Com internação	Sem internação	Exclusivamen te SADT	TOTAL
<i>Público federal</i>	1	2	0	3
<i>Público municipal</i>	0	32	0	32
<i>Privado c/ fins lucrativos</i>	5	4	23	32
<i>Privado s/ fins lucrativos</i>	6	1	1	8
<i>Total</i>	12	39	24	77

Fonte: CNES/ DATASUS

3.3 A DEFINIÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE E A CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE PESQUISADORES

Nesta fase, buscamos identificar os serviços de saúde que compunham a rede de atenção à gestante, e selecionamos aqueles nos quais a pesquisa foi realizada. Além dos espaços, cenários da investigação, foram definidos o desenho da estratégia de entrada em campo e a equipe responsável pela condução da pesquisa.

Participaram deste estudo unidades de atenção primária, organizadas sob a Estratégia de Saúde da Família; unidades de atenção especializada e de apoio diagnóstico terapêutico e maternidades.

A seleção de uma unidade de Saúde da Família da zona urbana foi feita por sorteio entre aquelas que responderam aos seguintes critérios: estar localizada no Distrito Sanitário I, estar com equipe completa, ser unidade isolada, isto é, não haver na Unidade outros profissionais que não os da ESF. Uma unidade de Saúde da Família da zona rural também se

constituiu cenário do estudo.

Da atenção secundária, participaram da pesquisa os seguintes serviços: o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), da rede própria da prefeitura. Além destes, participaram o Ambulatório Maria da Glória e o Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e a Maternidade do Povo, que pertence ao Hospital da Beneficência Portuguesa.

A equipe de pesquisa¹ foi inicialmente composta por uma psicóloga, uma assistente social e a pesquisadora responsável por este projeto. A equipe realizou um treinamento específico, com a finalidade de que cada componente possuísse uma compreensão dos conceitos básicos, da terminologia e das questões do estudo. Este treinamento focalizou o motivo da realização do estudo, quais seus objetivos, metodologia e questões a serem respondidas pelos sujeitos da pesquisa.

Antes de adentrar os cenários da pesquisa para a exploração do campo e atendendo às recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta investigação foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro², obtendo sua aprovação para a realização do estudo.

Assim, uma vez vencidos estes passos, a aproximação ao campo de pesquisa nos possibilitou a identificação de aspectos aos quais não havíamos atentado, a revisão dos pressupostos de trabalho e a delimitação das facilidades e dificuldades que foram surgindo e tiveram que ser enfrentadas (MINAYO, 1993).

Durante esta fase de aproximação surgiu a necessidade de evitarmos a participação da

¹ Houve a preocupação de se constituir uma equipe de pesquisa face ao fato da pesquisadora principal ocupar, na época do trabalho de campo, lugar junto ao staff central da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, fato que será explicitado adiante.

² O termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se em anexo (ANEXO E), assim como os Termos de Consentimento Livre e Informado utilizados para ciência e anuência dos entrevistados (APÊNDICE A).

pesquisadora em todas as entrevistas, tendo em vista o fato de que estava ocupando cargo diretivo na Secretaria de Saúde de Uberaba, o que poderia causar certo constrangimento aos sujeitos da pesquisa. Desta forma definimos pela constituição de uma outra equipe de pesquisa, e pela presença da pesquisadora responsável somente naquelas entrevistas a serem realizadas com coordenadores ou trabalhadores de serviços não pertencentes à rede própria do município. Portanto, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a discussão do projeto de pesquisa com os técnicos e autorização da Secretaria de Saúde, iniciamos a aproximação aos serviços que participaram do processo de pesquisa.

A composição da equipe de pesquisadores foi alterada mais uma vez em virtude de afastamento de uma das pesquisadoras por problema de saúde. Nova componente foi identificada e treinada.

3.4 AS FONTES DE DADOS, TÉCNICAS DE COLETA E SUJEITOS DA PESQUISA

Trabalhamos fontes primárias, obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão e fontes secundárias – documentos oficiais, relatórios, registros oficiais da Secretaria de Saúde Uberaba, além de dados dos bancos de dados oficiais locais e federal.

3.4.1 Fontes Documentais

As informações documentais são relevantes para estudos de caso, e sua utilidade maior é a de “corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes” (YIN, 2005, p. 112). Por exemplo, ao se verificar o fluxo de documentos, redes de contato podem ser explicitadas.

A princípio, pretendíamos para a pesquisa o recorte temporal de dez anos, e assim obter informações referentes ao período de 1995 a 2005. Isto porque, a partir de 1996, houve o início da implantação de equipes de Saúde da Família, como uma estratégia para reorientar o modelo de atenção. Esta implantação pretendeu ter caráter substitutivo na atenção básica em relação ao modelo vigente, estruturado em UBS, com especialistas médicos das três clínicas

básicas, dentistas, ACD, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, psicólogo, e um coordenador.

Entretanto, não foi possível nos referirmos a um único período para estudo de informações que trouxessem luz para o tema da atenção à gestante no município. No que se refere aos documentos oficiais, não foi possível o acesso a todos eles, por não terem sido localizados na Secretaria de Saúde. Importante assinalar que a busca dos documentos oficiais pela pesquisadora teve início em 2004. Por isto, optamos por utilizar todos os documentos encontrados, que trouxessem a fala dos sujeitos políticos responsáveis pela atenção à gestante no município, fossem eles gestores, prestadores, trabalhadores ou usuários.

Considerando que as políticas de saúde deveriam ser embasadas não somente em dados epidemiológicos, mas também em reivindicações de diferentes segmentos sociais, iniciamos esta análise a partir dos registros dos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde e de Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

As Conferências Municipais de Saúde aconteceram nos anos de 1990, 1992, 1995, 2000 e 2003. As reuniões do Conselho Municipal de Saúde vêm acontecendo desde o ano de 1993, entretanto, só foram localizadas na Secretaria de Saúde atas de reuniões realizadas a partir de 03 de junho de 1997. Analisamos, então, estes documentos desta data até 23 de agosto de 2006.

Seguindo a análise documental, nos detivemos em dois Planos Municipais de Saúde elaborados nas gestões 1997-2000 e 2005-2009, e no Relatório de Gestão referente ao ano de 2005. Não foi possível o acesso a todos os Planos de Saúde, que conforme registros em atas do Conselho somariam quatro, e a todos os Relatórios de Gestão, visto não terem sido localizados por técnicos nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde. Na tentativa de amenizar esta lacuna, agregamos para análise a Agenda Municipal do ano de 2001.

Entre os registros que pretendíamos analisar em cada unidade, encontravam-se aqueles referentes aos serviços prestados (usuários atendidos, tipos de atendimento, registros diagnósticos, tipo de alta, registros de censo e de morbimortalidade, referência e contra-referência, entre outros). Entretanto, não havia dados e informações desagregadas nestes serviços. E, como optamos pelo estudo da rede, buscamos as informações em bancos de dados nacionais e municipais.

Em relação aos sistemas de informação, tivemos que buscar dados em diferentes fontes e, em cada uma delas, os bancos de dados referiam-se a diferentes períodos em que o atendimento ocorreu, ou porque o sistema passou a existir após 1995 ou porque os serviços foram implantados após esta data. A busca em diferentes fontes ocorreu também porque as oficiais, representadas por bancos de dados nacionais, apresentam dados agregados, prejudicando melhor análise e entendimento da situação de saúde, conforme detalharemos posteriormente. Optamos, então, por apresentar um quadro discriminando as fontes consultadas, os períodos a que se referiram os dados e informações, acompanhados pela justificativa do período ser diferente ao inicialmente pensado para esta pesquisa.

Quadro 3.1 - Demonstrativo das fontes de informação e período de referência, Uberaba, 2006.

Órgão/Instituição	Sistema ou Fonte de Informações	Dados e/ou informações	Período	Justificativa
Ministério da Saúde	SIM	Óbitos infantis e maternos	1995-2004	Período disponível para consulta na web. Não foram utilizados bancos da Secretaria Municipal de Saúde, pois não registravam eventos ocorridos fora do município.
	SINASC	Nascidos Vivos	1995-2004	
	SIH	Internações por causas obstétricas e de crianças até um ano	1995-2005	
	SIA	Consultas de pré-natal Realização de ultrassonografia obstétrica	1995-2005	
	SIAB	Atendimento pré-natal (ESF)	1998-2005	
	SINAN	Notificações sífilis congênita	2001-2005	
Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais	Programação Pactuada Integrada	Procedimentos pactuados por município de origem e por município de atendimento	2005	Atualização do cálculo de necessidades de procedimentos pelo fato de Uberaba ser pólo de macrorregião

Quadro 3.1 - (cont.)

Órgão/Instituição	Sistema ou Fonte de Informações	Dados e/ou informações	Período	Justificativa
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba	Sistema de Saúde - DLS	Lotação de profissionais na rede e atendimentos realizados	1999-2005	Ano de implantação do sistema – 1999
	Seção Informação – DVS	Local de ocorrência dos nascimentos	2001-2005	Período disponível para consulta
	Programa Municipal DST AIDS	Realização exames de patologia clínica rotina pré-natal	2000-2005	Início do Programa Gestantes – 2000
Hospital Escola – Universidade Federal Triângulo Mineiro	Serviço de Dados e Estatística	Pré-natal risco habitual	1997-2005	Registro desagregado dos atendimentos do ambulatório Ginecologia se fez a partir de solicitação dos docentes responsáveis
		Pré-natal alto risco	1995-2005	
		Pré-natal gestante com infecção	2004-2005	
Corpo Bombeiros Militar MG	Terceira Companhia Independente	Atendimento a parturientes pelo Serviço Resgate	2000-2005	Início do registro dos atendimentos realizados

3.4.2 Entrevistas

Para Cruz Neto (1994), a entrevista é o procedimento mais comumente usado no trabalho de campo, e tem por finalidade a obtenção de informações dos atores sociais, sujeitos da pesquisa. Por meio da entrevista, que pode ser individual ou coletiva, podemos obter dados objetivos e subjetivos, estes últimos se referindo aos valores, atitudes e opiniões dos entrevistados.

As entrevistas podem ser classificadas em estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas. Nas estruturadas, as perguntas estão previamente elaboradas e nas não estruturadas, o sujeito entrevistado aborda livremente o tema proposto. Trabalhamos com entrevista semi-estruturada, que articula estas duas modalidades. Triviños (1987, p. 146) entende como entrevista semi-estruturada aquela que

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. [...] o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

As perguntas fundamentais foram resultado da teoria e da informação já coletada a

respeito do fenômeno que pretendíamos investigar, isto é, o atendimento à gestante em serviços que compõem a rede municipal de saúde.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2005 a fevereiro de 2006. Os sujeitos tiveram suas falas registradas em fitas magnéticas, que serão destruídas após cinco anos a contar da transcrição de seu conteúdo. Foram garantidos o sigilo e o anonimato aos participantes das entrevistas. As entrevistas tiveram duração aproximada de quarenta minutos, e posteriormente foram transcritas e analisadas. Houve o registro de atitudes e comportamentos do entrevistado, no sentido de contribuir para esclarecimentos necessários à pesquisa. O horário e o local da entrevista foram estabelecidos em conjunto, pela equipe de pesquisa e pelos informantes.

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores de serviços dos três níveis de atenção que fazem atendimento à gestante, e atuavam como gerentes ou coordenadores de unidade, ou estavam na assistência individual ou coletiva das gestantes. Os gerentes ou coordenadores de unidade entrevistados estavam lotados em cada uma das unidades de saúde que participaram do estudo. Os trabalhadores da assistência foram identificados de forma a contemplar a representação de todas as categorias profissionais que atuavam, no momento da realização das entrevistas, em cada um dos serviços selecionados, no que se refere à atenção à gestante. No total foram entrevistados, individualmente, 7 gerentes ou coordenadores de unidade; 11 trabalhadores envolvidos com a assistência à gestante (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 – Distribuição dos sujeitos entrevistados segundo serviço de saúde e função desempenhada.

<i>Unidade de Saúde</i>	<i>Trabalhadores</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>Coordenação</i>	<i>Assistência</i>	
USF zona urbana	1	2	3
USF zona rural	1	2	3
CTA	1	1	2
CAISM	1	1	2
Amb. Maria da Glória / HE	2	4	6
Hosp. Beneficência Portuguesa	1	1	2
TOTAL	7	11	18

Após esclarecimentos sobre a pesquisa e obtenção do Consentimento Livre e Informado (Apêndice A) foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a partir de temas definidos previamente, em decorrência de nossa experiência, do contato com trabalhadores da rede e com usuários dos serviços de saúde, bem como da exploração teórica (Apêndices B e C). Assim, os disparadores foram:

- Atendimento realizado pela Unidade de Saúde
- Atendimento à gestante realizado pela Unidade de Saúde
- Fluxo da gestante na Unidade de Saúde, sujeitos que respondem pelas ações em cada “ponto” da Unidade e como se relacionam no e para o atendimento.
- Fluxo de gestantes, informações a ela relacionadas e outros recursos na rede de serviços.
- Operação do serviço e da rede, considerando acesso, resolutividade e integralidade.

Não pretendíamos realizar entrevistas individuais com as gestantes. Entretanto, como houve dificuldade de realizar grupos de discussão, optamos por entrevistar três gestantes, no sentido de ampliar a coleta de informações, e utilizamos os mesmos disparadores dos grupos de discussão.

3.4.3 Grupos de Discussão

Para Minayo (1993), a coleta de dados em grupo é uma estratégia recomendada quando se pretende trabalhar com um maior número de pessoas, obter dados com certo grau de profundidade em curto espaço de tempo e possibilitar o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas (CARDOZO, 1999).

As gestantes foram identificadas entre aquelas que freqüentavam atividades em equipamento religioso, na área de abrangência de unidade de atenção básica do Distrito Sanitário I, organizada como unidade de Saúde da Família. Foi possível a realização de somente um Grupo de Discussão, visto que as atividades de equipamentos sociais e religiosos

existentes na área estavam desativadas. Trabalhamos realizando as discussões a partir dos seguintes disparadores temáticos (Apêndice D):

- Serviços de saúde acessados para realização do pré-natal
- Ações desenvolvidas para o atendimento à gestante no serviço
- Sujeitos responsáveis pela operação dos serviços
- Fluxo das gestantes na rede de serviços
- Operação do serviço e da rede considerando acesso, resolatividade e integralidade.

O encontro teve a duração aproximada de 1:00 hora, conforme recomendado por Schrimshaw³ apud Minayo (1993). Os participantes contaram com a presença de somente um entrevistador, que teve por função facilitar e aprofundar a discussão, e realizou também a observação, registrando ocorrências relevantes após realização do grupo. O observador, que registraria as ocorrências durante o desenvolvimento do grupo, e auxiliaria a condução quando se fizesse necessário, não pode comparecer à atividade por motivo de saúde. Como o Grupo já estava agendado, optamos pela realização do mesmo, visto que os encontros de gestantes na área, em número suficiente para realização do grupo, não estavam acontecendo.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa e obtenção do Consentimento Livre e Informado, as participantes do grupo de discussão tiveram suas falas registradas em fita magnética, que será destruída após cinco anos a contar da transcrição de seu conteúdo. Foram garantidos o sigilo e o anonimato às participantes do grupo. O local das reuniões foi previamente definido considerando que já seria o utilizado para o desenvolvimento do encontro religioso. O Grupo de Discussão aconteceu no dia 25 de fevereiro de 2006.

³ SCHRIMSHAW, S. Anthropological approaches for programme improvement. Los Angeles: University of California, 1987.

3.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento do material empírico oriundo das entrevistas e do grupo de discussão, utilizamos a análise temática (GOMES, 1994; MINAYO, 1993), sendo que o material foi cotejado com material procedente da análise documental, dos dados secundários e do suporte teórico desta investigação, buscando a articulação deste conjunto de dados de modo a analisá-los abrangendo a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p.138).

Minayo (1993) aponta que na análise temática o tema se refere a uma afirmação acerca de um determinado assunto, podendo ser representado por uma palavra, frase ou resumo. Bardin (1979, apud Minayo, 1993, p. 208)⁴ afirma que “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. A análise temática consiste em identificar os núcleos de sentido que se fazem presentes numa comunicação qualquer, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

O material empírico foi submetido às etapas para a operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (GOMES, 1994; MINAYO, 1993).

Na pré-análise, realizamos leitura flutuante do conjunto do material obtido nas entrevistas e grupo de discussão; constituímos o *Corpus* de forma que a organização do material contemplasse as normas de validade: exaustividade (em relação aos aspectos levantados no roteiro), representatividade (universo pretendido), homogeneidade (obediência a critérios para escolha dos temas) e pertinência (documentos adequados ao objetivo do trabalho). E, de acordo com os objetivos e questões do estudo, definimos unidades de registro, categorização e conceitos que orientaram a análise.

⁴ BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

Na fase de exploração do material, procedemos à sua codificação conforme trabalho empreendido na primeira fase. Na terceira fase, buscamos desvendar o conteúdo subjacente aos depoimentos, realizando interpretação a partir do quadro teórico previsto, e de outras contribuições teóricas sugeridas pela leitura do material.

No processo de articulação e rearticulação dos núcleos de sentido foi definido um grande tema: *O modelo operado na rede de serviços que fazem atenção à gestante no município*. Este tema, para fins de sistematização e apresentação foi recortado em quatro subtemas, que mantêm íntima articulação: oferta de ações de saúde e a atenção às necessidades das gestantes; o encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção; espaços de atenção à saúde como espaços de aprendizagem; gestão da rede - a relação entre os serviços de saúde que fazem atenção à gestante no município.

As fontes documentais foram analisadas a partir de leitura e destaque de trechos que fizessem referência à atenção à gestante no município. Os dados quantitativos relacionados ao cuidado prestado à gestante e impacto em sua situação de saúde foram analisados considerando sua frequência absoluta e/ou relativa.

Para estimativa do total de gestantes, utilizamos a seguinte fórmula:

- Número estimado de gestantes = População da área no ano X Taxa de natalidade do ano anterior

Para estimativa do total de gestantes de risco habitual e alto risco, as fórmulas utilizadas foram:

- Número estimado de gestantes de risco habitual = Número estimado de gestantes X 85%
- Número estimado de gestantes de alto risco = Número estimado de gestantes X 15%

A estimativa de consultas de pré-natal necessárias para atenção à gestante de risco habitual e de consultas especializadas para gestantes de alto risco no município, pelo SUS, foi calculada a partir das seguintes fórmulas:

- Número de consultas pré-natal risco habitual = 10 X Número de gestantes de risco habitual X 70%
- Número de consultas pré-natal alto risco = 10 X Número de gestantes de alto risco

Para o cálculo da necessidade de exames de ultrassonografia obstétrica a fórmula utilizada foi:

- Número de exames de USG obstétrica = (Nº gestantes de risco habitual X 70%) + (2 X Nº gestantes alto risco)

E, finalmente, para obtermos a taxa de cesariana, utilizamos a fórmula:

$$\text{Taxa de cesariana} = \frac{\text{número de partos cesáreos}}{\text{total de partos}} \times 100$$

4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À GESTANTE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Na tentativa de conformarmos um olhar para a constituição da rede de atenção à gestante em Uberaba-MG, buscamos informações sobre a política de atenção à gestante, bem como dados relativos à produção de atendimentos e de morbimortalidade referentes a este grupo.

4.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À GESTANTE NO MUNICÍPIO

O estudo da política de atenção à gestante no município, aqui entendida como um compromisso da gestão municipal em implantar e/ou implementar ações de saúde visando reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis neste grupo populacional, foi realizado a partir da análise de documentos oficiais existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

4.1.1 A atenção à gestante nas Conferências Municipais de Saúde

O tema da atenção à gestante esteve presente nos relatórios das Conferências, até o ano de 1995, como necessidade de garantir-se a realização da assistência pré-natal nas UBS, com captação precoce da gestante e desenvolvimento de ações educativas focalizando orientações sobre cuidados ou condutas adequadas que a mulher deveria observar durante a gestação, parto e puerpério, além de cuidados com recém-nascido e ênfase acentuada em relação à promoção do aleitamento materno. Expressou-se, ainda, a necessidade de reciclagem de profissionais de saúde e de trabalho em equipe multiprofissional, para se obter atenção qualificada a este grupo. Destacamos abaixo algumas destas propostas:

Maior incremento de equipe multiprofissional estimulando a formação de grupos aptos ao atendimento de Programas Específicos tais como [...]

materno-infantil [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990, p.155).

Aleitamento materno como programa nas UBS, com continuidade (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990, p.169).

Elaboração e execução de cronograma de atividades com grupos de gestantes adolescentes [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.9).

Promoção de reciclagem permanente para as equipes multiprofissionais da SMS, inclusive gerentes e supervisores, abordando os seguintes tópicos: [...] atendimentos especializados [...] adolescentes grávidas [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.14).

Garantir alojamento conjunto nas maternidades [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.17).

Orientar e informar sobre direitos trabalhistas a gestante e nutriz [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.17).

Aumento da captação de gestantes (CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995, p.64).

Implantar um projeto de odontologia gestante sem broca (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995, p.73).

Na IV Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu em 2000, cerca de três anos após a municipalização, a preocupação identificada nas propostas deslocou-se para a necessidade de se garantir atenção pré-natal na zona rural, criação de UTI neonatal, promoção de humanização nas maternidades e atenção às gestantes adolescentes, especificamente através de desenvolvimento de ações educativas para prevenção de gravidez indesejada. Cumpre destacar a proposta de se implantar, em todas as UBS, atendimento integral à saúde da mulher, compreendendo atenção pré-natal e prevenção de câncer ginecológico, em consonância com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher que previa estas ações.

Garantir a criação de UTI neonatal [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000, p.71).

Reorganizar a atenção à saúde na zona rural [...] atendimento ginecológico nessas áreas (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000, p.67).

Implementar política de atenção integral à saúde da mulher nas UBS (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000, p.72).

Implementar programas educativos que abranjam a maternidade responsável, a prevenção de gravidez indesejável na adolescência [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000, p.72).

Na V Conferência Municipal, realizada no ano de 2003, as discussões não se ativeram a grupos específicos, pois o temário central foi organizado contemplando o modelo de atenção, a política de recursos humanos, participação popular e gestão de recursos financeiros. Identificamos somente duas propostas relacionadas à atenção pré-natal: a primeira buscava a garantia de recursos materiais e financeiros para capacitação dos profissionais da rede em aleitamento materno; a segunda reivindicava a triagem neonatal para doenças congênitas.

Rever o modo de assistência dos programas de pré-natal, para garantir diagnóstico precoce de deficiências e outras doenças que possam acometer o recém-nascido (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003, p.10).

Entretanto, em todas as conferências, emergiram propostas relacionadas à necessidade de se implantar sistema de referência e contra-referência, de se organizar a rede de serviços do município considerando os princípios da regionalização e hierarquização, buscando a integralidade da atenção.

Acesso igualitário e universal às ações do serviço de saúde, com garantia de integralidade das ações (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.179).

Promover integração saúde-educação (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990, p.3).

Descentralizar para os Distritos sanitários as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.3).

Incrementação da rede, de forma a garantir a toda a população atenção integral e resolutiva (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, p.67).

Implantar rede informatizada para organização dos sistemas de referência e contra-referência (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000, p.).

Redirecionar o modelo de assistência de cunho biológico, individual, curativo [...] (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003, p.8).

4.1.2 A atenção à gestante nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde

A atenção à gestante foi ponto de pauta nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde quando se pleiteou o credenciamento de serviços, tais como, UTI Neonatal, Serviço de atendimento à gestante de Alto Risco, atendimento ao parto normal na rede privada. Pelo menos duas vezes ao ano cada um destes temas emergia nas reuniões.

Foi indiretamente abordado o tema quando houve necessidade de apresentação, para aprovação do Conselho, de projetos a serem encaminhados para governo federal, que vinculavam recebimento de incentivos financeiros ao acompanhamento pré-natal. Dentre estes, identificamos o Programa de Combate a Carências Nutricionais, o Bolsa Família, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Parto, nos anos de 2001 e 2002; PROESF e PROESF Pacto em 2003 e 2004; Plano de Ações e Metas do Programa Municipal DST-AIDS em 2004, que registravam a necessidade de qualificação e intensificação da cobertura pré-natal.

Mas, reiteradamente, o tema emergiu nas situações em que os representantes dos diferentes serviços contratados ou conveniados denunciaram a sobrecarga do atendimento a gestantes, principalmente a partir de 2000. Em relação ao atendimento hospitalar, a situação

foi tratada em diversos encontros. Representantes do prestador público federal trouxeram a questão em decorrência da superlotação da UTI neonatal, que inviabilizou, em vários momentos, a internação para qualquer tipo de procedimento obstétrico. Da rede privada, o problema foi trazido porque o fechamento do serviço público teve como consequência sobrecarga em seu atendimento, muitas vezes com prejuízo da atenção prestada às gestantes e puérperas (2003).

Do setor ambulatorial, a questão da sobrecarga de determinados serviços foi trazida por representantes dos trabalhadores e de usuários, mais especificamente a partir de fevereiro de 2005. Destaque para recente relato de conselheira usuária sobre a suspensão do atendimento de gestantes com mais de 25 semanas de idade gestacional no Ambulatório de Alto Risco, em decorrência da superlotação da UTI Neonatal. Esta suspensão, a nosso ver, deveria ser mais bem justificada, até porque as gestantes já estavam com suas consultas agendadas, algumas eram procedentes de outros municípios, e poderiam não ter sua internação como produto da consulta. Em reunião anterior (2002), um trabalhador trouxe o problema do estrangulamento na atenção à gestante no CAISM, associado, segundo conselheiro, ao excesso de encaminhamentos da rede básica, talvez por evasão de profissionais destes serviços e à baixa resolutividade de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Entendemos, portanto, que a figura da gestão, enquanto formuladora de políticas, esteve presente neste espaço quando induzida pelo financiamento ou por situações em que emergencialmente medidas tiveram que ser adotadas, para evitar colapso do atendimento.

4.1.3 A atenção à gestante nos Planos Municipais de Saúde e Relatório de Gestão

O Plano elaborado no ano de 2000, foi uma atualização do Plano de 1997, e buscou incorporar propostas advindas da IV Conferência Municipal de Saúde e atender, concomitantemente, às prioridades elencadas em outras esferas de governo. A gestão

comprometeu-se a implantar atenção pré-natal em todas as UBS, implantar programa e ações de prevenção e de acompanhamento à gestação de risco, descentralizar programa de aleitamento materno para todas as UBS e PSF, criar posto de atendimento do Banco de Leite em cada Distrito Sanitário, incentivar implantação de alojamento conjunto nas maternidades. Na documentação examinada, não houve referência à atenção ao parto.

Apesar da municipalização ter ocorrido sob modalidade de Gestão Plena do Sistema segundo NOB 96, não foram identificadas ações que explicitassem, mais enfaticamente, o entendimento, por parte da gestão municipal, que a atenção à saúde e os recursos para efetivá-la estavam já sob sua responsabilidade há dois anos. Esta dificuldade pode ser decorrente da resistência, por parte dos prestadores privados e do público federal, que o gestor teve que enfrentar para que o processo de municipalização fosse concluído. Este enfrentamento pode ser constatado por discussões registradas nas atas das reuniões do Conselho. Não deve ter havido, portanto, acumulação de poder suficiente para que o gestor municipal pudesse dinamizar um processo de reflexão que permitisse o entendimento por parte dos diversos atores, da co-responsabilidade de todos pela atenção à saúde no município.

Na Agenda Municipal de 2001, identificamos ações relacionadas à atenção à gestante em dois eixos prioritários: redução da mortalidade materno-infantil e controle de doenças e agravos prioritários. Quanto ao primeiro eixo, a proposta do município centrou-se na implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Parto, de iniciativa do governo federal. Para tanto, obrigou-se a identificar e conveniar unidades hospitalares que se dispusessem a aceitar o plano de adequação para atenção ao parto de baixo e alto risco, respectivamente representados pelo Hospital Beneficência Portuguesa e Hospital Escola, pois já possuíam centro obstétrico, alojamento conjunto, berçário e, somente o segundo, UTI neonatal. O município assumiu também o compromisso de realização de consultas médicas no

pré-natal em todas as unidades de atenção básica com, no mínimo seis consultas por gestante e uma no puerpério.

A implantação deste Programa não se deu em sua totalidade: existem vazios assistenciais na atenção básica e não houve adequação dos prestadores hospitalares às normas exigidas pelo Programa. Além disso, o Programa previa a implantação do SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Segundo informações levantadas quando do diagnóstico inicial da gestão que teve início em 2005, como não houve implantação e alimentação adequadas do SISPRENATAL, o município deveria pleitear novamente sua inclusão no Programa.

Quanto ao segundo eixo prioritário, houve compromisso de controle da sífilis congênita, por meio de ações como coleta de material nas unidades básicas e encaminhamento para laboratórios de referência. Este procedimento nunca se efetivou e, desde 2000, a coleta é centralizada no Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, vinculada ao Programa da Gestante. No Plano de Ações e Metas do Programa Municipal de DST-AIDS executado pelo CTA, existe previsão de coleta de sangue de gestantes para realização de sorologia com finalidade de detectar existência de doenças infecciosas que possam acometer o feto, entre elas a sífilis. Entretanto, como veremos posteriormente, o município não conseguiu controlar esta doença.

No Relatório de Gestão referente ao ano de 2005, identificamos, especificamente em relação às gestantes, as seguintes ações: implantação de atendimento ambulatorial em horário alternativo realizado por algumas UBS localizadas em áreas definidas como prioritárias, principalmente pelo excesso de demanda; elaboração e discussão do protocolo de atenção com participação de profissionais de serviços de diferentes densidades tecnológicas; implantação do protocolo em 14 equipes de saúde da família; definição de obstetras para atendimento referenciado a partir de equipes de saúde da família, bem como para supervisão

técnica de médicos e enfermeiros da atenção básica; definição e remuneração de equipes compostas por obstetra, anestesista, pediatra, enfermeiro e auxiliar de enfermagem para realização de plantões de 12 horas, diuturnamente na maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa (UBERABA, 2006a).

Entretanto, neste mesmo Relatório encontramos o registro da constatação de que estas ações não foram suficientes para impactar as taxas de mortalidade infantil e neonatal, e de atenção ao pré-natal, expressas pelo número de consultas pré-natal por gestantes, que tiveram uma piora em relação ao ano anterior. Várias explicações foram aventadas: a UTI neonatal e o berçário do Hospital Escola estiveram superlotados desde o início de 2005, dificultando a atenção não só à gestante de alto risco, mas também à de risco habitual em toda a rede hospitalar; a dificuldade de manter as equipes de saúde da família completas e de estimulá-las à reorientação de suas práticas; o pequeno número de profissionais que realizavam pré-natal na atenção básica. Por último, como estas condições já estavam presentes na rede em épocas anteriores, o relatório registra, em suas considerações finais, que estes resultados podem estar associados também à introdução de uma lógica não punitiva e não coercitiva em relação às informações produzidas pelos trabalhadores na rede, qualificando a informação e buscando a veracidade dos dados registrados, para se obter melhor conhecimento da situação sanitária e buscar planejamento de ações de enfrentamento mais adequados à mesma (UBERABA, 2006a).

A elaboração da proposta de Plano Municipal de Saúde 2006-2009, ainda em tramitação junto ao Conselho, buscou contemplar estas questões. Este documento partiu da constatação de que a gestão tinha informações, no que se referia à atenção à gestante, basicamente de ações desenvolvidas pela atenção básica, pelo CTA e pelo CAISM, apontando a necessidade de se avaliar o que estava acontecendo em serviços que não pertenciam à rede municipal. Este diagnóstico também assinalou a importância da participação do Agente

Comunitário de Saúde, tanto na busca ativa como no monitoramento das demandas deste grupo. O documento assinalou ainda, que o grupo gestor, composto pelo Secretário Municipal, por diretores e referências técnicas, já vinha se empenhando para reorganizar a atenção integral à saúde da mulher, de forma a promover sua saúde e a de seu bebê, articulando ações de diferentes serviços. Esta maior articulação era buscada não só para definição de protocolos de atenção e de fluxos da gestante na rede, mas também para capacitação de profissionais direta e indiretamente envolvidos na assistência, investindo assim na qualificação da assistência (UBERABA, 2006b).

Partindo para apresentação das estratégias de intervenção, foi assinalado pela equipe que elaborou a proposta de Plano, que se buscou contemplar, além das especificidades da situação de saúde do município, as prioridades previstas no Pacto da Saúde e seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Mais especificamente, em relação à gestante, identificamos estratégias relacionadas aos objetivos de redução de morbimortalidade materno-infantil e redução de morbimortalidade entre adolescentes por causas evitáveis, buscando assim a melhoria de indicadores de saúde da mulher e da criança. Para cada um destes itens, havia o detalhamento de metas a serem atingidas até o ano de 2008 (UBERABA, 2006b).

Uma das prioridades assinaladas foi a qualificação do pré-natal, por meio da reorganização da rede a partir da implantação do protocolo de atenção à gestante; implementação de sistemas de informação para monitoramento de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, com ênfase no SISPRENATAL e SIAB; incentivo ao preenchimento adequado do Cartão da Gestante; capacitação de médicos e enfermeiros para atenção à gestante; captação precoce da gestante; acompanhamento pré-natal com mínimo de 10 consultas; encaminhamento para exames de rotina e para serviço de referência no caso de gestação de alto risco (UBERABA, 2006b).

Quando a proposta de Plano apresentou ações direcionadas à qualificação da atenção à saúde da criança, duas estratégias que poderiam impactar a atenção à gestante foram identificadas: implementação do funcionamento do Comitê de Investigação de Óbitos Fetais e Infantis e aumento do número de leitos de UTI neonatal. E, em relação à saúde da mulher, a estratégia associada foi a implementação do Comitê de Investigação e Prevenção de Mortalidade Materna (UBERABA, 2006b).

Em relação ao adolescente, o grupo gestor comprometia-se a qualificar atenção pré-natal, ao parto e ao abortamento, articular a rede para encaminhamento destes adolescentes aos serviços de referência quando de identificação de situações de risco, e capacitação de profissionais para atenção a este grupo, reduzindo assim a possibilidade de complicações obstétricas (UBERABA, 2006b).

Observamos, portanto, que a política de atenção à gestante que, no início do período analisado, foi marcada por intervenções originadas pela indução do financiamento ou pela necessidade de superação de situações emergenciais no que se referia à possibilidade de perda da continuidade da atenção, foi sendo tecida cada vez mais na perspectiva de se tentar a articulação de serviços, de atores, com participação dos trabalhadores e usuários nos distintos espaços de construção desta política.

A busca da atenção integral, presente no Relatório Final de todas as conferências, desde 1990, vem sendo mais e mais desejada por estes sujeitos implicados, e vem se impondo pela necessidade expressa na existência das filas, dos indicadores, das dores... Passamos à apresentação de informações referentes aos atendimentos produzidos por esta rede de serviços.

4.2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO: OS ATENDIMENTOS À GESTANTE NA REDE

Há fragmentação da coleta e processamento das informações referentes ao atendimento na gestante na rede de atenção à saúde no município de Uberaba. Esta situação desnuda a fragmentação da rede, já que nem todos os atores envolvidos na atenção à gestante têm acesso rotineiro a todos estes dados ou informações. Cabe assinalar a dificuldade que os atores em situação de gestão podem ter na busca de informações para tomada de decisão; afinal, consultar todas estas fontes e sistemas demandou considerável tempo durante a execução desta pesquisa.

Foi com dificuldade que trabalhamos na tentativa de localizar as informações e, posteriormente, compatibilizá-las, de forma a caminhar no sentido de um melhor entendimento da situação da gestante em nosso município, não só em relação aos cuidados recebidos, aqui expressos pelos atendimentos registrados em cada um dos bancos de dados consultados, como pelo impacto que estes procedimentos tiveram nos indicadores que expressam a situação de saúde delas e de seus filhos.

4.2.1 Atenção ambulatorial

No período 1995 a 1997, a atenção ambulatorial à gestante em serviços próprios do município deu-se em unidades básicas de saúde e um centro de referência, localizado no Distrito Sanitário I, o Centro Médico Dr. Antônio José de Barros, e também em ambulatórios pertencentes à universidade pública que, além da gestante de risco habitual, atendia a gestantes de alto risco. A partir de 1998, a atenção pré-natal passou a acontecer também em unidades de saúde da família. Nos anos de 1999 e 2000, o município expandiu pontos de atenção à gestante com inauguração de uma Central de Atendimento Multiprofissional do Município (CAMM) e do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), respectivamente.

A partir de 1999, o Sistema de Saúde, que é um sistema de informação vinculado à Diretoria de Logística da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, passou a registrar dados sobre produtividade dos profissionais de saúde da rede municipal, mas somente em 2002, as informações sobre produção de profissionais lotados em equipes de Saúde da Família passaram a ser processadas por este sistema.

As informações apresentadas nas Tabelas 4.1 e 4.2 totalizam os pontos de atenção pertencentes ao município e profissionais que registraram realização de atendimento à gestante nestes serviços, respectivamente.

Tabela 4.1 - Locais de atendimento ambulatorial de gestante em serviços próprios do município, Uberaba, 1999-2005.

<i>Localidade</i> <i>Ano</i>	<i>Unidades Básicas de Saúde</i>	<i>Equipes de Saúde da Família</i>	<i>Centros de Referência</i>	<i>TOTAL</i>
1999	12	-	2	14
2000	15	-	2	17
2001	16	-	3	19
2002	10	04	3	17
2003	11	11	3	25
2004	04	23	3	30
2005	03	17	3	23

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Logística em Saúde - Sistema de Saúde, 2006

Tabela 4.2 – Distribuição de profissionais responsáveis pelo atendimento ambulatorial de gestantes em serviços próprios do município, segundo ano de competência, Uberaba, 1999-2005.

<i>Profissionais</i> <i>Ano</i>	<i>Ginecologistas e Obstetras</i>	<i>Médicos da Estratégia de Saúde da Família*</i>	<i>TOTAL</i>
1999	15	-	15
2000	20	-	20
2001	20	-	20
2002	15	04	19
2003	22	11	33
2004	13	23	36
2005	12	17	29

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Logística em Saúde - Sistema de Saúde, 2006

* Informação não disponível para os anos 1999 a 2001

Como pudemos observar, houve um decréscimo no número de Unidades Básicas de Saúde nas quais havia atendimento pré-natal por ginecologistas. Entretanto, houve,

concomitantemente, aumento do número de equipes de Saúde da Família em que o profissional médico realizava pré-natal.

A partir de levantamento das consultas médicas de pré-natal realizadas por especialistas em GO, pelo Sistema de Saúde, pudemos observar que os serviços do Distrito Sanitário I responderam pelo maior volume de atendimentos até o ano de 2003. A partir desta época, conforme tendência crescente que já vinha sendo observada, os trabalhadores dos serviços do Distrito III, principalmente às custas de profissionais transferidos e lotados no CAISM, realizaram a maioria dos atendimentos. Observamos, ainda, o pequeno número de atendimentos de pré-natal em unidades da zona rural (Tabelas 4.3 e 4.4).

Tabela 4.3 - Frequência de atendimentos pré-natal por ginecologistas e obstetras, segundo localidade e ano de competência, Uberaba, 1999-2005.

<i>Localidade</i> <i>Ano</i>	<i>Distrito Sanitário I</i>	<i>Distrito Sanitário II</i>	<i>Distrito Sanitário III</i>	<i>Zona Rural</i>	<i>TOTAL</i>
1999	871	166	148	-	1185
2000	4575	1613	1042	3	7233
2001	3805	1660	507	9	5981
2002	2171	1450	587	15	4223
2003	2210	1233	2116	30	5589
2004	1088	690	3211	-	4989
2005	1593	325	2067	-	3985

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Logística em Saúde - Sistema de Saúde, 2006

Tabela 4.4 - Percentual de atendimentos pré-natal por ginecologistas e obstetras no CAISM em relação à frequência total de atendimentos na rede, Uberaba, 1999-2005.

<i>Unidade</i> <i>Ano</i>	<i>Total de atendimentos realizados na rede</i>	<i>Total de atendimentos realizados no CAISM</i>	<i>% atendimentos CAISM em relação aos atendimentos da rede</i>
1999	1185	-	-
2000	7233	-	-
2001	5981	49	0,82
2002	4223	537	12,72
2003	5589	1347	24,10
2004	4989	2104	42,17
2005	3985	2067	51,87

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Logística em Saúde - Sistema de Saúde, 2006

A produção dos profissionais lotados em equipes de Saúde da Família pode ser melhor avaliada pelo SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. O registro dos atendimentos

de pré-natal por ESF demonstrou tendência crescente, acompanhando a implantação e qualificação das equipes no município (Tabela 4.5).

Analisando ainda informações do SIAB, pudemos constatar uma baixa cobertura de cadastramento de gestantes por equipes da ESF. O percentual alcançou seu valor máximo no ano de 2002, com 50,48% do total de gestantes estimadas cadastradas por ESF (Tabela 4.6).

Foi baixa também a cobertura de consultas de pré-natal na população adscrita a equipes de Saúde da Família. Este percentual teve seu menor valor identificado no ano de implantação das primeiras equipes (3,16%), e o maior no ano de 2004 (46,02%), conforme demonstrado na Tabela 4.7.

Tabela 4.5 – Número de equipes de Saúde da Família e frequência de atendimento pré-natal (11) por ESF, segundo localidade e ano de competência, Uberaba, 1999-2005.

<i>Ano</i>	<i>Localidade</i>		<i>Zona Urbana</i>		<i>Zona Rural</i>		<i>TOTAL</i>	
	ESF	Atendimentos	ESF	Atendimentos	ESF	Atendimentos	ESF	Atendimentos
1996	01	-	-	-	01	-	-	-
1997	01	-	-	-	01	-	-	-
1998	03	30	-	-	03	30	-	-
1999	06	302	-	-	06	302	-	-
2000	18	2603	03	156	21	2759	-	-
2001	33	4753	04	237	37	4810	-	-
2002	37	6973	04	261	41	7234	-	-
2003	37	6855	04	185	41	7040	-	-
2004	37	6630	04	243	41	6873	-	-
2005	37	6698	04	264	41	6962	-	-

Fontes: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/SUS), 2006.

Tabela 4.6 - Percentual de cobertura de cadastramento de gestantes em áreas cobertas por ESF, Uberaba, 1998-2005.

<i>Ano</i>	<i>População cadastrada</i>	<i>Estimativa total de gestantes*</i>	<i>Gestantes cadastradas</i>	<i>% de cobertura atingido</i>
1998	6613	112	39	34,82
1999	12160	206	93	45,15
2000	77430	1138	528	46,40
2001	138499	2188	860	39,31
2002	142471	1866	942	50,48
2003	137180	1962	878	44,75
2004	131119	1757	836	47,58
2005	133991	1809	725	40,08

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/SUS), 2006.

* Cálculo considerando a taxa de natalidade do ano anterior para população do município

Tabela 4.7 - Cobertura de consultas pré-natal considerando população adscrita às equipes de saúde da família, Uberaba, 1998-2005.

<i>Ano</i>	<i>População cadastrada</i>	<i>Estimativa necessidade consultas pré-natal</i>	<i>Consultas pré-natal realizadas</i>	<i>% atingido</i>
1998	6613	950	30	3,16
1999	12160	1747	302	17,29
2000	77430	9675	2759	28,52
2001	138499	18600	4810	25,86
2002	142471	15864	7234	45,60
2003	137180	16674	7040	42,22
2004	131119	14934	6873	46,02
2005	133991	15375	6962	45,28

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/SUS), 2006.

* Cálculo considerando a taxa de natalidade do ano anterior para população do município e estimativa de cobertura de 100% das gestantes adscritas.

O prestador público federal também realiza atendimento pré-natal de gestantes do município, nos ambulatórios vinculados à universidade. O ambulatório Pré-natal realiza atenção à gestante de baixo risco; o ambulatório AMIGO a gestantes com doença infecciosa que possa comprometer o curso da gestação; o ambulatório de Medicina Fetal Patologia Obstétrica, a gestantes com agravos que possam comprometer a vitalidade fetal. Na Tabela 4.8. observamos os atendimentos às gestantes de risco habitual e de alto risco realizados por esses ambulatórios.

Tabela 4.8 - Frequência de atendimento pré-natal, por serviço do ambulatório Maria da Glória, segundo ano de competência, 1995-2005.

<i>Ano</i>	<i>Ambulatório Pré-Natal</i>	<i>AMIGO Gestante</i>	<i>Medicina Fetal</i>	<i>TOTAL</i>
1995	-	-	694	694
1996	-	-	642	642
1997	-	-	854	854
1998	3592	-	773	4365
1999	4266	-	731	4997
2000	4272	-	733	5005
2001	3013	-	668	3681
2002	3346	-	960	4306
2003	2867	-	1098	3965
2004	3280	45	1330	4655
2005	3294	297	1163	4754

Fonte: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Serviço de Dados e Estatística - Hospital Escola

Em relação ao pré-natal de risco habitual, observamos que os atendimentos tiveram redução entre os anos de 2000 e 2001 e, posteriormente, identificamos novo declínio entre os anos de 2002 e 2003. Neste período a tentativa era a de consolidar este serviço como referência para a gestante de alto risco. Após 2003, identificamos aumento do número de atendimentos de pré-natal de risco habitual. O percentual de atendimentos de gestantes de outros municípios variou de 2,72 a 5,71, e a tendência foi decrescente. Estes dados sugerem que os municípios podem estar se responsabilizando pelas ações de atenção básica em seu território.

Entretanto, no Ambulatório de Medicina Fetal, o número de atendimentos vem aumentando principalmente a partir de 2003. Neste, o número de atendimentos de gestantes de outros municípios tem tido tendência crescente, tendo variado entre percentuais de 6,21 a 20,72, alcançando este último percentual no ano de 2005. Estes dados apontam para o estabelecimento deste serviço como de referência regional.

Até o ano de 2003, as informações sobre atendimentos realizados pelo AMIGO eram totalizadas junto ao atendimento de ginecologia. Este fato prejudicou nossa análise. Na tentativa de recuperar estes dados, buscamos informações junto ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) sobre gestantes encaminhadas a este ambulatório, que é referência para atenção à gestante com infecção desde 1998.

Tabela 4.9 – Frequência de encaminhamentos de gestantes atendidas pelo CTA para Ambulatório de Moléstias Infeciosas em GO, Uberaba, 2000-2005

<i>Ano</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Gestantes atendidas CTA</i>	<i>Gestantes VDRL +</i>	<i>Gestantes HIV +</i>	<i>Gestantes encaminhadas ao AMIGO</i>
2000		53	0	0	0
2001		1458	11	9	9
2002		2269	12	15	15
2003		2335	12	16	16
2004		2827	6	6	6
2005		1769	1	6	6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Programa Municipal DST - AIDS

Observamos, na Tabela 4.9 apresentada acima, que o número de casos identificados teve acréscimo até o ano de 2004, tendo tendência decrescente a partir de então. Para explicarmos estes dados podemos ter duas hipóteses: ou realmente o número de casos em gestantes vem diminuindo ou o diagnóstico não tem sido feito neste serviço. Cabe destacar que, no ano de 2005, por questões técnicas relacionadas às normas de vigilância sanitária, o laboratório municipal de análises clínicas teve que ser fechado. A partir do mês de fevereiro, as gestantes foram encaminhadas diretamente aos laboratórios conveniados para coleta de material para realização de pré-natal. Este fato pode ter contribuído para a menor identificação de casos pelo CTA.

Trabalhamos a partir de dados dos sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Escola, por permitirem que sejam desagregadas informações relativas ao atendimento de gestantes de risco habitual e alto risco, o que não é possível com o SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais. Analisando o total de atendimentos de pré-natal de risco habitual a partir destes dois sistemas e do SIAB, para obtermos também informações referentes às áreas cobertas pela ESF, identificamos que a cobertura ainda é baixa, mesmo quando consideramos uma estimativa de cobertura de 70% do total de gestantes do município para calcular o percentual de cobertura atingido pelas atividades desenvolvidas.

Tabela 4.10 - Percentual de cobertura de consulta pré-natal à gestante de risco habitual residente em Uberaba, 1999-2005.

<i>Ano</i>	<i>ESF¹</i>	<i>UBS²</i>	<i>AMG³</i>	<i>TOTAL realizado</i>	<i>TOTAL Necessário*</i>	<i>Cobertura atingida (%)</i>
1999	302	1185	4041	5528	25061	22,06
2000	2759	7233	4076	14068	22046	63,81
2001	4810	5981	2841	13632	24117	56,52
2002	7234	4223	3225	14682	20379	72,04
2003	7040	5589	2789	15418	22618	68,17
2004	6873	4989	3149	15011	21541	69,69
2005	6962	3985	3170	14117	22496	62,75

Fontes: (1) Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/SUS), 2006.

(2) Secretaria Municipal de Saúde – Seção de Informação em Saúde – Sistema de Saúde, 2006.

(3) Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Serviço de Dados e Estatística - Hospital Escola, 2006

* Cálculo considerando a taxa de natalidade do ano anterior para população do município

A cobertura de atenção pré-natal à gestante de alto risco, no município, também é baixa, conforme informações na Tabela 4.11. Consideramos, segundo parâmetros ministeriais, que 15% do total de gestantes podem ter intercorrências que prejudiquem o desenvolvimento normal da gestação. Os únicos serviços no município que atendem estas gestantes são aqueles ligados à universidade federal, conforme já referido.

Nas informações obtidas junto ao SIA, identificamos também a baixa cobertura de atenção pré-natal, menor ainda do que quando consideramos os sistemas de informação próprios dos prestadores, talvez em virtude de sub-registro dos atendimentos ou problemas no processamento e envio das informações (Tabela 4.12). No ano de 2000, encontramos o valor de 22.972 consultas de pré-natal realizadas pelo prestador público municipal, que extrapola em muito a média de atendimentos no período estudado e que eleva drasticamente a cobertura à gestante, contradizendo a série histórica do município. Não conseguimos encontrar informações que nos esclarecessem acerca deste valor. Ao longo do período observamos uma inversão no total de atendimentos realizados comparando valores registrados para prestadores municipais e federais. A relação produção federal/municipal era de 6:1 em 1995; no ano de 2005, a relação municipal/federal foi de 2:1.

Tabela 4.11 - Cobertura de consultas de gestantes de alto risco residentes em Uberaba, 1999-2005.

<i>Ambulatório</i> <i>Ano</i>	<i>AMIGO</i> <i>Gestante</i>	<i>Medicina</i> <i>Fetal</i>	<i>Total</i> <i>consultas</i> <i>realizadas</i>	<i>Estimativa</i> <i>necessidade</i> <i>consultas</i>	<i>Cobertura</i> <i>atingida (%)</i>
1995	-	595	595	6639	8,96
1996	-	595	595	6802	8,75
1997	-	801	801	6158	13,01
1998	-	705	705	6184	11,40
1999	-	667	667	6318	10,56
2000	-	651	651	5558	11,71
2001	-	573	573	6080	9,42
2002	-	838	838	5138	16,31
2003	-	930	930	5702	16,31
2004	34	1082	1116	5431	20,55
2005	192	922	1114	5671	19,64

Fonte: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Serviço de Dados e Estatística - Hospital Escola

Tabela 4.12 - Percentual de cobertura de consultas de pré-natal, Uberaba, 1995-2005.

<i>Prestador</i> <i>Ano</i>	<i>Público Federal</i>	<i>Público Municipal</i>	<i>Sindi catos</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>	<i>Estimativa necessidade consultas</i>	<i>Cobertura atingida (%)</i>
1995	6620	1073	-	-	7693	32972	23,33
1996	5381	2799	-	-	8180	33785	24,21
1997	5240	4690	-	-	10110	30583	33,06
1998	4894	6625	141	-	11660	30714	37,96
1999	318	6897	-	3171	10386	31379	33,10
2000	4395	22972	-	-	27367	27604	99,14
2001	1388	5330	-	206	6924	30197	22,92
2002	1763	3527	-	202	5492	25517	21,52
2003	2096	4973	-	-	7069	28320	24,96
2004	2924	4040	-	-	6964	26972	25,81
2005	2059	4512	-	-	6571	28167	23,32

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Mas a baixa cobertura identificada a partir de informações de sistemas municipais e nacionais não foi encontrada quando analisamos informações sobre o número de consultas pré-natais registradas a partir de informações da Declaração de Nascidos Vivos (Tabela 4.13).

Tabela 4.13 - Distribuição do número de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal realizadas, Uberaba, 1995-2004.

<i>Ano</i>	<i>Total de Nascidos Vivos</i>	<i>Nascidos Vivos com mais de 7 consultas pré-natal</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
1995	4125	3	0,07
1996	4085	1600	39,17
1997	4034	1988	49,28
1998	4141	2918	70,47
1999	3674	2483	67,58
2000	3994	2813	70,43
2001	3363	2563	76,21
2002	3742	2981	79,66
2003	3582	2809	78,42
2004	3669	3116	84,93

Fonte: Ministério da Saúde – SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos, 2006

Nesta tabela, podemos verificar que, a partir de 1998, em cerca de 70% ou mais dos registros de nascidos vivos, houve referência de realização de 7 ou mais consultas de pré-natal durante a gestação. A nosso ver, este valor é questionável, mesmo considerando que este sistema agrega gestantes que fazem acompanhamento pré-natal fora da rede SUS.

4.2.2 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Em Uberaba, a realização de exames de Patologia Clínica de gestantes atendidas na rede municipal, é feita desde março de 2000, via Programa Gestante, vinculado ao CTA. Neste serviço, a gestante comparece para coleta de material para toda a rotina pré-natal que, posteriormente é encaminhado para processamento e análise em laboratório de patologia clínica. A gestante é orientada a entrar em contato telefônico, agendar data para buscar resultado de exame e levá-lo ao profissional que está fazendo acompanhamento de seu pré-natal. Como podemos observar na Tabela 4.14, existiu um percentual de gestantes que não retornou para receber resultado de exames, que variou de 3,2 a 17%, este último valor registrado no primeiro ano de funcionamento do serviço. Cumpre registrar que, até o final de 2003, não havia busca ativa para gestantes faltosas, o que pode ter contribuído para transmissão vertical de sífilis e HIV, entre outras.

Tabela 4.14 – Gestantes que compareceram ao CTA para realização de exames de rotina pré-natal e que retornaram ao serviço para buscar resultado e percentual de faltosas, Uberaba, 2000-2005.

<i>Ano</i>	<i>Gestantes que compareceram para coleta de material</i>	<i>Gestantes que buscaram resultado</i>	<i>Gestantes faltosas</i>	
			<i>N</i>	<i>%</i>
2000	53	44	09	17,0
2001	1458	1391	67	4,6
2002	2269	2174	95	4,2
2003	2335	2260	75	3,2
2004	2827	2701	126	4,5
2005	1769	1697	72	4,1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Programa Municipal DST – AIDS

Em relação à ultra-sonografia obstétrica, segundo parâmetros ministeriais, considerando o número estimado de gestantes, calculado a partir da relação entre taxa de natalidade do ano anterior e estimativa da população total, com cobertura de um exame para 70% das gestantes de risco habitual, e dois exames para 80% das de alto risco, havia a necessidade de realização de 3.552 exames/ano ou 16 exames/dia. Este quantitativo de exames poderia ser realizado com a capacidade já instalada, ou seja, quatro equipamentos de

ultra-som. Observando, contudo, a produção informada de ultra-sonografia obstétrica no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2005, identificamos que a demanda não foi atendida, ao tomarmos as gestantes residentes em Uberaba (Tabela 4.15). Com o atendimento de gestantes de alto risco referenciadas de toda macrorregião, este déficit tem sido maior.

Tabela 4.15 - Quantidade apresentada de ultra-sonografias obstétricas por tipo de prestador, segundo ano de competência e déficit considerando população residente, Uberaba, 1999-2005.

<i>Ano</i>	<i>Público Federal</i>	<i>Público Municipal</i>	<i>Prestadores Privados</i>	<i>TOTAL realizado</i>	<i>TOTAL necessário</i>	<i>Cobertura atingida (%)</i>
1995	1	-	441	442	4160	10,63
1996	-	593	148	741	4262	17,39
1997	-	666	16	682	3859	17,67
1998	-	699	31	730	3875	18,84
1999	1432	248	120	1800	3917	45,95
2000	1744	1308	127	3052	3446	88,57
2001	1464	1902	74	3366	3770	89,28
2002	914	2240	162	3154	3186	99,00
2003	620	2539	358	3159	3535	89,36
2004	836	1942	409	2778	3367	82,51
2005	697	2058	161	2755	3516	78,36

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

4.2.3 O transporte da gestante

Ao assinar o Termo de Adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério em julho de 2001, o município comprometeu-se a estruturar um sistema móvel de atendimento às gestantes nas modalidades pré e inter-hospitalares.

O município não conta ainda com o SAMU – Sistema de Atendimento Móvel de Urgências. Não foi possível obtermos informações sobre atendimento a parturiente ou gestantes no Setor de Ambulâncias, já que o registro de viagens realizadas não especifica o motivo ou o serviço de destino das viagens realizadas.

Buscamos, então, informações junto ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais que é responsável pela operação do Sistema Resgate no município. Segundo a Tabela 4.16, observamos que este serviço foi responsável pelo transporte de parturientes em todos os anos em que foi possível a obtenção da informação, denotando insuficiência do sistema de transporte do município.

Tabela 4.16 – Frequência de transporte de parturientes pelo Sistema Resgate, Uberaba, 2000-2005

<i>Ano</i>	<i>Total de Atendimentos</i>	<i>Transporte de Parturientes</i>	<i>(%)</i>
2000	71	15	21,13
2001	71	05	7,04
2002	118	05	4,24
2003	158	08	5,16
2004	107	04	3,73
2005	172	03	1,74

Fonte: 3ª. Companhia Independente do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais

Houve relato de um parto realizado por profissionais do Resgate, tendo o atendente, inclusive, mostrado fotos do episódio.

4.2.4 Atenção Hospitalar

Na Tabela 4.17, observamos que, no período estudado, o prestador público teve redução expressiva no número de internações realizadas em relação ao prestador privado, principalmente a partir do ano de 2002, fato que coincide com o aumento percentual de internações por parto neste último.

A análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde permitiu identificar que este decréscimo esteve associado à definição de um prestador privado filantrópico como referência para os partos de gestantes de risco habitual, a partir de julho de 2001, quando da adesão do município ao Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério. O prestador público, que até então concentrava as AIH para atendimento obstétrico, passou a ser referência para partos de alto risco e de parte dos de baixo risco.

Entretanto, como o município é referência para parto de risco habitual para alguns municípios e para os de alto risco de toda macrorregião, não há como analisarmos a atenção hospitalar à gestante, sem considerar as internações de usuárias procedentes de outras cidades, pois estas utilizam a mesma capacidade instalada.

Na Tabela 4.18, observamos que as internações de gestantes residentes em outros municípios comprometeram de 5,85 a 23,84% das AIH. Houve uma tendência decrescente até o ano de 2000, e depois este percentual voltou a aumentar. A partir da municipalização, em

junho de 1997, houve necessidade de restringir-se o atendimento de usuários procedentes de outros municípios, porque a este processo seguiu-se o descredenciamento de leitos do SUS, e a capacidade instalada restante foi priorizada para atendimento da população residente. No ano de 2001, houve revisão da pactuação na região, definindo-se Uberaba como pólo regional, o que possibilitou a abertura para atendimento de usuários de outros municípios. Estes fatos nos ajudam a compreender as variações no percentual de gestantes residentes em outros municípios que se internaram em Uberaba para a realização do parto.

Tabela 4.17 - Internações para parto em serviços do SUS, Uberaba, 1995-2005.

<i>Ano</i>	<i>Prestador Privado</i>		<i>Prestador Público</i>	
	N	%	N	%
1995	1022	44,86	1256	55,14
1996	1329	51,29	1262	48,71
1997	1464	53,72	1261	46,28
1998	1142	45,88	1347	54,12
1999	708	31,33	1552	68,67
2000	601	27,61	1576	72,39

Tabela 4.17 – (cont.)

2001	664	31,03	1476	68,97
2002	1103	49,48	1126	50,52
2003	1366	59,96	912	40,04
2004	1058	53,09	935	46,91
2005	1401	66,91	693	33,09

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Tabela 4.18 - Internações para parto em serviços do SUS, segundo procedência da gestante, Uberaba, 1995-2005.

<i>Ano</i>	<i>Uberaba</i>		<i>Outros municípios</i>		<i>TOTAL</i>
	N	%	N	%	
1995	2278	76,16	713	23,84	2991
1996	2591	94,15	161	5,85	2752
1997	2725	83,64	533	16,36	3258
1998	2489	89,40	295	10,60	2784
1999	2260	92,89	173	7,11	2433
2000	2177	92,44	178	7,56	2355
2001	2140	91,41	201	8,59	2341
2002	2229	91,92	196	8,08	2425
2003	2148	89,95	240	10,05	2388
2004	1993	87,80	277	12,20	2270
2005	2094	86,96	314	13,04	2408

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Considerando as informações da tabela 4.19, pudemos calcular as taxas de cesariana segundo procedência das gestantes, e assim, identificar que a taxa de cesarianas foi sempre superior em gestantes de outros municípios, o que pode ser explicado pelo fato de estas gestantes serem encaminhadas, principalmente, em virtude de gestação de alto risco. Entretanto, considerando que é recomendável uma taxa menor que 15% de cesarianas em relação ao total de partos (Organização Mundial de Saúde (1985 *apud* SILVEIRA ; SANTOS, 2004) ¹, mesmo entre as gestantes residentes no município, ela esteve alta durante todo o período analisado, com decréscimo entre os anos de 1999 a 2002 (Tabela 4.20).

Tabela 4.19 - Frequência de internações de gestantes em unidades credenciadas ao SUS, segundo tipo de parto e procedência da gestante, Uberaba, 1995-2005

Ano	Partos normais			Partos cesáreos			TOTAL GERAL
	Uberaba	Outros municípios	Subtotal	Uberaba	Outros municípios	Subtotal	
1995	1492	475	1967	786	238	1024	2991
1996	1623	38	1661	968	123	1091	2752
1997	1596	224	1820	1129	309	1438	3258
1998	1603	163	1766	886	132	1018	2784
1999	1742	123	1865	518	50	568	2433
2000	1701	134	1835	476	44	520	2355
2001	1571	131	1702	569	70	639	2341
2002	1563	108	1671	666	88	754	2425
2003	1417	145	1562	731	95	826	2388
2004	1363	174	1537	630	103	733	2270
2005	1344	185	1529	750	129	879	2408

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Tabela 4.20. Taxa de cesariana em partos realizados pelo SUS segundo procedência das gestantes, Uberaba, 1995-2005.

Ano	Taxa Cesariana		
	Residentes em Uberaba	De outros municípios	Total
1995	34,50	33,38	34,24
1996	37,36	76,40	39,64
1997	41,43	57,97	44,14
1998	35,60	44,75	36,57
1999	22,92	28,90	23,35
2000	21,86	24,72	22,08
2001	26,59	34,83	27,30
2002	29,88	44,90	31,09
2003	34,03	39,58	34,59
2004	31,61	37,18	32,29
2005	35,82	41,08	36,50

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

¹ World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24:436-7

Considerando agora somente os partos de gestantes residentes em Uberaba, identificamos, conforme Tabela 4.21, diferenças expressivas na taxa de cesariana conforme regime do prestador e banco de dados estudado. Entre os partos realizados pelo SUS, a taxa de cesariana foi expressivamente maior entre os prestadores privados até o ano de 1998. Depois desta data, a relação inverteu-se, e este fato pode ser atribuído à municipalização e reorganização da rede com a definição do hospital universitário público como referência das gestações de alto risco. No ano de 2003, a taxa volta a elevar-se entre partos realizados no setor privado. Isto pode ter ocorrido pelo fato de que, de novembro de 2002 a agosto de 2003, aconteceu fechamento do Pronto Socorro e desativação parcial de leitos, sendo os partos que seriam ali realizados, redirecionados para rede privada.

Quando as informações referem-se à totalidade dos nascidos vivos, as taxas de cesariana foram bem maiores e mantiveram-se entre 53,98 e 60,11% durante todo o período, apontando para preferência deste tipo de parto no setor privado não conveniado ao SUS.

Tabela 4.21. Diferença das taxas de cesariana segundo prestador e banco de dados, Uberaba, 1995-2005

<i>Ano</i>	<i>Taxa Cesariana SUS Privado¹ A</i>	<i>Taxa Cesariana SUS Universitário Público² B</i>	<i>A-B</i>	<i>Taxa Cesariana Geral³</i>
1995	45,01	25,96	19,05	54,45
1996	50,04	24,01	26,03	55,96
1997	58,88	21,17	37,71	58,50
1998	52,63	21,16	31,47	55,74
1999	23,73	22,55	1,18	55,28
2000	18,30	23,22	-4,92	53,98
2001	24,10	27,71	-3,61	58,43
2002	29,74	30,02	-0,28	56,71
2003	32,36	17,23	15,13	60,11
2004	30,91	32,41	-1,5	60,10
2005	34,48	38,53	-4,05	-

Fontes: (1) e (2) – Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

(3) - Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Observando a tabela 4.22, podemos identificar que os partos de gestantes no município ocorreram principalmente em seis unidades hospitalares nos últimos cinco anos, período em que foi possível o levantamento destas informações. Observamos, ainda, uma redução do total

de nascidos vivos no Hospital Escola, e um aumento deste número no Hospital Beneficência Portuguesa, por motivos elencados anteriormente.

Tabela 4.22 – Distribuição dos nascidos vivos por local e ano de nascimento – Uberaba, 2001-2005

<i>Local de Nascimento</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
<i>H. Beneficência Portuguesa</i>	862	1357	1522	1275	1715
<i>H. Escola da UFTM</i>	1414	1102	882	973	645
<i>H. São Domingos</i>	509	538	600	639	688
<i>H. Vera Cruz</i>	369	340	369	445	418
<i>Casa de Saúde São José</i>	316	213	200	207	174
<i>H. São Marcos</i>	217	181	160	111	122
<i>Ambulatório da FUNEPU</i>	-	1	-	-	-
<i>CAMM</i>	-	-	1	-	-
<i>Partos Domiciliares</i>	-	2	5	2	5
TOTAL	3687	3736	3744	3655	3764

Fonte: Secretaria de Saúde – Diretoria de Vigilância em Saúde - Seção de Informação

Entretanto, as internações para realização de partos pelo SUS, ocorreram principalmente em dois hospitais: no Hospital Escola vinculado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e no Hospital da Beneficência Portuguesa. Atualmente, capacidade instalada de leitos de obstetrícia cirúrgica do SUS totaliza 32 leitos de obstetrícia cirúrgica (Tabela 4.23). Os leitos existentes no setor privado não conveniado são utilizados em situações emergenciais.

Tabela 4.23 - Distribuição de leitos obstétricos por prestador, Uberaba, 2006.

<i>Leitos</i> <i>Estabelecimento</i>	<i>Obstetrícia Clínica</i>		<i>Obstetrícia Cirúrgica</i>		<i>Total</i>	
	<i>Existentes</i>	<i>SUS</i>	<i>Existentes</i>	<i>SUS</i>	<i>Existentes</i>	<i>SUS</i>
<i>H. Ben. Portuguesa</i>	02	02	16	16	18	18
<i>H. E. UFTM</i>	05	05	16	16	21	21
<i>H. São Domingos</i>	00	00	01	00	01	00
<i>H. Vera Cruz</i>	-	-	05	05	05	05
<i>Casa de Saúde S. José</i>	06	00	01	00	07	00
<i>H. São Marcos</i>	01	00	00	00	01	00
<i>Inst. Card. Invasiva</i>	01	00	00	00	01	00
<i>H. Universitário</i>	01	01	00	00	01	01
TOTAL	16	08	39	37	55	45

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2006.

É importante assinalar, contudo, que se considerarmos uma taxa de ocupação de 85% e uma taxa média de permanência de 3,7 dias, cada um destes dois hospitais poderia realizar, anualmente, 1278 internações. Deste modo, percebemos, analisando a Tabela 5.21 que, desde

o ano de 2002, a maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa vem funcionando com sua capacidade ultrapassada.

Os leitos credenciados aos SUS seriam suficientes para realizar 2729 internações e, segundo cálculos considerando parâmetros da Portaria 1101 e da Programação Pactuada Integrada, há déficit de 25 leitos para realização de partos no município, segundo registro da proposta de Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Considerando-se somente a população residente, o déficit é de 17 leitos de obstetrícia (BRASIL, 2002c; UBERABA, 2006b).

Além de internações para realização de partos, as gestantes internam-se também por complicações obstétricas e abortos.

Tabela 4.24 – Frequência de internações por complicações obstétricas e abortos, e percentual em relação ao total de internações obstétricas, segundo ano de competência, Uberaba, 1995-2005.

<i>Causa</i> <i>Ano</i>	<i>Aborto</i>		<i>Complicações Obstétricas</i>	
	N	%	N	%
1995	327	10,80	1412	46,62
1996	318	9,70	1505	45,93
1997	317	9,38	1662	49,20
1998	286	10,01	1999	69,94
1999	331	11,73	1926	68,27
2000	362	12,72	1907	67,03
2001	318	11,72	1903	70,14
2002	238	8,71	1138	41,62
2003	347	13,11	1184	44,75
2004	332	14,18	860	36,74
2005	381	14,84	975	37,98

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Identificamos na tabela acima um aumento na frequência absoluta e relativa de internações por abortamento em relação ao total de internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, o que pode indicar problemas no acompanhamento pré-natal, principalmente a partir de 2002 ou registro mais cuidadoso do procedimento. Comportamento inverso foi observado em relação às complicações obstétricas, que motivaram menor número de internações a partir de 2003.

Na Tabela 4.25, discriminamos a causa do aborto, e podemos identificar que número inexpressivo de internações ocorreu para procedimento legal ou por razões médicas². Atentando para o percentual de abortos espontâneos em relação ao total de abortos, observamos que os valores registrados não seguem uma tendência. Especialmente entre os anos de 1997 e 1998, nos quais os percentuais relativos mais variaram. Uma explicação poderia ser a dificuldade de codificação do procedimento, já que a partir de 1998, houve mudança da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Tabela 4.25 – Frequência de internações segundo causa do aborto e frequência relativa de aborto espontâneo em relação ao total de abortos, segundo ano de competência, Uberaba, 1995-2005.

<i>Tipo</i>	<i>Espontâneo</i>	<i>Legal Razões Médicas</i>	<i>Retido</i>	<i>Não especificado</i>	<i>Outros</i>	<i>Total</i>	<i>% aborto espontâneo em relação ao total</i>
<i>Ano</i>							
1995	117	-	165	21	24	327	35,78
1996	204	-	61	16	37	318	64,15
1997	257	2	10	27	21	317	81,07
1998	28	-	-	-	258	286	9,79
1999	73	1	-	-	257	331	22,05
2000	255	1	-	-	106	362	70,44
2001	246	-	-	-	72	318	77,36
2002	238	1	-	-	110	349	46,22
2003	114	-	-	-	233	347	32,85
2004	179	-	-	-	153	332	53,92
2005	203	-	-	-	178	381	53,28

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

4.2.5 O impacto da atenção à gestante na saúde do recém-nascido

Aqui estão apresentados os indicadores de saúde referentes ao diagnóstico de sífilis congênita em recém-nascidos, que podem apontar para a baixa qualificação da atenção pré-natal, já que a sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento durante a gravidez. Assim, buscamos informações sobre este diagnóstico em recém-nascidos de mães residentes em Uberaba, e identificamos que, no período de 2001 a 2005, houve notificação de 31 casos, variando de 3 a 11 casos ao ano, ultrapassando, portanto, durante todo o período a meta de

² Segundo Código Penal Brasileiro o aborto é legal se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou em caso de gravidez por estupro (BRASIL, 1940).

eliminação que é de 1 caso para cada 100.000 habitantes. Observamos, ainda, que em 74% dos casos (n=23) havia relato de realização de pré-natal pela mãe (Tabela 4.26).

Tabela 4.26 - Distribuição dos casos de sífilis congênita e referência realização de pré-natal, Uberaba, 2001-2005

<i>Ano Diagnóstico</i>	<i>Ign/Branco</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
2001	0	3	0	3
2002	1	6	0	7
2003	0	6	5	11
2004	0	4	2	6
2005	0	4	0	4
TOTAL	1	23	7	31

Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Do total de casos notificados, somente em um deles o diagnóstico ocorreu após período neonatal; em todos os outros, o diagnóstico foi realizado até sete dias de vida do recém-nascido. Por que a totalidade dos casos não foi diagnosticada no período neonatal? Sabemos da gravidade do quadro quando o diagnóstico e o tratamento não são precoces. E há, também a possibilidade de perda deste recém-nascido.

Como podemos observar na Tabela 4.27, dentre os casos em que houve referência de realização de pré-natal, em 88% dos casos (n=15), o diagnóstico aconteceu durante a gestação. Diante deste quadro, ocorrem-nos alguns questionamentos: por que as gestantes não foram adequadamente tratadas e aconteceu a transmissão vertical da sífilis? Por que a totalidade dos casos de gestantes que fizeram pré-natal não teve diagnóstico de sífilis durante a gestação?

Tabela 4.27 – Distribuição de casos de sífilis congênita em recém-nascidos segundo época de diagnóstico, Uberaba, 2001-2005

<i>Ano Diagnóstico</i>	<i>Ign/Branco</i>	<i>Durante a gravidez</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>
2001	0	2	0	2
2002	1	4	0	5
2003	0	3	1	4
2004	0	2	0	2
2005	0	4	0	4
TOTAL	1	15	1	17

Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Contribuindo para o não controle da doença, identificamos, conforme Tabela 4.28 que somente em 12,9% (n=4) destes casos houve informação de que o parceiro foi tratado. Nestes

casos, ainda, apontamos o percentual de casos em que esta informação não foi registrada pelo notificante (29,1% ou n=9). Este não registro pode ter acontecido por desconhecimento da mulher em relação ao tratamento do parceiro, mas pode ser associada com a dificuldade que os profissionais de saúde comumente relatam para o preenchimento de impressos oficiais, talvez por não apreenderem a importância das informações para o processo de planejamento das ações na área de saúde, ou mesmo para a continuidade do tratamento de um usuário na rede.

Tabela 4.28 - Distribuição de casos de sífilis congênita em recém-nascidos segundo referência de tratamento dos parceiros, Uberaba, 2001-2005

<i>Ano Diagnóstico</i>	<i>Tratamento realizado</i>			<i>Total</i>
	Sim	Não	Ignorado/Branco	
<i>2001</i>	1	1	1	3
<i>2002</i>	2	3	2	7
<i>2003</i>	1	5	5	11
<i>2004</i>	0	6	0	6
<i>2005</i>	0	3	1	4
<i>TOTAL</i>	4	18	9	31

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Analizando a morbidade hospitalar em crianças menores de um ano para o mesmo período, identificamos diferenças no número de casos de sífilis congênita registrados. Este fato, mais uma vez pode estar apontando para problemas em relação ao registro de informações por parte dos profissionais de saúde, ligados direta ou indiretamente à assistência (Tabela 4.29).

Tabela 4.29 – Distribuição de sífilis congênita informados, segundo Sistema de Informação e ano de competência, Uberaba, 2001-5

<i>Ano</i>	<i>SIH¹</i>	<i>SINAN²</i>
<i>2001</i>	7	3
<i>2002</i>	6	7
<i>2003</i>	3	11
<i>2004</i>	4	6
<i>2005</i>	3	4
<i>TOTAL</i>	23	31

Fontes: (1) Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

(2) Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Na faixa etária de até um ano de idade, a frequência de internações por Afecções Originadas no Período Perinatal só foi menor que as motivadas por Doenças do Aparelho Respiratório, durante os anos de 1995 a 2005 (Tabela 4.30).

A mortalidade nesta faixa etária também aponta necessidade de reavaliarmos a atenção à gestante durante a gravidez e o trabalho de parto, já que as Afecções Perinatais foram a principal causa de óbitos em crianças menores de um ano no período estudado (Tabela 4.31).

Tabela 4.30 – Percentual de internações em menores de um ano, pelos três Grupos de Causas mais freqüentes, Uberaba, 1995-2005.

<i>Ano</i>	<i>Doenças do Aparelho Respiratório</i>		<i>Algumas Afecções Perinatais</i>		<i>Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias</i>		<i>Outras Causas</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
1995	447	29,72	321	21,34	314	20,88	422	28,06	1504
1996	539	39,96	279	20,68	247	18,31	284	21,05	1349
1997	508	35,85	352	24,84	248	17,50	309	21,81	1417
1998	396	40,62	231	23,69	148	15,18	200	20,51	975
1999	410	38,97	282	26,81	177	16,83	183	17,40	1052
2000	463	45,39	263	25,78	104	10,20	190	18,63	1020
2001	384	41,16	304	32,58	92	9,86	153	16,40	933
2002	462	45,52	338	33,30	77	7,59	138	13,60	1015
2003	489	45,15	314	28,99	132	12,19	148	13,67	1083
2004	428	43,15	285	28,73	127	12,80	152	15,32	992
2005	322	36,72	269	30,67	116	13,23	170	19,38	877

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 4.31 - Frequência relativa dos óbitos por afecções perinatais em relação ao total de óbitos em menores de um ano, Uberaba, 1995-2004.

<i>Ano</i>	<i>Óbitos por Afecções Perinatais</i>	<i>% em relação ao total de óbitos em menores de 1 ano</i>
1995	68	65,38
1996	50	58,14
1997	63	72,41
1998	67	68,37
1999	33	50,00
2000	48	65,75
2001	38	65,52
2002	38	63,33
2003	29	58,00
2004	38	71,70

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Na tabela 4.32, observamos que a mortalidade infantil teve no período de 1995 a 2005, a mortalidade neonatal como componente principal, sendo que os óbitos ocorreram principalmente até o sexto dia de vida.

Tabela 4.32 - Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano segundo época de ocorrência, Uberaba, 1995-2005.

<i>Época do óbito</i> <i>Ano</i>	Neonatal Precoce (0 a 6 dias)		Neonatal (0 a 28 dias)		Infantil Tardia (28d a 11m 29d)	
	N	%	N	%	N	%
1995	75	64,7	13	11,2	28	24,1
1996	44	51,8	10	11,8	31	36,5
1997	54	62,1	16	18,4	17	19,5
1998	54	65,1	8	9,6	21	25,3
1999	14	34,1	7	17,1	20	48,8
2000	44	63,8	13	18,8	12	17,4
2001	36	65,5	8	14,5	11	20,0
2002	42	62,7	12	17,9	13	19,4
2003	23	47,9	11	22,9	14	29,2
2004	28	54,9	9	17,6	14	27,5
2005	35	53,8	13	20,0	17	26,2

Fonte: Secretaria de Saúde – Diretoria de Vigilância em Saúde - Seção de Informação

Quanto à mortalidade materna, seu estudo está prejudicado porque não houve investigação da totalidade dos óbitos maternos e, nos anos de 2002, 2003 e 2005, nenhum óbito foi investigado. Este fato aponta também para a necessidade de revermos a atenção à gestante no município, já que de posse destas informações poderíamos trabalhar no sentido de investigar possíveis causas e prevenir óbitos nesta população.

4.2.6 Em busca de uma síntese

Identificamos, a partir destas informações, que houve uma preocupação do município em expandir sua rede, priorizando a atenção básica estruturada sob a ESF. Entretanto, a cobertura da atenção pré-natal em áreas organizadas sob a ESF alcançou valor máximo de 46,02%. Quando observamos os atendimentos básicos realizados por todos os prestadores à gestante de risco habitual, esta cobertura atingiu patamar máximo de 72,04% em 2002 e depois voltou a decrescer. Importa lembrar que para calcular a cobertura partimos de oferta de serviços a 70% do total de gestantes estimadas a partir da população total.

Os atendimentos à gestante de risco habitual realizados pelo ambulatório do prestador federal têm decrescido em relação aos atendimentos da rede municipal. Em 1995 a proporção era de 6:1 e hoje é de 1:2. Crítica deve ser feita a esta informação, pois este cálculo não considera a subnotificação de procedimentos do ambulatório federal, talvez motivada pelo não repasse de recursos para este prestador.

Em relação ao apoio diagnóstico, constatamos que um percentual de gestantes não retorna para buscar resultado de exames, e nos perguntamos quantas não comparecem ao serviço para coleta, possibilitando a continuidade da transmissão vertical de sífilis e HIV dentre outras doenças. Esta situação é agravada pela deficiência da atenção pré-natal, cuja consequência tem sido, por exemplo, uma alta incidência de sífilis congênita.

Identificamos também demandas por exames ultra-sonográficos que não estão sendo respondidas, havendo um déficit de exames quando calculamos o que seria necessário para garantir a cobertura de apenas um exame no pré-natal.

Há déficit de transporte pré e inter-hospitalar das gestantes, atestado pelos atendimentos realizados pelo Sistema Resgate. Há também falta de leitos obstétricos e de UTI neonatal. E as taxas de cesariana, o percentual de internações por complicações obstétricas³ e aborto, impactam negativamente os indicadores de morbimortalidade materna e infantil.

Diante deste quadro, faz-se necessário tentarmos entender um pouco mais acerca do cotidiano dos serviços, de suas práticas e sua organização...

³ Segundo parâmetros ministeriais, cerca de 15% das gestações podem ser de risco.

5 A ATENÇÃO À GESTANTE: O FOCO NOS SERVIÇOS INVESTIGADOS

Vários olhares podem ser lançados para a rede de serviços de saúde, a partir do entendimento que vai sendo construído da concepção desta rede, que mantém de forma mais ou menos articulada pontos de intersecção que possibilitam a concretização do princípio da integralidade, e que conformam uma opção técnica-política, mas também ética e moral para a prestação de atenção à saúde.

Tomando emprestado o olhar de vários atores que circulam nos espaços de atenção à gestante buscamos nos aproximar mais do quadro inicialmente desenhado a partir da política de atenção à gestante expressa em documentos oficiais do município e nos dados relativos à produção de atendimentos a este grupo.

Num momento inicial, precisamos apresentar quem são estes sujeitos que nos emprestaram seu olhar: no caso dos trabalhadores, sobre cada um dos serviços que operam e, no caso das gestantes, sobre os serviços que demandam na tentativa de verem atendidas suas necessidades.

Conforme apresentado na Tabela 5.1, foram entrevistados 18 trabalhadores, a maioria do sexo feminino (n=13 ou 72,2%), estando 7 em atividade de coordenação de serviços e 11 na assistência pré-natal nos diferentes serviços, em atendimento individual e/ou coletivo. Quanto à profissão, a categoria médica foi a mais freqüente entre os entrevistados (n=10 ou 55,5%), apontando para a centralidade desta profissão na estruturação dos serviços, sendo 3 coordenadores e 7 envolvidos no atendimento às gestantes.

Todas as gestantes que participaram da pesquisa (n=8) residiam em áreas cobertas por equipes de Saúde da Família, e 75% delas no Distrito Sanitário I (n=6), conforme Quadro 5.1.

Tabela 5.1 - Distribuição dos trabalhadores entrevistados responsáveis pela coordenação de serviços, segundo categoria profissional e sexo, Uberaba, 2005-6.

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Sexo</i>				<i>Total</i>	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	Nº	%
	Assistente Social	-	-	1	7,7	1
Enfermeiro	-	-	4	30,8	4	22,2
Médico	5	100,0	5	38,5	10	55,6
Pedagogo	-	-	1	7,7	1	5,6
Psicólogo	-	-	2	15,4	2	11,1
Total	5	100,0	13	100,0	18	100,0

Quadro 5.1 - Distribuição das gestantes segundo procedência, antecedentes obstétricos e idade gestacional no momento da entrevista. Uberaba, 2006.

Gestante	Procedência	Distrito Sanitário	Antecedentes Obstétricos	IG no momento da entrevista (meses)
G1	Residencial Anita	I	G ₁ P ₀ A ₀	7
G2	Valim de Melo	I	G ₂ P ₀ A ₁	7
G3	Estrela da Vitória	II	G ₂ P ₁ A ₀	4
G4	Jardim América	I	G ₄ P ₃ A ₀	8
G5	Valim de Melo	I	G ₃ P ₂ A ₀	7
G6	Jardim Alvorada	I	G ₁ P ₀ A ₀	8
G7	Valim de Melo	I	G ₃ P ₂ A ₀	8
G8	Jardim Primavera	III	G ₃ P ₂ A ₀	6

Quanto aos antecedentes obstétricos, duas das gestantes entrevistadas tiveram problemas em gestações anteriores, sendo que uma delas sofreu um aborto espontâneo. Uma gestante estava na quarta gestação; duas na primeira, duas na segunda, e três na terceira gravidez. No momento da entrevista, todas tinham entre quatro e oito meses de gestação.

Ao trabalharmos o material empírico oriundo das entrevistas realizadas com trabalhadores e coordenadores das unidades de saúde da família da zona urbana e rural, das unidades de apoio diagnóstico, de atenção especializada e das maternidades que fizeram parte deste estudo, observamos que parte dos depoimentos descrevia o funcionamento de cada um destes serviços, mais na perspectiva de um ideal de organização dos mesmos, no que se refere às rotinas e fluxos de atenção à gestante, nos permitindo uma primeira aproximação ao nosso objeto de estudo. Fazemos agora um convite para que você volte o seu olhar para esta rede...

5.1 AS UNIDADES DE ATENÇÃO À GESTANTE, SUAS ROTINAS E FLUXOS

Descreveremos agora questões mais específicas no que se refere à rotina e fluxo de atendimento às gestantes nas unidades de saúde onde este estudo foi realizado. Durante a construção deste texto, emergiram alguns questionamentos e observações que foram sendo registrados. O aprofundamento das discussões, contando com o aporte teórico de diferentes autores que se debruçaram sobre estas questões, será feito posteriormente. Fizemos esta opção para preservarmos uma certa ordenação nas falas dos diferentes atores que operam estes serviços. Acreditamos, ainda, que esta forma de apresentação dos resultados facilitaria a compreensão por parte daqueles que empreendessem a leitura deste trabalho.

5.1.1 Uma Unidade de Atenção Básica da Zona Rural

Nesta unidade, na época das entrevistas, estavam lotados profissionais vinculados a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e oito agentes comunitários de saúde. Não vinculados à equipe de Saúde da Família estavam os seguintes profissionais: um coordenador de unidade, um psicólogo, um ginecologista e um pediatra, que trabalhavam em regime de plantão. Era, portanto, uma unidade mista, com aspectos positivos e negativos que este tipo de organização pode permitir. Se, por um lado pode haver relação de complementaridade, por outro, a duplicidade de atenção pode também estar presente. Ainda, há a discussão sobre a legitimidade que serviços organizados sob a Estratégia de Saúde da Família têm que conquistar, e a presença de profissionais das especialidades básicas pode comprometer uma nova relação a ser estabelecida com os usuários.

Segundo relatos dos entrevistados, as gestantes da área que possuem melhor poder aquisitivo fazem pré-natal com médico particular (ou do convênio), tendo para isto que se deslocarem até a zona urbana. Mas, como a maioria da população é de baixo nível sócio-

econômico, o único serviço a que podem ter acesso é a unidade de saúde que, após lotação de um ginecologista deixou de encaminhar gestantes para realizar pré-natal no CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher). Aqui fica o registro de que a escolha da unidade para atendimento pré-natal se dá por falta de opção.

Outra observação que fazemos é que, mesmo possuindo um médico e um enfermeiro de saúde da família, as gestantes eram encaminhadas para pré-natal em equipamento de saúde da zona urbana. Pode este fato apontar para hiato na formação, mas seguramente para a necessidade de capacitação destes profissionais para este tipo de atendimento, já que faz parte do elenco de ações a serem desenvolvidas por estes profissionais.

As gestantes procuram a UBS quando suspeitam de gravidez para realizar exames, por alguma intercorrência ou mesmo para troca de pedidos de exames de consultório particular. Observamos que a demanda, então, não é para o cuidado, mas para a realização de exames. A busca da substituição se daria pela falta de profissional que oferecesse esta resposta, ou pela crença de que o exame pudesse substituir um atendimento para o diagnóstico de gravidez.

O acompanhamento e a busca ativa são realizados principalmente pelos agentes comunitários, que fazem horário alternativo para encontrar a gestante em casa no final de semana ou no trabalho. A maioria das gestantes não faz acompanhamento médico, e os profissionais da equipe de saúde da família só ficam sabendo da existência de gestantes na área em virtude das visitas domiciliares. A maioria destas gestantes está, portanto, desassistida: pela distância, pelo trabalho ou pela falta de profissional.

No domicílio ou local de trabalho, o agente comunitário tem por atribuição informar às gestantes os locais e horários de atendimento na unidade, para evitar que elas procurem o serviço e não sejam atendidas. Este cuidado acontece, principalmente, com aquelas que moram em fazendas, porque o patrão pode não estar disponível para trazê-las em uma outra

data, e com as que trabalham como safristas e ganham por dia trabalhado, e a equipe parece estar atenta para que sua renda não seja comprometida.

A consulta acontece, então, quando elas podem ir à Unidade, no seu dia de folga. Por isto a equipe atende, primordialmente, à demanda espontânea. Caso elas cheguem à unidade e o enfermeiro e o médico da equipe de Saúde da Família não estejam presentes, os outros profissionais tentam localizá-los para que o atendimento seja realizado. Se não for possível, acontece uma visita domiciliar posteriormente.

Normalmente, quando a gestante chega na unidade, o enfermeiro faz o primeiro atendimento, tenta encaixar consulta para médico ginecologista ou para o médico da ESF no mesmo dia, se ela tem dificuldade de voltar à unidade ou se apresenta qualquer intercorrência. Se for feita definição pelo agendamento, a consulta é marcada na data mais breve possível. Entretanto, observamos que o problema da gestante pode não ser resolvido já que, se o atendimento não puder acontecer no dia em que ela buscou a unidade, ela terá que retornar. Se o atendimento do enfermeiro pudesse ser mais resolutivo, este retorno poderia, provavelmente, ser evitado.

A equipe oferece atenção pré-natal, atendimento odontológico, orientações sobre aleitamento materno. E o enfermeiro faz também o acompanhamento da criança quando ela nasce, através de procedimentos tais como puericultura, teste do pezinho e imunização.

Em situações de urgência, quando é uma gravidez complicada ou se surge uma intercorrência, como doença infecciosa, ameaça de aborto ou no momento do parto, a gestante é encaminhada para a Beneficência Portuguesa pelo médico da ESF. Se o médico não estiver presente e o enfermeiro não conseguir resolver o problema, ele pode encaminhar a gestante para um pronto atendimento, referenciando-a para o enfermeiro do serviço. A gestante pode, ainda, ser encaminhada pela recepcionista e, nos casos em que a unidade está fechada, o motorista da ambulância toma todas as providências.

Atentamos para o fato de que a lógica de encaminhamento enfermeiro-enfermeiro reitera a divisão de trabalho nas equipes de saúde. Por que o enfermeiro não poderia estar encaminhando para o médico se esta fosse a necessidade da gestante?

Rotineiramente, a gestante é encaminhada para fazer ultra-som na Central de Atenção Multiprofissional do Município (CAMP), e coleta de exame de patologia clínica no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O encaminhamento é feito pelos médicos, a partir de consulta pela unidade de Saúde da Família ou por um serviço da área de ginecologia. Uma funcionária da unidade marca seus atendimentos na cidade e/ou a gestante retorna à unidade para buscar o encaminhamento, ou alguém da equipe, preferencialmente o agente comunitário, vai até sua casa, e entrega o impresso já com definição de data, horário, local e profissional que irá atendê-la para exame ou consulta. A gestante é orientada sobre como chegar ao serviço, que condução deve utilizar e a importância de estar comparecendo ao procedimento agendado.

Quando a gestante não tem como ir, recebe indicação de viajar na mesma ambulância que leva usuários para fisioterapia, consulta ou atendimento de urgência. Tanto a marcação do exame ou consulta, quanto o transporte para realizá-los, denotam estratégias que a equipe desenvolve no sentido de tentar superar a dificuldade de acesso que a gestante tem para continuidade da atenção, principalmente a da zona rural, por questões geográficas ou sócio-econômicas.

Segundo avaliação dos trabalhadores que participaram da pesquisa, a ESF não tem conseguido resolver os problemas trazidos pelas gestantes porque falta atendimento com o ginecologista, segundo o enfermeiro, e o desenvolvimento de outros tipos de atendimento com elas, como grupos, por exemplo, presente na fala do médico. Há intenção de iniciar este trabalho, que seria realizado no mesmo dia em que a gestante viesse para consulta pré-natal.

Assinalamos aqui problemas de duas ordens: uma referente à capacitação dos profissionais, como abordado anteriormente, e outro à fragmentação da equipe. Esta última expressa por uma culpabilização do outro pela falta de resolutividade, não aparecendo o que pode ser o compromisso de cada um para qualificar a atenção prestada.

5.1.2 Uma Unidade de Saúde da Família da Zona Urbana

Esta Unidade de Saúde da Família localiza-se em um bairro distante e, segundo trabalhadores entrevistados, de pouco recursos. A sede foi recentemente reformada, e teve início o atendimento à gestante assim que foi reaberta. Com a chegada do enfermeiro e, posteriormente, do médico, as gestantes do bairro cadastradas pela ESF passaram a ter acesso ao pré-natal, à coleta de Papanicolau, à imunização, ao atendimento em grupo, ao acompanhamento no puerpério e do recém-nascido.

Este relato aponta para dificuldade usualmente encontrada, principalmente, em unidades que se situam na periferia das cidades: a falta de profissionais. A superação desta condição e a adequação da área física da unidade possibilitaram a retomada da atenção à gestante no bairro. As discontinuidades operam muitas vezes no sentido de deslegitimarem as unidades de atenção básica, já que para suprir sua falta buscaram-se outros locais de atendimento. Ou não, mas corre-se o risco de a unidade ficar desacreditada e então o esforço que a equipe tem para a retomada é grande.

O atendimento pré-natal acontece semanalmente, na parte da manhã. A consulta fica por conta do médico e as atividades de grupo sob a responsabilidade do enfermeiro, juntamente com agentes comunitários e cirurgião dentista. Apontamos aqui a divisão do trabalho, a utilização de um único período de um dia da semana para atendimento, podendo dificultar acesso das gestantes.

A primeira consulta, normalmente, é por demanda espontânea, mas as gestantes também chegam ao serviço referenciadas pelos agentes comunitários de saúde. A visita

domiciliar para busca ativa é realizada, em alguns casos, pelo enfermeiro, quando solicitado pelos ACS. As gestantes buscam a unidade quando apresentam amenorréia, mas, geralmente, chegam com gestação avançada, com abdômen gravídico e ausculta dos batimentos cardíofetais com sonar presente. Estes fatos nos fazem pensar que a busca ativa não vem se realizando de forma efetiva, tanto porque a maior parte das gestantes chega ao serviço por demanda espontânea, quanto por chegarem para atendimento já em idade gestacional avançada. Esta situação pode relacionar-se com o longo período em que a unidade suspendeu atendimento à gestante por questões estruturais, como discutido acima.

O enfermeiro faz a triagem das mulheres com amenorréia, solicita ao médico que faça o pedido de exame para verificar se há gravidez. As usuárias fazem o exame e retornam com o resultado, quando são atendidas pelo médico, em consulta pré-agendada. A gestante consulta diretamente com o médico se chega querendo agendar consulta e não refere amenorréia, se é caso de gestação mais avançada ou se estiver com alguma intercorrência. Observamos, então, que nesta unidade o atendimento é centrado na figura do médico, que o enfermeiro tem atuação restrita, e isto poderia ser interrogado a partir da equipe, buscando outra conformação para o trabalho.

Na primeira consulta médica, é realizado exame físico geral, incluindo medidas antropométricas, e são solicitados exames de rotina de pré-natal e retorno após resultados de exames ou após um mês. Para realizar exames laboratoriais de rotina e ultra-som, a gestante também é encaminhada, para o CTA e para a CAMM, respectivamente. Há, ainda, agendamento de consulta de enfermagem para coleta de citologia. As consultas médicas são marcadas conforme intervalos recomendados pelo Ministério da Saúde: mensal, depois quinzenal, e semanal, a partir de 36 semanas.

Nas consultas posteriores, há acompanhamento da gestação por meio de medidas antropométricas da gestante e de altura uterina. O profissional médico entrevistado referiu que

avalia como mais importante no seguimento da gestante, identificar se aquela gestação foi programada, o que a futura mãe pensa em relação à gestação atual, sua perspectiva de futuro, quantos filhos já tem. Isto para poder, juntamente com o enfermeiro, fazer aconselhamento para programação de futuras gestações. Manifestou, ainda, preocupação em relação ao aspecto social da gestante no que se refere à alimentação, renda familiar, como está sobrevivendo, se está tendo apoio familiar. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, procura abordar, principalmente com os adolescentes, que a gestação indesejada é o fato de menor gravidade que pode acontecer a partir de uma relação sexual. Identificamos, portanto, que o médico tenta realizar uma abordagem que considera os diferentes aspectos da vida das gestantes, mostrando um perfil desejado para o trabalho em atenção básica, que não é o usual, principalmente por deficiências na formação e organização do trabalho.

Quanto às atividades em grupo, os trabalhadores externaram que já conseguiram fazer dois grupos de gestantes. O enfermeiro faz convites impressos no computador e as agentes comunitárias visitam as gestantes da área para entregá-los. Nestes grupos, a pauta é de orientações e esclarecimento de dúvidas quanto aos aspectos físico e orgânico, desenvolvimento do bebê mês a mês, alimentação, orientação quanto aos cuidados com recém-nascido e também sobre possíveis medos e receios relacionados a esta fase da vida da mulher. Isto aponta para uma maior visibilidade da gestante enquanto mulher que está passando por uma fase diferente de sua vida, com uma abordagem que não é restrita a aspectos físicos ou cuidados com recém-nascido.

Quando a gestante não comparece à consulta agendada, é feita busca ativa para verificar por que ela não foi à unidade, e agendar novamente o atendimento. Quando a gestante passa a fazer acompanhamento em outro serviço, além do cartão de pré-natal, é colocado à disposição o prontuário, quando necessário, porque possui informações não

registradas no cartão. Aqui percebemos a responsabilização pela gestante que está em acompanhamento, pela preocupação e tomada de atitudes que contribuam para a continuidade do atendimento.

As gestantes são encaminhadas para outro serviço quando é identificada uma situação de risco – hipertensão, diabetes, gravidez gemelar, trabalho de parto prematuro ou quando a paciente tem sorologia positiva para infecção (HIV ou VDRL). Pensamos que a gestante com sífilis poderia ser tratada na unidade de Saúde da Família, já que o tratamento é simples e o acompanhamento para verificar sua efetividade também. Quando é uma gravidez de risco, a referência é feita para o ambulatório de Medicina Fetal, e no caso de infecção, para o Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), que funcionam no Ambulatório Maria da Glória, pertencente ao complexo assistencial da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. Quando a gestante é encaminhada, o médico ou o enfermeiro conversa com ela sobre o atendimento que será realizado nas unidades de saúde para as quais está sendo referenciada, bem como a importância de buscá-los, e dar continuidade ao acompanhamento. O encaminhamento é realizado de forma verbal e escrita, com a utilização de formulários de referência disponíveis na unidade.

A partir da trigésima sétima semana, a paciente é orientada que o parto pode ocorrer a qualquer momento. Se a expectativa é de que o parto será normal, ela é encaminhada para o Hospital Beneficência Portuguesa. Caso contrário, é encaminhada para o Hospital Escola - UFTM.

Quem faz os encaminhamentos normalmente é o médico, usando a ficha de referência padrão do município, mas, quando ele não está presente na Unidade, o enfermeiro orienta onde conseguir atendimento, também em caso de urgência.

O serviço é avaliado como muito bom pelos trabalhadores, que argumentam que, apesar de estarem no início da organização do serviço, têm feito esforço para trabalhar em

equipe e desenvolver ações conforme preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, e as gestantes são muito bem atendidas, tendo cerca de 90% dos problemas resolvidos.

Observamos coerência entre os relatos obtidos dos trabalhadores desta unidade, tendo como eixo o desejo de ofertarem uma atenção qualificada, objetivo que perseguem no cotidiano do serviço buscando atenção integral às gestantes adscritas. Esta busca pode ser identificada no relato das ações desenvolvidas na unidade, e na busca de articulação com outros serviços quando da necessidade de encaminhamento. O foco destes trabalhadores parece ser a gestante. Entretanto, observamos que a identificação das mesmas no território poderia ser mais precoce, e a atenção poderia ser menos fragmentada, oportunizando, por exemplo, o contato individual pelo enfermeiro e o coletivo pelo médico, ou seja, buscando uma reconfiguração da lógica presente no processo de trabalho na unidade.

5.1.3 Uma Unidade de Atenção à Saúde da Mulher – o CAISM

O atendimento à gestante nesta unidade resume-se ao pré-natal de baixo risco. A unidade foi pensada como um centro de referência, que atenderia casos de ginecologia e obstetrícia que não pudessem ser acompanhados na Unidade Básica. Estava prevista pelo município, a compra de alguns equipamentos, mas o recurso foi suspenso; além disso, para poder ser caracterizado como serviço de referência haveria necessidade de lotação de outros profissionais e adequação de área física. Esta unidade foi construída a partir de um projeto encaminhado ao governo federal, e a contrapartida do município estaria representada pelos equipamentos e manutenção do quadro de trabalhadores que seriam nela alocados. Este fato não ocorreu, e as gestantes de risco continuaram a ser encaminhadas para o Hospital Escola.

A maioria das gestantes procura o serviço por demanda espontânea, e vai pessoalmente, ou vai um familiar para marcar uma consulta médica. Uma parcela chega por encaminhamento das unidades básicas, que não possuem atendimento pré-natal em sua rotina.

Temos aqui uma distorção, uma vez que a unidade básica teria que ofertar este tipo de atendimento às gestantes adstritas à sua área de abrangência.

O primeiro contato geralmente é com a auxiliar de enfermagem, que chega bem cedo e distribui as fichas àquelas gestantes que estão aguardando, e define por quem e quando serão atendidas, por ordem de chegada e disponibilidade de vaga. Caso as vagas não sejam suficientes, é providenciada uma marcação para data posterior para aquelas que ainda estiverem na fila. Pensamos que, quando esta unidade, que teria que ser de referência, responde à demanda, mesmo às custas de uma sobrecarga do atendimento, pode estar comprometendo a qualidade da atenção prestada. Além disso, contribui também para uma não reorganização da rede, principalmente no que concerne à atenção básica, traduzindo desta forma o projeto de atenção que vai se conformando no município.

Quando a gestante vai para a consulta agendada, é atendida na recepção, que confere seu cartão, e a encaminha para auxiliar de enfermagem que trabalha com o obstetra. É feita a ficha de consulta, ela é pesada, tem sua pressão arterial aferida e, posteriormente, encaminhada para o atendimento médico.

Nas segundas-feiras, são atendidas as gestantes adolescentes; às terças-feiras o atendimento é de puérperas; nas quintas e sextas-feiras a demanda é espontânea, e são atendidos casos de ginecologia e obstetrícia. A definição por esta forma de atendimento às gestantes foi dos trabalhadores, na tentativa de otimizar recursos existentes.

Todas as gestantes são encaminhadas para exame de ultra-som à CAMM e para exames laboratoriais de rotina ao CTA. Se for um exame fora da rotina de pré-natal, a gestante é encaminhada para laboratório credenciado pela Prefeitura.

São encaminhadas, nos casos de gravidez de risco, para acompanhamento ambulatorial especializado ao serviço de Medicina Fetal; e todo caso de gestante HIV positiva é

referenciado para o ambulatório AMIGO – ambos funcionam no Ambulatório Maria da Glória.

Quando é necessária a realização de cardiotocografia ou internação de gestantes de risco - com sangramento, com febre alta, com suspeita de infecção, com suspeita de bolsa rota, com suspeita de redução de líquido, hipertensas, em trabalho de parto prematuro, com alteração dos batimentos cardíacos ou da movimentação do feto, são encaminhadas para o Hospital Escola.

Nos casos de necessidade de acompanhamento por serviço de fisioterapia ou nutrição, pelo fato do serviço ter convênio com a Universidade de Uberaba (UNIUBE) para estágio dos alunos da área da saúde, são encaminhadas para seus ambulatórios. Quando há necessidade de encaminhamento para outras especialidades médicas – cardiologia, por exemplo, são encaminhadas para onde houver vaga - ambulatório de especialidades da UNIUBE, Ambulatório Maria da Glória (AMG) ou CAMM. As gestantes drogaditas são encaminhadas para a Associação Brasileira Comunitária de Prevenção ao Abuso de Drogas (ABRAÇO). A multiplicidade de serviços existentes para absorver encaminhamento de gestantes que necessitam do concurso de outras especialidades, inclusive as médicas, num primeiro momento faz-nos pensar que isto possa aumentar as possibilidades de esta gestante conseguir atendimento. Por outro lado, pode denotar uma certa desorganização da rede, já que a informalidade está presente nestes encaminhamentos. Ou seja, a capacidade instalada para atenção à gestante, principalmente no que se refere à UNIUBE, pode estar sendo utilizada preferencialmente por determinado grupo, que pode não ser o mais necessitado, reproduzindo uma desigualdade de acesso quando consideradas todas as gestantes que tentam acessar este tipo de serviço.

Se há expectativa de que a gestação resulte em parto normal, é orientada a procurar a maternidade do Hospital da Beneficência Portuguesa, caso apresente sinais de trabalho de

parto. Quando o médico identifica a impossibilidade de um parto normal – nos casos de gestação gemelar, de feto mal posicionado, de história de cesarianas anteriores, ele já a encaminha para o Ambulatório Maria da Glória, a partir de onde vai acontecer o agendamento para o parto operatório no Hospital Escola.

Frente a esta situação, interrogamos se a gestante não poderia ser encaminhada diretamente para o Hospital Escola nesta situação, evitando assim a possibilidade de que ela não vá ou não tenha seu atendimento realizado em tempo oportuno.

Se a gestante não entrar em trabalho de parto, é orientada a retornar ao CAISM. Neste caso, se o feto entra em posição cefálica, o encaminhamento para o Hospital Escola é desconsiderado e ela é orientada a ir para a Beneficência Portuguesa.

Todos estes encaminhamentos são feitos pelo médico, por meio de carta escrita com as intercorrências mais específicas identificadas no pré-natal, em duas vias ou por meio de guia de referência, acompanhadas pelo cartão da gestante. A gestante e o familiar que estiver com ela são orientados pelo médico e auxiliar de enfermagem ou enfermeira quanto à referência. Há orientação verbal para ela voltar, até quarenta dias após o parto, de preferência na primeira semana, para consulta de puerpério.

Aqui reiteramos o que dissemos em relação ao pré-natal: a consulta de puerpério deveria estar sendo realizada na unidade de atenção básica mais próxima da residência desta mãe – é lá que, provavelmente, ela comparecerá com seu filho para realização do Teste do Pezinho. Seria uma oportunidade de contato a não ser perdida com esta mulher.

Se a gestante apresenta uma intercorrência e o profissional médico não está presente, o enfermeiro faz o encaminhamento para Beneficência Portuguesa ou para Hospital Escola, utilizando guia de referência. Às vezes, faz o contato telefônico previamente. Pensamos que estes encaminhamentos devessem ocorrer via Central de Leitos, evitando o risco da gestante ser encaminhada e não ser atendida. Quanto ao contato telefônico prévio, bem como registro

do atendimento realizado na unidade e da justificativa para o encaminhamento, deveriam ser realizados rotineiramente. A responsabilidade do profissional da unidade que referencia para atendimento de urgência termina quando da consecução do mesmo pelo profissional do serviço ao qual foi encaminhada. É complicado pensar que a gestante possa estar indo de porta em porta, nos hospitais, buscando o atendimento necessário a partir de um encaminhamento do serviço da rede. Como articular os diferentes pontos da rede para que este atendimento se dê de forma integral? Há possibilidades de se efetivar a longitudinalidade e coordenação da atenção à gestante a partir da atenção básica? Estas são algumas interrogações que emergem destas situações.

Além do atendimento médico, acontecem os atendimento odontológico e fisioterápico. Existe também um grupo de orientação, com roteiro pré-determinado, mensal, no qual a gestante recebe orientações quanto ao parto, cuidados com o recém-nascido, com a gravidez, aleitamento materno - ordenha, tratamento e prevenção das lesões da mama, planejamento familiar e fisioterapia. Destacamos aqui o fato de os atendimentos em grupo serem mensais e, portanto, a presença das gestantes nestas atividades muito provavelmente implica a sua ida na unidade mais de uma vez a cada trinta dias. Por outro lado, concordamos que estas atividades teriam que ser realizadas nas unidades de atenção básica, e não se justificaria a reprodução das mesmas neste espaço. Ainda com relação ao atendimento em grupo, chamou-nos a atenção o fato do roteiro ser pré-elaborado e focalizado em orientações e condutas prescritivas a serem adotadas pelas gestantes, contrariando de certa forma o entendimento presente hoje pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e; 2006a, b), que toma o sujeito da atenção como um sujeito singular, fruto de suas experiências e dos processos de subjetivação e, portanto, devendo a gestante ser assim considerada no processo de produção de cuidados.

Os trabalhadores entrevistados acreditam que as gestantes estão sendo bem acompanhadas, e têm seus problemas resolvidos, e que estas mulheres, inclusive, manifestam um grau de satisfação muito grande com o atendimento.

5.1.4 Um Serviço de Apoio Diagnóstico – o CTA

O serviço atende a gestantes de vinte e sete municípios da regional de Uberaba. Normalmente, estas já vão referenciadas para exame pré-natal de unidades de saúde da Saúde da Família ou UBS. Mas, também chegam encaminhadas de consultório particular ou de convênio, porque são informadas que os exames são gratuitos.

O serviço não tem atividade específica para gestante, a não ser a possibilidade da coleta de material para realização de todos os exames de rotina do pré-natal, e não somente aqueles habitualmente realizados pelo CTA, e têm prioridade no atendimento que tem início, diariamente, às sete horas.

O primeiro contato da gestante no serviço é com a pessoa que fica na recepção, normalmente do setor administrativo. Da recepção, ela é encaminhada para cadastramento no sistema, são feitos seu cartão e ficha de identificação, bem como as etiquetas para identificação dos tubos que vão receber material coletado para exames de sorologia para HIV, toxoplasmose, rubéola, sífilis, hepatite B, hepatite C, além de hemograma e urina tipo I. Posteriormente, a gestante é encaminhada para sala de espera e depois para a sala aonde acontecem palestra e coleta.

A palestra, que dura cerca de quarenta minutos, tem como tema as doenças sexualmente transmissíveis, e é realizada utilizando como recurso didático um álbum seriado. Discute-se a importância da gestante fazer os exames e, dependendo da época da gestação em que compareceu pela primeira vez ao CTA para coleta de exames, ela é incentivada a retornar até duas vezes, cumprindo meta de realizar um exame sorológico a cada trimestre. Neste caso, seus retornos são agendados a cada vez que ela vem buscar o resultado. Pela característica do

serviço, há focalização das questões tratadas com as gestantes. Seria este o melhor espaço para coleta de material e atividade de aconselhamento? Questões tão íntimas poderiam ser abordadas efetivamente em um local onde existem outras pessoas que não são gestantes, onde o profissional que faz o aconselhamento talvez esteja sendo visto pela primeira vez? O formato da atividade – palestra - seria o mais adequado?

Quando termina a palestra, a gestante recebe o cartão, é explicado a ela que tem que telefonar dentro de, aproximadamente, quinze dias para verificar se o resultado do exame está pronto e agendar com aconselhador para recebê-lo. Quando a gestante chega fora do horário para coleta de material para exames, o aconselhamento é optativo e individual.

Os resultados dos exames só são entregues para a própria gestante. Enquanto ela não estiver com o aconselhador, na sala de atendimento individual, seu envelope não é aberto. Ela recebe o resultado e o leva para o seu médico. A que recebe resultado de exame negativo, tem todas as informações e esclarecimentos necessários, com ênfase para que ela continue sendo soronegativa. É o momento de se tentar avaliar junto com cada gestante qual é o seu nível de risco para infecção HIV.

Mesmo que a gestante não tenha agendado retorno para receber resultado de seu exame, se for o caso de uma intercorrência, por exemplo, e ela vai à consulta médica, se ela o requisita, o resultado é entregue. Caso se configure uma gestação de risco e/ou a gestante não tenha condições de procurar o serviço, a coleta e a entrega do resultado dos exames são feitas em seu domicílio.

Notamos uma grande preocupação dos trabalhadores com a qualificação do atendimento à gestante. Entretanto, esta forma de organização da rede, que centraliza a realização de exames pré-natal porque há uma meta a ser cumprida no Plano de Ação e Metas, pode dificultar a vida destas mulheres. Senão, vejamos: o serviço localiza-se em região central do município. As gestantes que residem em áreas periféricas têm que percorrer grandes

distâncias para comparecer, conforme a data do primeiro exame, até seis vezes ao CTA, tendo que telefonar pelo menos três vezes para verificar se o exame está pronto e agendar aconselhamento individual. Mas, caso a gestante não telefone para receber o resultado, ou falte em aconselhamento agendado, em dois dias na semana, é feita busca ativa pelo enfermeiro, com prioridade para este grupo.

Quando a gestante é soropositiva, é encaminhada para o AMIGO, no Ambulatório Maria da Glória. Ela é orientada para a necessidade de iniciar seu tratamento, para que o bebê nasça soronegativo. A gestante já sai do serviço com atendimento agendado pela telefonista, que liga para o ambulatório AMIGO, marca e já comunica para ela o dia e horário de sua consulta. Quando o bebê de uma gestante soropositiva nasce, ele já é encaminhado para o ambulatório de pediatria do Hospital Escola, e permanece em acompanhamento pelo menos até um ano e oito meses, para definir se houve ou não transmissão vertical. Depois da gestação, a mulher continua sendo atendida no CTA, bem como seu parceiro, se este for soropositivo.

Interessante notarmos que, tanto no aconselhamento coletivo como no individual, a preocupação prioritária, explícita, é a possibilidade de transmissão vertical, deixando, em segundo plano, questões próprias daquela mulher. O atendimento fica, portanto, focalizado em uma imagem idealizada da maternidade; e assim, fragmenta o processo de atenção já que a mulher desempenha vários outros papéis, simultaneamente, em todos os momentos de sua vida.

5.1.5 Um ambulatório-escola que faz atendimento à gestante de risco habitual

Este ambulatório pertence à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e a maioria das gestantes vêm por demanda espontânea e são do município de Uberaba. Nos casos de encaminhamento, elas vêm referenciadas por médicos a partir de unidades básicas, de unidades de Saúde da Família, de serviços de pronto atendimento - CAMM e Centro Médico,

do CAISM, ou até mesmo de outros serviços do Ambulatório Maria da Glória ou Pronto Socorro do Hospital Escola.

As consultas para pré-natal podem ser marcadas todos os dias da semana. A pessoa que trabalha no guichê é quem primeiro recebe a gestante, faz seu cartão e marca a consulta, fazendo a distribuição dos atendimentos para os diferentes profissionais conforme a disponibilidade de vagas. As consultas acontecem nas terças e quintas-feiras, com cerca de 30 a 40 atendimentos por dia. O atendimento individual é realizado por *staffs* ligados ao ensino, que são também responsáveis pela orientação dos alunos.

Novamente identificamos um serviço de referência que é porta aberta para atendimento pré-natal de baixo risco que deveria estar ocorrendo nas unidades básicas. Por que as gestantes estão se dirigindo a este ambulatório? Por que os alunos e *staffs* não estão nas unidades básicas? Esta situação reforça o ideário de que o atendimento médico-centrado em unidade de maior densidade tecnológica seria mais resolutivo. Isto tanto para as gestantes que buscam o serviço, como para os alunos em processo de formação.

Na primeira consulta são solicitados os exames de rotina e, a partir de então, os retornos são agendados a cada atendimento, sem necessidade da gestante ir ao guichê. As gestantes são encaminhadas para a assistente social, para a psicóloga ou para um especialista caso o médico identifique situação que justifique estes atendimentos. Esta forma de condução do atendimento pode denotar fragmentação, a partir do momento em que aspectos psicossociais nem sempre são identificados e, quando o são, as gestantes são encaminhadas para psicóloga e assistente social. Este fato reveste-se de maior importância porque este ambulatório pertence a uma instituição formadora de profissionais de saúde. A propósito, possui uma Escola de Enfermagem, chamando atenção o fato de não ter havido referência de participação deste aluno ou do enfermeiro neste ambulatório.

Os exames de rotina e de urgência, laboratoriais ou de imagem, bem como a cardiotocografia, são todos realizados no âmbito do Hospital Escola. Quando a gestante apresenta sorologia positiva, é referenciada para o AMIGO. Se tem uma complicação ou intercorrência, nos casos de hipertensão ou diabetes, é referenciada para ambulatório de Medicina Fetal. Se sua avaliação nestes ambulatórios não identificar problema de maior gravidade, ela é contra-referenciada para o ambulatório de origem. A toda gestante acompanhada no ambulatório, procura-se garantir a realização do parto no Hospital Escola.

Outra atividade realizada com as gestantes é a sala de espera, desenvolvida principalmente por assistente social, com participação de médicos, enfermeiros ou outros profissionais conforme assunto a ser abordado. O grupo começa mais ou menos meio-dia e quinze, e vai até a hora em que a discussão termina, mas, em média, dura de uma a uma hora e meia. É realizado durante o período de espera pela consulta. A nosso ver, esta atividade poderia também contar com a participação de alunos de diferentes cursos, contribuindo para seu processo de formação, enquanto aprendizagem de uma ferramenta com possibilidade de contato e trabalho com outros aspectos da vida da gestante, num outro espaço e tipo de relação que possibilitaria aprendizado do trabalho em equipe, da construção da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção.

Existe ainda o ambulatório de planejamento familiar, que é para onde a gestante é encaminhada para programar, às vezes, uma laqueadura. Outras possibilidades de intervenção quanto a métodos contraceptivos não foram referidas. Talvez pelo imaginário de que estas mulheres têm muitos filhos, não têm condições de criá-los e precisam abdicar da maternidade de forma definitiva.

Percebemos a preocupação em garantir que os procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os encaminhamentos para especialistas e internações sejam realizados oportunamente. Este objetivo poderia parecer mais fácil de ser alcançado pelo fato de o Hospital Escola e o Ambulatório Maria da Glória possuírem um fluxo interno independente da rede, e

preferencial para as gestantes que fazem acompanhamento nestes serviços. Entretanto, como veremos, há dificuldades neste fluxo.

5.1.6 Um ambulatório-escola que faz atendimento à gestante adolescente

O atendimento neste ambulatório é feito a adolescentes, gestantes ou não. É também vinculado à UFTM, e as pacientes são procedentes de todas as cidades da regional de Uberaba, e cerca de seis consultas de adolescentes grávidas são agendadas às terças-feiras pela manhã. Elas chegam por demanda espontânea ou são encaminhadas de unidades de saúde de Uberaba, mesmo quando é gestação normal. Das cidades vizinhas são encaminhadas formalmente somente quando a gestação é patológica, por exemplo, nos casos de ameaça de trabalho de parto prematuro ou de gestação gemelar. Estas adolescentes têm acompanhamento pré-natal, garantia de realização de exames laboratoriais e de imagem e, a qualquer intercorrência em que se identifique a necessidade, de internação no Hospital Escola. Novamente identificamos a tentativa de se garantir a realização de todos os procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico necessários.

O atendimento individual à gestante é realizado por seis doutorandos e dois residentes, em oito salas, com orientação realizada por *staff* ligado ao ensino. O atendimento final é sempre do *staff* e, quando necessário, são envolvidas a assistente social e a psicóloga. A enfermagem, com certa frequência, faz orientação das gestantes para cuidado com o bebê.

Devido à complexidade desta fase da vida da mulher, ainda mais quando ela é uma adolescente, a abordagem seria muito mais adequada se fosse realizada por trabalhadores de diferentes profissões, já que vários aspectos têm que ser considerados nestes atendimentos. Quanto aos aspectos abordados durante orientação das adolescentes, percebemos uma centralidade no cuidado com o recém-nascido.

E o cuidado da adolescente? Como identificar as redes de apoio social e familiar para potencializar a intervenção se o atendimento acontece em uma unidade centralizada, descolado da atenção básica?

5.1.7 Um ambulatório-escola que faz atendimento à gestante de alto risco ou com infecção

O Ambulatório Maria da Glória é referência para gestações de alto risco, inclusive em casos de infecções durante a gravidez, para toda a macrorregião de Uberaba. Para dar conta desta demanda, mantém dois serviços: o ambulatório de Medicina Fetal e o Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), que atende gestantes com retrovirose e outras infecções.

As gestantes chegam encaminhadas para ambulatório de Medicina Fetal ou AMIGO por médicos de outras cidades pela TFD (Guia de Autorização para Tratamento Fora do Domicílio); de Uberaba, a partir de unidades básicas, de unidades de Saúde da Família, de serviços de pronto atendimento - CAMM e Centro Médico, e do CAISM, por meio do impresso de referência e contra-referência; de outros serviços do Ambulatório Maria da Glória ou do Pronto Socorro do Hospital Escola, com um relatório. Do CTA de Uberaba e de cidades vizinhas, as gestantes são encaminhadas diretamente para o AMIGO, por médicos, enfermeiros ou psicólogos. Observamos uma diversidade de formas de encaminhamento, o que aponta provavelmente para diferentes formas de articulação entre os serviços.

Quando chegam ao Ambulatório Maria da Glória, procuram o guichê, de onde são encaminhadas para as secretárias destes ambulatórios. Estas tentam atendimento para o mesmo dia e, na maioria das vezes, o encaixe é autorizado pelo docente responsável.

As gestantes de outras cidades têm sua consulta inicial marcada pela Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal de Uberaba, a partir de solicitação dos gestores.

O atendimento médico é realizado pela equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que é composta por professores com especialização em ginecologia e obstetrícia, alunos de graduação e residentes. O ambulatório de doenças infecciosas funciona na terça-

feira pela manhã e o de Medicina Fetal, na quarta e sexta-feira pela manhã; atendem, respectivamente, cerca de dez e 15 a 20 gestantes por dia.

É rotina, na Medicina Fetal, atendimento individual com psicóloga para todas as gestantes, mas, no AMIGO, são encaminhadas somente quando o médico julgar conveniente. Novamente nos deparamos com situações de grande complexidade na vida destas mulheres. Além de gestantes, uma doença, infecciosa ou não, pode colocar em risco sua vida e a de seu filho. E, nestes casos, em que a gestação é mais que uma fase da vida e se reveste ainda mais da sensação de insegurança e de perigo iminente, o trabalho em equipe poderia qualificar a atenção a estas mulheres.

Quando há necessidade de encaminhamento para serviços de maior complexidade, este é feito para Ribeirão Preto – São Paulo, Belo Horizonte, Uberlândia ou São Sebastião do Paraíso – estes em Minas Gerais. O encaminhamento é feito pelo médico. Após contato telefônico, se o serviço aceita receber a paciente, é elaborado um relatório, que é lido para a gestante e/ou seu familiar, que são assim informados sobre a situação de saúde da gestante e conceito, o serviço que deverão buscar e a importância de prosseguirem o tratamento. Revela-se, a nosso ver a preocupação e a responsabilização por estas gestantes, expressas pela busca do profissional em se assegurar que o atendimento será realizado no serviço para o qual a gestante está sendo encaminhada.

A avaliação pelos trabalhadores entrevistados é o de que o atendimento é até muito satisfatório, pois as gestantes geralmente conseguem levar a gravidez a termo, a mãe sobrevive, o neném nasce bem e não necessita internação no berçário de alto risco. Não que estas questões não sejam de suma importância para o binômio mãe-filho, até porque revelam mesmo resolutividade. Entretanto, esgueira-se por entre estas afirmativas, um certo reducionismo – será que nos basta a sobrevivência?

5.1.8 Uma Maternidade Filantrópica

Havia necessidade de se ampliar o número de leitos para atendimento ao parto de baixo risco no município, em virtude do fechamento de hospitais conveniados ao SUS. Foi estabelecido um acordo entre a gestão municipal e a sociedade mantenedora do Hospital Beneficência Portuguesa, que tinha interesse em manter-se em atividade, e a mesma responsabilizou-se pelo atendimento em sua maternidade, que passou a denominação de Maternidade do Povo, às gestantes de baixo risco do município e de algumas cidades da região. Os atendimentos obedeceriam ao pactuado na PPI: parto normal ou cesariana, no terceiro trimestre, e intercorrências obstétricas.

As gestantes de Uberaba atendidas nesta maternidade geralmente são aquelas que não fizeram pré-natal no Ambulatório Maria da Glória, residentes na periferia, que são encaminhadas da rede municipal, a partir de unidades de atenção básica ou do CAISM. São atendidas também as que fazem pré-natal no ambulatório Maria da Glória ou na rede particular, que procuram espontaneamente o serviço. Outras são encaminhadas do Pronto Socorro do Hospital Escola, quando este não está recebendo gestantes por estar esgotada sua capacidade de internação. Assim, podemos considerar este serviço como o ponto final da linha de atenção à gestante no município. Pensamos que esta situação mereça ser avaliada criteriosamente, principalmente porque o hospital não possui condições de atendimento à gestante e ao recém-nascido de alto risco.

O primeiro atendimento acontece no balcão da recepção, onde se pergunta à gestante se tem cartão do pré-natal e, em caso de resposta afirmativa, o mesmo é solicitado para preenchimento de uma ficha de atendimento do SUS.

O atendimento é realizado por acadêmicos da UNIUBE acompanhados por médicos da prefeitura que recebem pró-labore para exercer a função de docência. Os alunos colhem a história, fazem o exame físico e discutem o caso com o *staff*, para juntos identificarem a

melhor conduta a ser tomada. As gestantes que estão em trabalho de parto são internadas e admitidas no pré-parto, para acompanhamento pelo enfermeiro obstétrico. O parto é realizado pelo profissional médico acompanhado pelos alunos. Observamos, mais uma vez que se faz presente a fragmentação do trabalho, representada pela divisão técnica e social do mesmo na organização da atenção à parturiente neste hospital.

A gestante é encaminhada para o serviço de referência, que é o Hospital Escola, sempre pelo médico, nas situações que envolvem risco para ela e/ou para o feto: gestante hipertensa ou diabética, gestação de alto risco ou parto prematuro. É utilizado um impresso de referência e contra-referência da rede. Sempre tem que ser feito contato telefônico prévio.

Faz-se busca ativa quando a gestante recebe alta antes do resultado de VDRL, se este vem positivo, para que possam ser tomadas medidas de tratamento e controle da mãe e/ou recém-nascido. Esta alta precoce acaba acontecendo porque o hospital precisa desocupar leitos. Este fato aponta para uma sobrecarga do serviço em relação à capacidade instalada; situação que merece ser revista por comprometer, de forma indiscutível, o atendimento.

5.1.9 Um Hospital Escola

O Hospital Escola da UFTM é um serviço de referência para atendimento a gestantes e partos de risco, mas também recebe gestantes de risco habitual que, em sua maioria, procuram o Hospital Escola por demanda espontânea.

Grande parte das gestantes de alto risco é encaminhada de outros serviços. O primeiro contato é feito por via telefônica, pelo médico da Central de Leitos, para solicitar vaga para a gestante e também na unidade neonatal. Quando a gestante chega à porta do hospital e apresenta quadro grave, é sempre atendida, quer tenha sido trazida pela ambulância, pelo veículo do serviço de resgate, ou por qualquer outra condução.

Quando de demanda espontânea, a gestante e/ou seu acompanhante se remete inicialmente ao porteiro. O porteiro aciona a equipe que está de plantão, o residente avalia o

cartão de pré-natal e autoriza ou não a entrada. Uma vez vencida esta etapa, a gestante se dirige ao guichê, faz a ficha de atendimento e vai para a sala de espera. Entretanto, quando o hospital está lotado, a gestante é encaminhada para Beneficência Portuguesa. Reiterada aqui a situação apontada anteriormente da Maternidade do Povo ser o final da linha para a gestante, e a necessidade de se repensar esta situação.

Existem no hospital os setores de internação de gestantes de risco habitual e de alto risco. Para o recém-nascido, existem leitos na UTI neonatal, berçário de cuidados intermediários e o setor de alojamento conjunto. É preciso que haja vaga para o recém-nascido na UTI neonatal para que a gestante possa ser admitida, principalmente aquelas que não fizeram pré-natal no Ambulatório Maria da Glória e as de alto risco.

As ações são executadas pela equipe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Na enfermaria, um trabalho de apoio e orientação é desenvolvido pela assistente social com todas as gestantes. Com as gestantes de risco, o trabalho envolve também o parceiro e a família.

Apontamos aqui, mesmo considerando aspecto positivo da iniciativa, que existe fragmentação do trabalho – os médicos cuidam das questões biológicas e a assistente social das orientações gerais necessárias à gestante. Além disso, novamente um espaço potente de aprendizado para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, assim como da ampliação da concepção do processo saúde-doença-cuidado não tem sido incorporado à formação dos alunos.

Para a realização de exames ou para alguma especialidade acontecem poucos encaminhamentos, já que o Hospital Escola detém tecnologia considerável por ser referência assistencial. Quando o encaminhamento é necessário, o diretor clínico aciona a Central de Leitos e solicita vaga em outro serviço, ou o médico responsável pela gestante faz o contato telefônico direto com o serviço para o qual pretende encaminhá-la. Então, assim que a vaga surge, a gestante é encaminhada. A necessidade de encaminhar a gestante para outro serviço

ocorre mais freqüentemente por causa de falta de vaga para o recém-nascido que para a parturiente.

Os encaminhamentos são feitos num papel simples de receituário, não existindo ainda um formulário específico de referência. As transferências já aconteceram para São Sebastião do Paraíso, Uberlândia, Belo Horizonte (em Minas Gerais), Ribeirão Preto (São Paulo), embora com grande dificuldade, já que estes serviços também são sobrecarregados. Para Ribeirão Preto o encaminhamento não é formalizado via PPI, e acontece por interferência de docentes que fizeram curso de pós-graduação naquela cidade, sendo evidente a existência de um “sistema informal” de fluxo das pacientes.

Quem encaminha a gestante para outros serviços é a equipe médica, e a orientação quanto ao encaminhamento é feita por todos os profissionais da equipe de saúde: enfermeiro, médico e assistente social. A informação é verbal. A primeira conversa é feita pelo médico, para explicar o que está acontecendo com a gestante, a necessidade de encaminhamento e o que se espera do serviço para o qual foi encaminhada. Muitas vezes a assistente social também conversa com a gestante e com o parceiro, ou com alguém da família que seja responsável por ela, sobre a documentação necessária para a transferência, como ela vai chegar ao serviço, o que ela tem que fazer. A assistente social também entra em contato com o serviço de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde, para providenciar as guias de encaminhamento e transporte.

As gestantes têm alta da enfermaria com retorno agendado para acompanhamento no Ambulatório Maria da Glória no puerpério. Repetimos, aqui, o comentário anteriormente registrado e a interrogação: não seria necessário facultar às puérperas atendimento mais próximo às suas residências?

5.2 O MODELO OPERADO NA REDE DE SERVIÇOS QUE FAZEM ATENÇÃO À GESTANTE NO MUNICÍPIO

Como explicitamos anteriormente, apresentaremos agora a análise do conjunto de fragmentos que identificamos como interrogadores da forma como a atenção à gestante tem ocorrido no município. Eles descortinaram os serviços, trazendo-nos seu entendimento do como e do porquê os serviços estão desta forma organizados, o que pensam a este respeito, e mesmo como desejariam que acontecesse a atenção ao longo da rede. A atenção produzida, experienciada e desejada foi atravessada pelo tema “*modelo operado na rede de serviços que fazem atenção à gestante no município*”.

Numa tentativa de sistematização, este grande tema foi recortado em quatro subtemas, que se interpenetraram em todos os momentos de análise. Referem-se aos serviços e às práticas, com ênfase nas relações estabelecidas entre trabalhadores e gestantes, no cotidiano dos serviços onde ocorre a oferta e a atenção ou não às necessidades das gestantes; na formação dos trabalhadores e futuros profissionais de saúde; e na gestão da rede, e foram assim denominados:

- Oferta de ações de saúde e a atenção às necessidades das gestantes;
- O encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção;
- Espaços de atenção à saúde como espaços de aprendizagem;
- Gestão da Rede - a relação entre os serviços de saúde que fazem atenção à gestante no município.

Para Merhy (2003, p.16), a conformação de um modelo de atenção à saúde

[...] parte de um encontro, de disputas e de acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas [...] mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo, enquanto uma dinâmica do privado e do público.

Seriam, então, três tipos de atores – usuários, trabalhadores da saúde e gestores – que conformam grupos não homogêneos e, para governar seus projetos, mobilizam recursos para tentar negociá-los ou impô-los.

O modelo de atenção expressa, então, “relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre estes três tipos de atores [...] processos políticos, que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos” (MERHY, 2003, p.18). Cada um destes atores possui identidade situacional: os trabalhadores são fazedores de atos de saúde utilizando tecnologias das mais diversas naturezas¹, os usuários são apresentadores de necessidades e problemas de saúde e os gestores aqueles que ocupam lugar institucional de governo e fazem a gestão do processo de atenção à saúde.

Vários autores discutem a configuração do modelo hegemônico baseado na racionalidade médica, e apontam como suas características o conhecimento fragmentado, especializado e reducionista, que segmenta o paciente em órgãos e funções, e é assentado numa progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica, e é exercido por meio de intervencionismo exagerado. É caracterizado também pela mercantilização das relações e objetivação do paciente. Pela falta de atenção a aspectos psicossociais, contribui para ocultação de aspectos conflitivos das relações sociais, e para sua transformação em problemas de saúde a serem controlados, expropriando a capacidade de cuidado das pessoas (AYRES, 2006; CAMARGO JÚNIOR, 2004; FAVORETO, 2004).

Para reordenação deste modelo, caminhando na direção de um modelo de atuação que se ocupe da integralidade, buscando ser usuário-centrado e atender a questões individuais e coletivas, uma das apostas é a “publicização dos projetos destes três atores - usuários,

¹ Merhy (2003) apresenta e discute o que chama de: *tecnologias duras*, traduzidas por equipamentos, normas, protocolos assistenciais utilizadas para a produção de atos de saúde; *tecnologias leve-duras*, que seriam os conhecimentos, saberes que se articulam no saber fazer da saúde e que conformam núcleos e campos de competência e responsabilidade, e as *tecnologias leves* que são infindáveis na produção de atos de saúde, uma vez que se definem enquanto tecnologias da relação presentes neste processo.

trabalhadores e gestores, abrindo processos de negociação nos espaços nos quais acontecem encontros entre estes três atores” (MERHY, 2003, p. 20).

E, tendo a integralidade como eixo orientador na busca da superação do reducionismo das práticas de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004, p.1402) discutem a necessidade de mudança na formação, já que há “consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologista, medicalizante e procedimento-centrada”. Estes autores centram sua argumentação também na constatação de que nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde está presente o compromisso da formação contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. E daí afirmam que, para sustentar as estratégias de mudança na atenção à saúde e na formação dos profissionais de saúde, deveria haver diálogo das universidades/instituições formadoras com a rede de gestão da política e da atenção de saúde bem como com os órgãos de controle social.

Identificamos, portanto, um quarto ator a ser incorporado no processo de negociação, constituindo o quadrilátero no qual o trabalho em saúde seria o “cruzamento dos componentes de formação dos profissionais, gestão do setor, participação da sociedade e ordenamento das práticas em saúde” (CECCIM, 2005, p. 167).

Com exceção do controle social, referências aos outros atores estiveram presentes nas falas que compuseram o tema em análise. Renovamos o convite para retornarmos à discussão desta rede, onde encontros e desencontros acontecem, mais do mesmo e outros mais fazeres e saberes se entrecruzam, modelando o jeito muito particular de se atender às gestantes nos diferentes espaços desta rede de atenção.

5.2.1 Oferta de ações de saúde e a atenção às necessidades das gestantes

Nos depoimentos encontram-se presentes os aspectos relativos aos fatores e características da organização dos serviços de saúde que acabam modelando o caminhar da

gestante pela rede, por facilitarem ou obstaculizarem a atenção às suas necessidades. Este caminhar foi se dando conforme maior ou menor acessibilidade a cada um dos serviços. Antes de prosseguirmos, julgamos pertinente aprofundar a discussão sobre este conceito.

Starfield (2002) afirma ser inerente à organização dos serviços de saúde a idéia de um ponto de entrada, de fácil acesso, cada vez que seja necessário um novo atendimento por problema de saúde. Sugere a idéia de “porta” na qual os indivíduos poderiam consultar um profissional de saúde que os ajudasse a entender seus problemas e identificar as possibilidades ou necessidades de atenção, e em que serviços de saúde estas poderiam ser atendidas. Esta porta deveria ser facilmente acessada e, preferencialmente, localizada na atenção primária. Ao assinalar esta questão, apresenta três tipos de barreiras: geográficas, financeiras e organizacionais, que podem dar a medida da acessibilidade dos serviços. Acessibilidade se relacionaria com as características da oferta de serviços de saúde e acesso com as características dos indivíduos no seu contato com serviços de saúde. Mas esta autora refere que os termos acesso e acessibilidade são usados indistintamente e de forma, geralmente, ambígua.

Com esta afirmativa concordam Travassos e Martins (2004, p. 191) que dizem que o conceito de acesso veio se transformando ao longo do tempo, conforme o contexto, mas que existem autores que utilizam estes dois termos indistintamente “para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”. Esta foi a opção que fizemos no que se refere à utilização destes termos em nosso trabalho.

É importante, contudo, considerarmos que nem sempre a presença ou disponibilidade de um serviço de saúde implica em utilização. Neste sentido, Fekete (1995, p. 180) propõe que “acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência à saúde”. E, a partir desta definição, elabora uma tipologia dos fatores que podem obstaculizar ou

facilitar a busca e obtenção da assistência, classificando-os em quatro dimensões: de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica. Fizemos opção por esta tipologia para apresentação dos obstáculos que as gestantes têm enfrentado para obter cuidado nos serviços de saúde.

A dificuldade de acesso relacionada à distância que a gestante tem que percorrer para obter o atendimento, pretendido por ela ou devido a encaminhamento de profissional, esteve presente nos discursos de trabalhadores vinculados à assistência e coordenação das unidades bem como nos das gestantes. Para estas, o ideal seria a unidade básica de saúde possuir atendimento qualificado, já que é o serviço mais próximo à sua casa:

Ah, procurei o postinho porque é mais perto (...), não tem que esperar ônibus... Pra ir lá embaixo tem que ser a pé (G7).

Ah, eu acho que deveria funcionar bem o pré-natal no Posto de Saúde, que é o lugar mais perto (G8).

Entre os trabalhadores, as falas reportaram-se ao reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelas gestantes quando estas têm que se dirigir às unidades de atenção básica ou especializadas para consulta, às unidades de apoio diagnóstico para exame, e aos hospitais para atendimento de urgência ou parto. Fekete (1995) afirma que a dimensão da acessibilidade geográfica não se mede apenas pela distância, já que podem existir características que impedem ou dificultam acesso em tempo oportuno. Assim, ela pode ser expressa pelo tempo que se consome para obter a assistência, que é inversamente proporcional à gravidade do caso. Esta situação pode ser identificada nos fragmentos abaixo, nos quais há dificuldade de transporte para gestante da zona rural buscar atendimento em serviços na zona urbana, inclusive para atenção ao parto:

Na época de chuva, uma época igual a essa, não tem estrada. Até uma paciente chegar na UBS, já é difícil, imagina chegar aqui em Uberaba, sem meio de transporte (MC1).

E fora, ééé ... criança que nasce com problema neurológico pelo parto ser realizado por pessoas ... porque não dá tempo, a paciente entra em trabalho de parto, numa fazenda que ela tem que andar 40 quilômetros pra ela chegar em Uberaba! (MC1).

Conforme relatos abaixo, identificamos que a acessibilidade geográfica relaciona-se também à possibilidade ou não de continuidade da atenção, como afirma Starfield (2002):

Outra coisa também que a gente vê dificuldade é em relação à...à dificuldade de locomoção pra realização de ultra-som e os exames de rotina de pré-natal, tá? (MA2).

A gente pede pra retornar ao serviço, mas com a dificuldade de transporte, muitas nem voltam. É complicado! Muitas andam grandes distâncias a pé... (MA3).

(...) no caso das urgências, a gente tem uma certa dificuldade por causa da distância. (...) Eu acho que aí talvez as gestantes fiquem mais receosas (EA2).

A gente já conseguiu transferir para São Sebastião do Paraíso, algumas vezes a gestante. Mas é, é longe o trajeto, é complicado, e às vezes também eles não querem fazer o parto lá (MC3).

Apesar do acesso universal e igualitário ser princípio constitucional, identificamos barreiras de ordem econômica à utilização dos serviços. A dificuldade de percorrer grandes distâncias esteve associada à falta de recursos financeiros que possibilitassem a utilização de meio de transporte adequado ao estado destas mulheres:

Não é todo dia que a pessoa tem o dinheiro do ônibus pra tá descendo [e fazer pré-natal no Ambulatório Maria da Glória] (G8).

Por causa da distância, é muito longe, a maioria não tem condição financeira pra tá pagando táxi ou mesmo pra tá comprando o passe do ônibus (EA2).

A dificuldade de locomoção da gestante é muito grande, porque elas não podem pegar o moto táxi! Muitas vezes, né? Então tem que ser o táxi mesmo. É mais caro e elas não querem. É complicado! Muitas andam grandes distâncias a pé... (EC1).

A acessibilidade organizacional pode ser representada por aqueles obstáculos relacionados ao modo de organização do trabalho nos serviços de saúde. Neste sentido, esteve obstaculizada a atenção pretendida para uma gestante em decorrência da adscrição da população que é feita nas Unidades de Saúde da Família:

O primeiro lugar foi aqui no Postinho. Só que aqui eles não podia me atender porque eu moro no Alvorada, e o Alvorada faz parte do Maracanã, e não tem ninguém. E a doutora também não podia me atender. Aí eu peguei e fui no CAMM (G6).

E existem, segundo Fekete (1995), características que interferem com a assistência ao usuário que se localizam no interior da unidade de saúde. Na rede, a dificuldade esteve presente porque as Unidades de Saúde da Família não faziam atendimento pré-natal. O atendimento não ocorreu pela falta de médico ou, no caso de sua presença, falta de capacitação para o cuidado à gestante, o que fazia com que elas peregrinassem até conseguir atendimento.

Tem gestantes que fazem acompanhamento em outro serviço. No Hospital Escola, no CAISM, em outro serviço, porque lá antes a equipe não tava completa (MA2).

(...) e acabou que foi atendendo, só foi aumentando a clientela muito de pré-natal normal, o nível de procura e a gente foi absorvendo isso daí, porque a atenção básica, na maioria dos locais não fazia esse tipo de atendimento (EC1).

Aí eu consultei duas vezes só em dois meses...aí a doutora tinha que sair, ela entrou de férias, né? Aí ela não voltou mais. Aí eu fiquei um mês sem consultar, porque no Hospital Escola eu não tava conseguindo vaga... (G7).

Eu fui no Maria da Glória primeiro. Mas aí eles não podia me atender que tava todo mundo de férias, né? (...) Aí eu fui no Postinho lá do... Ah, um Postinho lá em cima, esqueci o nome do Postinho. Aí eles falou assim que lá não atendia... Aí uma...tinha uma mulher lá do Cartafina, que me levou lá (G1).

O que observamos é que tanto as falas dos trabalhadores como as das gestantes vão apontando para a existência de uma rede que não responde ao primeiro contato e que se mostra fragmentada. Ao mesmo tempo em que existe uma multiplicidade de pontos de entrada, nos serviços não tem havido a possibilidade do encontro de gestantes com trabalhadores de saúde. E assim, como trabalhar com o princípio da integralidade se a organização das práticas não possibilita que se demarquem bons encontros e que a gestante possa ser atendida em uma unidade próxima à sua residência?

E, apesar da expansão da Estratégia de Saúde da Família no município ter possibilitado oferta de atenção médica a parcela considerável da população, identificamos limitações na resposta às demandas básicas destas gestantes. Corroborando estes depoimentos, em somente 17 das 41 equipes de SF ocorreram atendimentos registrados como atenção pré-natal no ano de 2005. Outros pontos de atenção estiveram representados por 3 UBS e 3 Centros de Referência.

Cecílio (2001) nos fala da integralidade focalizada, que deveria ocorrer em qualquer tipo de serviço, a nosso ver principalmente na atenção básica, pela oportunidade de maior contato com as famílias em seu contexto de vida e de trabalho que a equipe tem. Mas, se a atenção da gestante está comprometida, o que pensar das outras demandas e necessidades que se apresentam cotidianamente a estes serviços?

Como colocar em ação a constituição de espaços que possibilitem a expressão de projetos (que por vezes são distintos em suas lógicas e nas intervenções propostas) que se voltem para a qualificação da atenção básica? Este tem sido o esforço dos diferentes atores envolvidos? Os depoimentos vão apontando para estas interrogações, para a necessidade emergente e urgente de se discutir nos espaços de encontro dos atores gestores, usuários e trabalhadores da educação e da saúde, a constituição de uma política local que busque fortalecer a atenção básica e possibilitar a efetiva integralidade em rede.

Como a atenção básica não absorve esta demanda, há, então, sobrecarga na demanda de outros serviços, pois quando a gestante não conseguia atendimento em determinado ponto de atenção, migrava para outros, na tentativa de ver sua necessidade atendida, embora com início tardio do acompanhamento pré-natal:

Então com isso, como a gente começou a absorver muitas gestantes, foi que ... começou essa explosão de ... de gestantes nas consultas, então a maior parte das minhas consultas ficou, ficou restrita pras gestantes (EC1).

A mulher chega aqui, às vezes no começo, e vai ser atendida no quarto mês... Não tem vaga... (AA1).

Como vimos, o CAISM respondeu por 51,87% dos atendimentos ofertados às gestantes pela rede municipal. A falta de atendimento qualificado às gestantes na atenção básica pode explicar também o incremento do número de atendimentos a gestantes de risco habitual no Ambulatório Maria da Glória a partir de 2003.

E conforme afirmação de Rovere (1999) de que quando o usuário não recebe atenção em um serviço, por construir uma imagem integral do sistema, acaba atribuindo a este seu mau atendimento, a gestante entrevistada atribuiu ao SUS a falta de médicos para seu atendimento:

Não é culpa nem do médico, né? É culpa mesmo, como se diz, do SUS mesmo que não estabiliza mais médico pra quantidade de gente. Precisa de mais médico mesmo (G2).

Considerando a produção referente a consultas pré-natal de gestantes de risco habitual de todos os prestadores SUS, e estimando cobertura de 70% do total de gestantes do município, o máximo valor alcançado foi o atendimento de 72,04% destas mulheres; no ano de 2005, este valor alcançou 62,75%. Para conseguir a consulta, diante da demanda reprimida, das filas e das esperas, a gestante buscava alternativas. Identifica-se a conformação de “redes informais”, que parecem ter maior eficácia do ponto de vista do tempo de espera para receber o atendimento desejado pela gestante.

No Hospital Escola ... Bom, pra mim foi fácil porque tem gente que trabalha lá. Primeiro assim, o mês que eu pensei que ia esperar até oito meses pra primeira consulta ... eu... foi só... coisa de semanas e aí conseguiu. Porque ‘tava lotado de gestante, né, aí tem uma enfermeira vizinha que marcou pra mim (G2).

Esta prática, infelizmente freqüente no serviço público, faz-nos pensar que, se por um lado foi a forma pela qual a gestante conseguiu acessar o atendimento pretendido, por outro esta conquista pode ter significado o não atendimento de uma outra gestante que poderia estar em situação de maior gravidade.

As gestantes e os trabalhadores têm uma avaliação negativa da qualidade do pré-natal realizado na atenção básica, especialmente por equipes de Saúde da Família. Um aspecto destacado foi a não realização da busca ativa:

Olha, o que a gente vê aqui na linha final do atendimento que ainda tem muita falha do pré-natal das gestantes. Tanto na...no início do pré-natal, que seria a busca dessa gestante pelo pré-natal, eu não sei dizer em termos de porcentagem mas a gente vê muitas pacientes que não fizeram nada de pré-natal, nenhuma consulta... (MA7).

A falta de busca ativa pode estar acontecendo em decorrência de vários fatores: cobertura parcial da Estratégia de Saúde da Família no município, falta de agentes comunitários em algumas equipes, falta de treinamento dos agentes comunitários, falta de atendimento pré-natal nas unidades de atenção básica. O percentual de cadastramento de gestantes em áreas cobertas por ESF alcançou seu percentual máximo no ano de 2002, quando 50,48% do total estimado de gestantes foram cadastradas. No ano de 2005, este percentual foi de 40,08%.

Entretanto, o não reconhecimento da unidade por parte das gestantes também pode estar implicado nesta baixa cobertura. Dizendo de outra forma, a gestante pode não estar buscando o serviço na unidade, talvez por ter identificado que esta demanda não seria atendida. E, quando são atendidas, a qualidade do atendimento pode ser no mínimo questionável, conforme depoimento abaixo.

(...) às vezes já chega aqui no quarto, às vezes no oitavo mês, não fez um acompanhamento (EC1)..

Olha, uma outra queixa que ouvi nos comitês aqui do Hospital é que algumas pacientes vêm da rede fazendo pré-natal e elas nunca foram examinadas, assim do ponto de vista ginecológico, não fez um exame ginecológico. Então tem sorologia, que colhe os exames do pré-natal mas, o exame de toque, de apalpação da barriguinha nunca foi feito (MC3).

É que o médico do PSF...eu acho que assim, é mais... uma consulta normal. Acho que na hora do exame, porque no PSF, a gente só sentava, conversava, perguntava se tava bem... O médico do PSF mede barriga (...) a partir do quinto mês pra lá... (G3).

Entendemos que não deveria haver diferenças neste tipo de atendimento, fosse por médico ou enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, fosse por um obstetra. Ao contrário, Starfield (2002) afirma que vários estudos realizados mostram que, quando as gestantes são acompanhadas por médico ou enfermeiro na atenção básica, as possibilidades de complicação de sua gestação e mesmo de medicalização no parto, traduzida por intervenções desnecessárias, com conseqüente prejuízo da saúde da mãe e da criança, são muito menores.

Diante destes depoimentos, identificamos em Pinheiro (2001) reflexões que nos ajudam a compreender a situação acima apresentada. Esta autora parte da reflexão sobre a existência de várias formas de conceituar-se demanda e oferta nos serviços de saúde. E critica-os por analisarem demanda e oferta separadamente, estando a primeira relacionada aos usuários e a segunda aos serviços, profissionais e gestores. Esta forma de entendimento não considera o contexto em que o usuário e prestador se encontram, isso é, o cotidiano dos serviços. E é neste cotidiano, que se percebe a coincidência entre o que se oferta nos serviços de saúde e o que se demanda deles.

Cecílio (2001, p. 116) concorda que a “demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Em nosso caso, as gestantes não estão buscando o serviço na unidade de atenção básica, estruturada ou não sob a Estratégia de Saúde da Família, porque nele não encontram o que atenderia às suas necessidades:

Ele só pergunta, pergunta... se a criança tá mexendo muito, pergunta se tá dando algum problema, se tá sentindo alguma coisa... Esses assunto, só (...) se eu tou me sentindo mal...essas coisas assim, uma dor...é...alguma coisa de risco (G6).

Eles nunca perguntam [outras coisas] não! Só da barriga mesmo e benza Deus! Se preocupa mais acho que com a barriga mesmo e com o nenê lá dentro.(...) todos os fio que eu tive nunca coisei isso [exame de mama]! (G4).

Este último depoimento é marcante, uma vez que indica que há uma expectativa por parte das gestantes do que elas consideram como um bom atendimento. Fazer “o exame do peito no pré-

natal” indica uma preocupação com outros aspectos que estão presentes na produção de cuidados, parece que esta gestante “pede” que se olhe para ela de forma mais integral.

Ainda aprofundando a relação necessidade, demanda e oferta de serviços, Cecílio (2001) afirma que as demandas são as necessidades de saúde travestidas que o usuário traz para buscar atendimento no serviço. E que o trabalhador ou a equipe de saúde teriam que ter capacidade para decodificar a demanda e atender à necessidade do usuário da melhor forma possível. Adota uma taxonomia para as necessidades de saúde², que seriam organizadas em quatro grandes conjuntos: necessidade de se ter boas condições de vida; necessidade de se ter acesso ao consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade de criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional; necessidade de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A esta tipologia, Merhy (2003) acrescenta a necessidade de ser alguém singular, com direito à diferença. Estas seriam então, as necessidades que se transmutam em demandas quando uma gestante, por exemplo, procura um serviço de saúde. E nos questionamos quais delas podem estar sendo atendidas em nossa rede quando as gestantes buscam os serviços de saúde.

Starfield (2002) fala da importância do primeiro contato na atenção básica para reduzir a morbimortalidade materna e fetal, bem como a necessidade de atendimento em serviços especializados ou de urgência. E o que observamos em nosso campo empírico foi que a falta de atenção pré-natal qualificada na atenção básica culminava com a chegada tardia da gestante em outros serviços, às vezes com complicações que poderiam ter sido evitadas, denunciando o descompromisso com a vida destas mulheres e de seus filhos:

Ontem mesmo chegou uma paciente... 39 semanas não sabia que tava grávida, com eclâmpsia, né? Então o nenê tá entubaaado, meconiado, tudo, então quer dizer isso

² MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

é extremamente ruim, paciente com 39 semanas, tava no PSF e não sabia que tava grávida (MA5).

Nós temos um grande número de solicitações de partos prematuros, gestação de risco que eu... não poderiam estar ocorrendo ainda na nossa região e acho que o maior problema é a falta de assistência pré-natal. (MC3).

A integralidade da atenção em um serviço de saúde, segundo Cecílio (2001, p. 116) “poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender [as necessidades], da melhor forma possível”. E não foi isto que aconteceu nestes casos, apesar de estar estabelecido o direito constitucional ao acesso a serviço de saúde qualificado. Os depoimentos são reiterados pelos dados quantitativos da produção de atendimentos à gestante, de cobertura assistencial no pré-natal para o município, de gestantes cadastradas pelas equipes de saúde da Família e pela incidência de sífilis congênita apresentados anteriormente.

Mattos (2004c, p. 119) afirma, e com ele concordamos, que “queremos um conhecimento que seja voltado para uma vida decente”, e que “o uso do conhecimento por profissionais de saúde é absolutamente crucial [...] o conhecimento fundamental [que permita] reconhecer as necessidades e aplicar tecnologias pertinentes” (MATTOS, 2004c, p. 129). A situação expressa pelas falas anteriores é grave, é um grande ruído, e desnuda o risco de vida a que as gestantes e seus filhos estão submetidos em serviços que deveriam estar buscando contribuir para uma “vida decente”.

Em uma outra direção, numa postura aparentemente solidária, os trabalhadores dos serviços de referência mencionaram a tentativa de não obstaculizar o primeiro atendimento e de facilitar a continuidade da atenção à gestante durante seu pré-natal, seja para consultas em especialidade obstétrica ou mesmo ao pré-natal de risco habitual, seja para realização de exames laboratoriais, seja para atendimento à urgência ou parto ou atendimento ambulatorial no puerpério:

O pessoal lá é que marca, mas o que eu te falo é o seguinte: geralmente a paciente não é dispensada... Às vezes atende até sem ficha, sabe? Prá não deixar a pessoa, porque às vezes não dá prá esperar... (AA1).

Ah, mas é gestante, como é que você vai deixar uma gestante sem pré-natal! Ai cria tipo aquela consciência, né, do profissional! (...) Então você acolhe, né? Às vezes até pela consciência mesmo, como se diz, pela moral da gente, né? A gente quer ajudar, a gente vai acolhendo! (EC1).

Se chegar dez, faz de dez, se chegar duas, faz de duas, se chegar trinta, faz de trinta! Quantas vierem no serviço da manhã faz a coleta (PA1).

E essas de retrovirose, eu procuro e... já marcar o retorno, porque nosso retorno aqui já sai marcado, sabe? Elas não precisam de ir lá. E essas eu procuro garantir isso, porque é muito complicado pra elas, às vezes, voltarem, né? (AA1).

As gestantes elas são atendidas, né, num... num... no Hospital Beneficência Portuguesa (...) a gente tem atendido praticamente todas aquelas que desejam ser atendidas pelo SUS, né? As que procuram o serviço, né? (MC2).

Muitas vezes ela vem com a porta aberta, a porta é aberta. E a GO, é uma dessas portas abertas: a paciente vem com o cartãozinho dela do pré-natal, de qualquer outro serviço e é atendida e é avaliada [no Pronto Socorro] (MC3).

Apesar deste esforço, a cobertura máxima de atendimentos ambulatoriais no pré-natal ocorrida no ano de 1998 alcançou patamar de 37,96%. Esta cobertura veio num decrescendo com pequenas variações, e atingiu valor de 23,32% em 2005.

Mas identificamos uma atitude paradoxal: se não houvesse vaga para o recém-nascido na UTI, era o vigia quem recusava, peremptória e mecanicamente a entrada de qualquer gestante no Pronto Socorro do Hospital Escola, independentemente do motivo que a tenha feito buscar o serviço:

Ele [porteiro] já está ficando 'expert' no assunto porque assim, a única coisa que ele tem que falar pra ela é só assim: está fechado, procure o CAMM (MA6).

Esperamos que estes trabalhadores estejam utilizando sua autonomia para se decidir por outras coisas nos encontros que têm com as gestantes. Lembrando ainda de Merhy (1997a), que eles possam ter uma relação mais acolhedora e interferir, quando necessário, no sentido de defender a vida das gestantes que buscam este serviço. Isto mesmo considerando o argumento do

serviço de que tal medida era necessária pelo fato de que, mesmo a gestação de risco habitual pode complicar, principalmente se o pré-natal estivesse sendo realizado em uma unidade de saúde do SUS, fora, entretanto, do Ambulatório Maria da Glória:

A gente sabe que mais de 50% dos pacientes que vão... que chegam a usar a UTI neonatal ou o Berçário de alto risco não são de Uberaba ou são pacientes que não fizeram o pré-natal no Hospital (MC3).

É recorrente o discurso da não realização do pré-natal na atenção básica ou de baixa qualificação quando ele é ofertado. Falando-nos sobre a atenção básica, Campos (2003, p. 117) afirma a necessidade de qualificá-la, não somente ampliando o acesso, mas também sua resolutividade. E defende a idéia de pensarmos a variação da composição da equipe conforme “complexidade do quadro sanitário e disponibilidade de recursos” .

Então, porque não repensarmos a organização do serviço, ao menos temporariamente, para que esse vácuo na atenção seja superado, até que seja possível a capacitação destes profissionais? O que nos incomoda é a exposição, a nosso ver desnecessária e injusta, destas mulheres a uma atenção desqualificada, que compromete sua vida e a de seus filhos. Os indicadores apresentados em momento anterior neste trabalho, apontam para a urgência de repensarmos novas formas de organização. Segundo Relatório de Gestão referente ao ano de 2005, várias tentativas foram feitas no sentido de capacitar os profissionais da Estratégia de Saúde da Família para este atendimento (UBERABA, 2006a). Persistir nestas estratégias e pensar outras, mas, enquanto isto, tentar um mínimo de dignidade na oferta de serviços a esta população, a nosso ver, teria que ser compromisso inadiável da gestão municipal. Acreditamos que uma atenção básica mais qualificada vá impactar sobremaneira o andar da gestante por toda a rede.

Outros problemas também têm prejudicado sobremaneira a atenção à gestante em toda a rede e demandam pensar soluções em curto prazo. Um deles foi referência à falta de leitos

na maternidade que faz atenção à gestante de risco habitual, que às vezes teve que dar alta precocemente à puérpera:

Então às vezes a gente fica apertado com dispor de leito e tudo. A gente colheu o sangue, tudo, às vezes dá alta pra paciente, não confere o exame [VDRL], entendeu? E depois, e às vezes tem que procurar a paciente (MC2).

Se por um lado estas questões remetem novamente à não resolutividade da atenção básica, por outro, como já discutimos anteriormente, a falta de leitos em obstetrícia é problema já bem caracterizado, necessitando de negociação que envolva atores ligados à gestão do SUS nas três esferas de governo e prestadores. A capacidade instalada e a pactuação precisam ser revistas urgentemente, já que o déficit de leitos em obstetrícia, considerando-se somente a população residente, é de 17 leitos.

Houve relato de dificuldade também para gestante realizar ultra-som, tanto na rotina, quanto em situação de urgência. A dificuldade foi atribuída não somente à distância que ela tem que percorrer, como já explicitado anteriormente, mas também à cota insuficiente de pedidos de exames definida para cada profissional, à falta de equipamentos e de profissionais para reparo e manutenção dos mesmos, ocasionando demora para realização do exame. Quando chegava ao serviço, a gestante ainda enfrentava dificuldade para marcar exame e para receber o resultado:

Outra coisa é a limitação de ultra-som que a gente tem que, por mês, que a gente tem poucos pedidos (MA2).

Na área da...da Obstetrícia, a única dificuldade que às vezes a gente tem, é com o ultra-som. Que o volume de... de...de usuários que faz ultra-som é muito grande. Tem três aparelhos, na verdade dois funcionam. Sabe? Como o volume é muito grande, esses aparelhos não agüentam, estragam. (...) Então às vezes, vem o técnico aí, eles chamam o técnico pra vir, o cara:- ó, daqui a dez dias eu posso ir aí pra arrumar. Eles vêm em dez dias, vinte dias, entendeu? E a outra parte é a parte mais...técnica, mais... financeira, né? (MA4).

(...) a gente teria que ter uma porta aberta pra ultra-som de urgência e isso não existe. E é complicado. Aí o que você faz? Você encaminha pro hospital (MA3).

(...) mas em relação ao ultra-som, às vezes a gestante tem que chegar lá, 4 hora da manhã, 4 e meia, cinco hora pra tá conseguindo fazer o ultra-som (MA2).

O problema é a espera, é a demora pra fazer. Eles marcam um dia pra você, e você vai lá procurar [o resultado], não tá pronto. Daqui 15 dias você volta. Você volta em 15 dias, eles falam assim: não, daqui 10 dias. Então vai mais de um mês pra você pegar o resultado pra mostrar pro médico (G2).

Identificamos a deficiência, no capítulo anterior deste trabalho, de cobertura de exames de ultra-som obstétrico. O total de exames produzidos não conseguiu responder à demanda durante todo período estudado (1995-2005), tendo sido atendidas somente 78,36% das gestantes, no ano de 2005, caso fossem consideradas somente aquelas residentes em Uberaba. Quando o recurso disponível não é suficiente para atender a demanda, Merhy (2003) nos ajuda a pensar a possibilidade de buscar a otimização entre recursos disponíveis e benefícios, norteando a regulação do sistema pela lógica da eficácia e atendimento aos interesses do usuário - cidadão da assistência, com controle público. Assim, a regulação não se reduziria a uma distribuição de cotas de exames definidas aleatoriamente ou a partir de critérios epidemiológicos. Haveria necessidade de se publicizar a situação e, a partir de uma pactuação em torno dos recursos existentes, buscar uma distribuição equânime dos mesmos.

Quanto aos exames laboratoriais, observamos o relato de gestantes que reclamaram da dificuldade de ir várias vezes ao serviço – faz-se a coleta no serviço localizado no centro da cidade, a gestante tem que telefonar para saber se o resultado está pronto e agendar seu recebimento. O relato de representante do serviço que faz a coleta para posterior encaminhamento para laboratório onde o material será processado e analisado, revela crença de que esta é a melhor de organização, e esta percepção esteve presente em discurso de trabalhadores de outros serviços:

O CTA dá um show de atendimento. [...] E é um atendimento de primeira mesmo! (PCI).

Porque eu tenho os menino pequeno, né? Meus menino, eu levo eles de tarde pra escola...aí eu não tenho como eles ficar. Você vai de manhã e faz os exames. Aí

depois tem que marcar pra buscar. Você tem que ligar pelo telefone... Aí cê liga, tem que marcar hora pra você ir buscar. Ah, eu acho muito difícil! (G4).

Pensamos por estes depoimentos que a lógica de organização dos serviços de saúde não está se pautando pelas necessidades das gestantes que buscam atendimento. Por isto, talvez os trabalhadores tenham uma boa avaliação dos cuidados que o equipamento de saúde oferta, como se sua existência garantisse a realização e a eficácia da ação. Por isto, além do percentual de gestantes que não compareceram para buscar resultado de exame, em média 6,3% das gestantes nos anos estudados, devem ser acrescidas as que não compareceram para a realização dos mesmos. Este último cálculo não foi possível ser realizado porque não o total de gestantes informado pelo serviço que compareceu ao CTA, ano a ano, para coleta de exames não discriminava se houve comparecimento de uma mesma gestante mais de uma vez.

Entretanto, houve o reconhecimento, por parte de alguns trabalhadores, que há problema na liberação do resultado, como relatou também a gestante:

(...) fora a demora também... então a gente pergunta prá paciente:- mas você não fez o exame de sangue ? Ela fala: -ah, fez tem dois mês, mas não tá pronto (MA4).

No CTA eu demorei quase dois meses prá pegar o exame, porque disseram que não tava pronto! Aí ficava ligando, ligando (G2).

O atendimento à gestante nas unidades de atenção básica é também prejudicado pela falta de recursos materiais, medicamentos e equipamentos necessários para melhor acompanhamento:

(...) mas ainda assim, falta alguma coisa falta de materiaaal, até de medicação, né? Às vezes a gente não tem o próprio sulfato ferroso na Unidade, né, pra tá oferecendo a essa gestante (EA2).

Nós não temos lá, por exemplo, o aparelho de ausculta... o sonarzinho, né? Tem aquele aparelho... [Temos] só o pinard (MC1).

Trad (2006) alerta que os trabalhadores de saúde não podem prescindir de condições concretas para atendimento à demanda, situação que obstaculiza uma atenção humanizada. Muitas vezes, a falta de condições estruturais para o desenvolvimento do trabalho desestimula

o profissional de saúde. Devemos estar atentos, pois esta situação pode apontar a desvalorização do trabalho que estas equipes têm tentado realizar (FILGUEIRAS, 2006).

Além da falta de médicos nas unidades de atenção básica, como já referido acima, entre os trabalhadores surgiram relatos de falta de outros profissionais para composição da equipe na atenção à gestante: agente comunitário de saúde, assistente social, enfermeiro, psicólogo e especialidades médicas – anestesista e ginecologista, pediatra e mesmo urologista.

O problema nosso lá é que estamos com a área descoberta de agente, então nessa área a gente não tem informação, informação a respeito dela (MA2).

E a gente acaba identificando problemas de cargo e esfera da assistente social, né, que precisaria do acompanhamento da família, a questão do...alimentação, nutrição, sub nutrição,é...parceiros alcoólatras, enfim, toda a falta de estrutura familiar (MA3).

Além dessas especialidades que eu já citei, né? ééé... funcionando realmente ativamente, é o apoio da Enfermagem, é o apoio do assistente social, do psicólogo, dos médicos, no caso eu acho que deveria ter um pediatra pra Puericultura (MA3).

Para Campos (1997c), uma unidade de saúde deveria estruturar-se segundo levantamento da demanda, perfil epidemiológico e disponibilidade de recursos existentes, a princípio para atendimento nas três áreas básicas, e com equipes de apoio necessárias, nas áreas de saúde mental e reabilitação, por exemplo. Quanto ao agente comunitário, é um elemento que não poderia faltar na ESF, já que é reconhecido como elemento estratégico em sua composição, contribuindo para reorientação do modelo, por trazer para a equipe de saúde outras lógicas, possibilitando avançar na direção de uma atenção integral.

Antigamente havia lá na, até 2000, existiam muitos ginecologistas na rede. E eles foram saindo, não foi, não foi repondo, e acabou sendo essa população toda, essas gestantes foram triadas pra cá. (EC1).

Segundo informações do Sistema de Saúde já apresentadas, o número de obstetras da rede municipal realmente decresceu, passando de 20 no ano de 2000 para 12 em 2005. Starfield (2002) afirma que vários estudos apontam maior efetividade do atendimento obstétrico pelos médicos de família em relação ao atendimento especializado, e o déficit

assinalado no início deste parágrafo, poderia ter sido suprido pela extensão da cobertura pela ESF. Entretanto, em nossa rede, esta não parece ser a situação, havendo várias unidades onde o atendimento pré-natal não é realizado por falta de profissional ou de capacitação do mesmo. Isto aponta para a necessidade de formação na área e, talvez, em caráter emergencial para a efetivação de equipes para suporte técnico dos profissionais da ESF na atenção pré-natal, e mesmo para atendimento à demanda.

Uma situação identificada no relato de trabalhadores de unidades hospitalares, que computamos também como grave, aponta para o privilégio da categoria médica, no que diz respeito ao não cumprimento de suas obrigações:

Tem lá o Z, o Z é um pediatra muito dedicado, sempre que a gente tá dando plantão ele tá por lá! O nenê nasce com assistência (...) o doutor W tem aquele horário que ele tá disponível, então não tá disponível. (MC2).

(...) o serviço é irregular: tem época que funciona, tem dia que funciona meio período, e não tem plantão de anestesista, não tem plantão médico, mas o principal é o anestesista que não está disponível (MC3).

Esta inconstância acaba prejudicando o andamento do trabalho e a qualidade do atendimento ofertado, gerando conflitos entre plantonistas e entre estes e os usuários:

Percebe a dificuldade que o cara do plantão passa, né? O marido reclamando, (...) um dia, dois dias e não resolve o problema, não é culpa dele (MC2).

Segundo Campos (1997c) esta atitude poderia ser atribuída à resistência dos médicos às diretrizes do SUS, ao assalariamento, ao controle e avaliação a que seu trabalho é submetido. Entretanto, o autor aponta para esta natureza de problema - não cumprimento de horário, dizendo que ele não é encontrado em atividades de Pronto Socorro. Esta não é nossa realidade e pode expressar um grau maior de resistência destes trabalhadores e, certamente, uma debilidade na gestão do trabalho, desqualificando o atendimento à gestante e sobrecarregando o profissional que cumpre seu contrato, fragmentando ainda mais a rede.

Estes últimos depoimentos vêm apontando para discussão do trabalho em equipe, e é nesta direção que continuaremos. Segundo Heimann e Mendonça (2005), a indução financeira e gerencial fez com que os municípios implementassem a Estratégia de Saúde da Família de diferentes maneiras. Destacaram-se o tipo ‘substitutivo’ e o ‘misto’ ou ‘paralelo’. Neste segundo tipo, as unidades de Saúde da Família foram implantadas onde existiam unidades básicas de saúde. Em Uberaba, a implantação foi inicialmente paralela e, com o tempo a proposta de que o modelo fosse substitutivo tomou corpo. Definiu-se então, pela desativação das recém implantadas unidades de Saúde da Família e pela entrada da equipe nas unidades básicas já existentes. Esta medida, tomada unilateralmente pela gestão do programa, provocou conflitos entre trabalhadores da atenção básica, resistência dos especialistas básicos e dos serviços de referência à proposta da ESF.

Esta dicotomia está evidenciada na divisão do trabalho na unidade de atenção básica, entre trabalhadores vinculados e não vinculados à Estratégia de Saúde da Família, que dividem territórios nas unidades e agem como se não tivessem por objeto a saúde de uma mesma população. Na fala abaixo, em que o coordenador desnuda esta divisão, identificamos ainda que ele delega à enfermeira suas funções, reproduzindo uma relação vertical, desconsiderando as atribuições que aquela profissional já possui, sobrecarregando-a e prejudicando a atenção à gestante:

(...) com o PSF, a enfermeira toma providência, né, e a nível de UBS eu mesmo coordeno e passo todas as informações (MCI).

(...) tá faltando a enfermeira pegar e dar uma batalhada, porque eu acho que a parte dela é essa também. Se ela não fizer a parte dela, o resto fica difícil. (...) infelizmente ela não dá conta, tem muito serviço nas costas dela (MAI).

[A enfermeira teria que estar mais presente porque] precisa urgentemente fazer grupo de gestante, implantar mesmo o serviço de PSF, de busca ativa, de acompanhamento, pós-parto, pré-parto, acompanhar, fazer o acolhimento da gestante no PSF (MAI).

Segundo tipologia apresentada por Campos (1997a, p.248), esta organização aproxima-se de uma agregação vertical de profissionais, onde há desentrosamento do trabalho de cada categoria profissional, tendo cada uma seus objetivos e normas; existe um apelo para utilização de protocolos como se estes pudessem articular os trabalhos; há exacerbação dos conflitos, disputa de competências, desresponsabilização e imposição por parte de algumas categorias sobre as outras, “criando justificativas e proteções para omissões cristalizadas” .

A sobrecarga da enfermagem acontece quando o trabalhador enfermeiro tem que desempenhar função de um outro trabalhador:

Ela acaba sendo nosso anjo da guarda aqui, né? É nossa auxiliar de Enfermagem, né? Que ela é uma pessoa assim, muito dinâmica! Então ela assim... acaba fazendo muitas funções que até fogem um pouquinho da alçada dela (MA3).

Peduzzi (2001), conforme apresentado no capítulo em que discutimos nosso referencial teórico, também nos auxilia a compreensão da desigualdade, reiterada por profissionais de todas as categorias que trabalham em uma equipe. A situação poderia ser entendida como um produto da desigualdade com que são socialmente valorizados trabalhos que são tecnicamente diferentes. Se, historicamente, há tensão entre o trabalho de enfermagem e o trabalho médico e, reiteradamente, este conflito emerge em distintos espaços, parecendo estar ainda longe de uma superação, por outro lado, entendemos como Campos (1997a) que os trabalhadores de saúde são produto e produtores do sistema de relações em que estão imersos.

Vários autores falam sobre a construção sócio-cultural e histórica que contribui para esta situação; sobre as disputas e disjunções e o quanto elas têm potência para afastar o cuidado da integralidade e a necessidade de se superar esta fragmentação (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; MERHY, 2003; PEDUZZI, 2001).

Não deixamos de reconhecer as evidências que têm demonstrado que a enfermagem tem maior qualificação para o trabalho na atenção básica. Entretanto, talvez tivéssemos que pensar e/ou utilizar dispositivos já pensados por outros autores (CAMPOS, 1997a, 2000,

2003; MERHY, 1997a, b) para interrogar esta forma de produção do trabalho nas equipes, atentando para o fato de que não há como apagar a separação e o conflito presentes no trabalho em equipe somente prescrevendo que todos os trabalhadores façam “um pouco de tudo” (CAMPOS, 1997c, p. 158).

Entretanto, reconhecemos o potencial de algumas situações para aprofundar e reiterar o conflito. O modelo biomédico com a diferença técnica e social do trabalho parece estar pautando a organização do trabalho nesta maternidade onde cada um tem sua atribuição específica - o obstetra faz a intervenção e “resolve”, a enfermagem acompanha o trabalho de parto e, caso haja necessidade de limpeza no período noturno, pela falta de pessoal, responsabiliza-se pela atividade, trabalho de menor valor social ainda que o seu:

O nosso atendimento é mais em termos de atender a gestante, resolver seus problemas, resolver a situação, e todo o restante do acompanhamento é feito pela equipe da enfermagem... (MA7).

Uma briga nossa... uma briga nossa... tem sido... tem sido bem... bem exaustiva é... é... é... é em relação à limpeza, embora existam as funcionárias responsáveis pela limpeza são poucas, a nossa dificuldade é exatamente no período da noite, porque tem uma que trabalha até às dez da noite, das dez da noite às sete da manhã, não existe funcionária fazendo esse serviço. Então lá no pronto atendimento, às vezes você pega um paciente com hemorragia, sangue pra todo lado, né? Normalmente são as enfermeiras que têm que descer e têm que limpar, elas não estão ali pra isso, né? E elas fazem com uma certa... insatisfação, e com razão (MC2).

A enfermagem quando foi demandada, respondeu às atividades de pré-consulta, de grupo, de acompanhamento e de vigilância, bem como de planejamento, conforme depoimentos abaixo:

Antes de entrar pra consultar com a médica, a enfermeira mede a pressão, pesa direitinho. Pergunta se já vacinou também, dá a vacina, depois que vai consultar com a médica (G3).

A enfermagem, de vez em quando, vem [ao ambulatório de gestante adolescente] para ensinar a gestante o cuidado com o nenê, dar banho, curar umbigo (MA6).

Por exemplo, trabalho com amamentação: tinha que ter uma enfermeira, isso daí faz parte do programa de humanização do parto, né? Tinha que ter uma enfermeira

pra trabalhar, a gente tem essa enfermeira, mas não liberam, eles não liberam pra cá (AA1).

(...) e o acompanhamento, então é... elas ficam basicamente ali por conta de... de... de prestar atenção à parturiente, né? No sentido de aferição de pressão, ausculta do nenê e a evolução (MC2).

(...) o planejamento maior parte fica por conta da enfermeira, então ela é tipo a cabeça lá do Programa de Saúde da Família, porque ela... né, o profissional de Enfermagem tem essa característica de ter essa liderança, de conseguir organizar melhor (MA2).

Atentando para o depoimento em que a gestante fala de uma atividade de pré-consulta, assinalamos que alguns autores alertaram para o fato de que, embora na Saúde da Família o trabalho esteja orientado para a equipe, nada garantiria a ruptura com o modelo hegemônico. Observamos no relato assinalado, a organização parcelar do trabalho que pode, ao fixar o trabalhador em determinada etapa, descompromissá-lo com o resultado final (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003; FRANCO; MERHY, 2003). Por outro lado, de uma certa forma, parece que o enfermeiro ressenete-se por não estar envolvido na execução de outras atividades:

Eu, enquanto enfermeira, noto que a gente aqui não tem muita autonomia no sentido de trabalhar a questão de consultas de Enfermagem, né? (...) então, eu ajudo o médico, no caso com...com as acolhidas, né, que aí eu dou uma triada nas queixas de amenorréia, que a gente tá solicitando beta HCG, e com o positivo já deixo agendado para o médico (EA2).

As ações são executadas por cirurgião dentista, fisioterapeuta, psicólogo e os obstetras. Enfermeiros, ação direta só no grupo de gestante mesmo (EC1).

Segundo Merhy (2005), as profissões da área da saúde distinguem-se pelo núcleo profissional, no qual estão definidos os saberes que são exclusivos ou predominantes, e os objetos de suas ações e suas finalidades. Partindo desta afirmativa, refere que a categoria médica considera-se como a que teria poder para falar sobre o campo da saúde, e que todas as outras profissões seriam auxiliares à sua. Diante disto, as outras 13 profissões fazem o mesmo movimento. O autor faz a crítica, assumindo que nenhuma delas dá conta do cuidado, e que isoladamente ou mesmo somando-se todas, não haveria como resolver todos os problemas que

demandam atenção aos serviços, individual ou coletivamente. E nos lembra, ainda, que existem saberes e práticas que fazem referência a todas as profissões, e não pertence a nenhuma.

A assistente social e psicóloga são requeridas para darem suporte ao atendimento médico, quando da existência de um problema “mais mental” ou quando há necessidade de interferirem em situações em que a gestante não tem condições de atender ao que é prescrito ou recomendado:

(...) quando necessário, né, a gente tem o apoio da... da área da Psicologia, da área da assistente social, que em alguns casos a paciente tem um problema não orgânico, é mais é mental (MA4).

(...) e alguns casos selecionados, a gente leva ao conhecimento das regras, né, que no caso é assistente social, mas como não tem aquele serviço que funciona diariamente, não são todos os casos que a gente leva, né? E tem muitas dúvidas delas também, que sempre surge informação de um...algum benefício que elas teriam direito, né e assim, nem sempre a gente consegue tá informando isso se é verdade, se não é (MA3).

Campos (2003) nos diz que, para poder resolver 80% dos problemas de uma população adscrita, a equipe de atenção básica (estruturada ou não sob a forma da ESF) teria que desenvolver, articuladamente, as funções de promoção e prevenção, clínica ampliada e acolhimento de demandas individuais e coletivas. Reconhecemos, como ele, que seria muito complicado esperar que esta equipe cumprisse, isoladamente, estas funções. Por isto, aponta para a necessidade de equipes de apoio matricial nas áreas de saúde mental, fisioterapia, nutrição, saúde da mulher e da criança, integradas à equipe básica de saúde da família ou clássica.

A gente precisaria assim, mais de um psicólogo lotado aqui, um serviço voltado pra gestante...pra acompanhamento dessa paciente, com a possibilidade da gente comunicar com a psicóloga pra saber o que que está acontecendo (MA3).

Este depoimento distingue-se dos anteriores pela preocupação de um olhar conjunto para a gestante, na perspectiva de troca, de construção de um entendimento ampliado sobre o problema que a ela possa estar enfrentando, evidenciando-se, portanto, preocupação com a

possibilidade de vários olhares serem lançados, de modo a conformar outras possibilidades de cuidado.

Apesar de todas as dificuldades assinaladas, a tentativa de realizar trabalho em equipe na perspectiva da atenção integral, aparece como desejo:

(...) a gente tem que trabalhar em equipe, né, eu sei que muitas vezes têm algumas problemas internos mas a gente normalmente tá tentando executar, fazer nossas atividades relacionadas à Saúde da Família juntos (EA2).

Deveria existir trabalho de equipe no pré-natal, uma oportunidade de olhar a saúde da mulher como um todo (AA1).

Mas, como pudemos perceber, no conjunto dos discursos apresentados, emerge a fragmentação do trabalho nos serviços, com predomínio de uma relação hierarquizada, reproduzindo nos espaços de atenção à gestante a divisão técnica e social do trabalho.

A forma de organização relacionou-se estreitamente com o modo de se planejar nestes serviços. O planejamento, quando foi referido por trabalhadores dos serviços de saúde aonde o trabalho de campo foi realizado, normalmente não envolveu a gestante, desconsiderou ou pouco considerou suas necessidades. As ações foram programadas a partir da visão dos trabalhadores, do que eles entenderam que a gestante tinha que receber do serviço, ou do que o serviço tenha necessidade para funcionar melhor:

É um dia da semana, a gente já põe no cartaz, ó, tal dia vai ter esse grupo assim assado e elas já vêm. Já... prá participar, a gente faz o convite, se ela não pode esse mês, pode vir no outro, pode vir no outro. Um dia que dá certo (EC2).

(...) a gente dividiu em ambulatórios de sub especialidades até prá pegar um alvo melhor e até pra facilitar o nosso atendimento, e quando isso foi feito era também no sentido, né, de ter um apoio, ééé... do serviço de orientação (MA3).

Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005, p. 23) afirmam que a “organização das práticas nas instituições de saúde é centrada nos profissionais/equipes [...] [que] reduzem as demandas a ‘reais necessidades de saúde’ e determinam, de forma exclusiva, os modos de responder a

elas”. E nem sempre este tipo de planejamento atendeu às necessidades da gestante, e elas acabaram não comparecendo ao serviço:

E eles marca a reunião lá é seis hora da tarde. Seis hora você tá indo buscar menino na escola, você tá fazendo janta...o horário é muito difícil. Também acho que eu não fui até hoje por causa disso (G4).

Em alguns serviços as ações se desenvolveram sem concurso do planejamento:

Não, ééé... não houve um planejamento vamos fazer assim, assim, assado, né? É um fluxo normal que já existia... [quando a Maternidade foi inaugurada] (MC2).

Causou-nos estranheza este posicionamento. Como o serviço foi ou está sendo readequado para responder às diretrizes do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério, desde a adesão do município ao referido programa em 2001?

Identificamos também que o planejamento foi centralizado na figura do coordenador de unidade ou de um trabalhador ligado à assistência, comprometendo ainda mais a realização da atividade por não envolver o restante da equipe. Perde-se com isto a concepção de participação, de ação interdisciplinar, de integralidade que se constrói na diversidade de possibilidades de ação de vários atores.

O planejamento normalmente sou eu, né? Com as informações que a gente tem a nível central, eles passam pra gente (...) aí a gente chega lá e instrui o pessoal, avalia. (MC1).

Planejar esses grupos foi uma idéia minha, porque percebi que isso era necessário (AA1).

E existem trabalhadores que pautam suas atividades por normas ministeriais ou condutas apreendidas em seu processo de formação:

(...) vou ser honesta, né, eu acho que são normas do Ministério que já mandam, né, que já mandam normas pro CTA e a gente segue... essas normas, mas eu acho que não tem nada que seja por fora do que é... preconizado (PA1).

Aquilo que eu faço é uma orientação é que vem, por exemplo, do Ministério da Saúde e da minha formação enquanto na residência! (MA3).

Para Favoreto (2006), é importante incluir na prática clínica a fala dos sujeitos, e não reduzi-la à aplicação do conhecimento biomédico ou de normas. Neste sentido, Merhy (2000) em um ensaio afirma que o médico para atuar utiliza três tipos de valises nas quais transporta tecnologias duras, leve-duras e leves. As duras estariam representadas pelos equipamentos e instrumentos utilizados para o atendimento; as leve-duras pelos saberes da clínica e epidemiologia; e as leves seriam implicadas com a produção de relações. E, nos encontros onde predominam a utilização de tecnologias leve-duras e duras, pode haver captura do usuário para dentro do agir tecnológico, comprometendo a integralidade da atenção. Não se abre o encontro para a escuta e tradução de necessidades a partir de demandas. Importante assinalar que concordamos com Cecílio (2001) e Mattos (2004c): não se trata de estratificar estas tecnologias, que são todas importantes e delas lançaríamos mão conforme o que se nos apresentasse para atendimento, fazendo de cada uma delas o uso prudente.

Houve, também, relato de escuta das necessidades das gestantes, trazidas para o interior da equipe pelos agentes comunitários de saúde, que foram acolhidas e definiram, por exemplo, o assunto a ser discutido em uma atividade de grupo:

A gente senta e discute se vai fazer o grupo, como, que dia, com qual assunto. As meninas - as agentes, no caso, falam: Ah, elas estão com vontade..., tão com interesse de saber sobre o parto, como é que é o parto. (EA2).

Aqui identificamos o papel do agente comunitário na construção da integralidade, atuando como elemento integrador de partes, possibilitando a construção de um território comum. Ele leva para dentro da Unidade de Saúde a perspectiva das gestantes e este ato tem a potência de instaurar uma nova lógica na organização do serviço, na produção do cuidado (SILVA et al., 2004).

Esta preocupação em apreender outra perspectiva para organização do serviço foi identificada em um outro depoimento em que a trabalhadora relata abertura para participação, com a possibilidade de as gestantes recusarem a oferta que lhes foi feita:

A gente pensou em fazer uma proposta de atendimento de grupo, mas ao conversar com elas a gente á sentindo dificuldade, porque mesmo sabendo que a outra tem uma situação igual à dela, ela não quer tocar naquele assunto em grupo. Essa é uma questão que no começo era pra fazer grupo, mas nós não estamos conseguindo (AA1).

Entretanto, a lógica predominante ainda é de um planejamento *para* e não *com* as gestantes, a partir do serviço, mesmo que dentro dele busque envolver os profissionais que desenvolverão as ações:

Eu acho que a gente tá tentando realmente elaborar um processo de trabalho pra ela. (EA2).

A integralidade enquanto princípio norteador da organização dos serviços de saúde pressupõe busca de apreensão das necessidades de uma dada população, o que não pode ser alcançado sem que haja diálogo, no qual estas necessidades possam ser expressas. Vários autores apontam para a necessidade de que o planejamento tenha que ser usuário-centrado, e com eles concordamos (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; MATTOS, 2001, 2004c; MERHY, 1997c).

Neste cenário, de ofertas e demandas, encontramos a gestante fazendo opção por atendimento em determinados serviços, pautando suas escolhas pela crença de que o serviço fosse de qualidade, que tivesse retaguarda para seu recém-nascido, e nele estivesse o profissional por quem desejasse ser atendida. Para alcançar seu intento, utilizava-se, então, de seu poder de persuasão/pressão:

(...) parece um serviço particular, ah, eu quero o doutor fulano! Eu quero, ele é o meu médico! Nossa! (...) Ela quer aquele. (...) A gente acaba às vezes, até entrando em conflito com a pessoa, isso a gente não quer, né? Então a gente acaba cedendo aaa... à vontade dela, né? (EC1).

Para Favoreto (2006), o discurso médico-científico é incorporado ao senso comum, pautando nossas expectativas em relação ao cuidado. Pinheiro (2001), ao analisar a relação demanda e oferta no sistema de saúde de Volta Redonda - RJ, identificou que a população

busca, para seus atendimentos, policlínicas e hospitais; e refere que estas escolhas podem ser relacionadas à crença de que são locais que reúnem possibilidade de solucionar seus problemas. Aconteceu a medicalização da gravidez e do nascimento: a segurança e o cuidado desejados para um acompanhamento pré-natal e um parto estão representados pela retaguarda da UTI neonatal e do berçário de alto risco, como nos depoimentos abaixo:

(...) muitas vezes elas querem fazer o pré-natal aqui, que... Às vezes elas já tão acostumadas, ficam mais tranquilas né? (MA6).

Eu acho que é a qualidade mesmo, elas procuram a qualidade do serviço, a segurança que elas vão ter e o neném também, nós somos a única UTI Neonatal e Berçário de alto risco do SUS da região, então eu acho que é esse o motivo da procura (MC3).

(...) então eu acho que se eu tiver dentro do Maria da Glória, que nem eu e meu esposo tá lá, tem alguma coisa, já tou ali dentro. Eu acho que é... fora de seguro. Ainda mais no Postinho que eu frequento (G8).

Para trabalhadores, a resolatividade dos serviços é boa se existe possibilidade de acesso a especialistas e/ou tecnologia dura, e identificam que conseguem resolver os problemas médicos:

Olha, tem problema que é médico, né? E esse eu acho que a gente consegue resolver, e bem, tem uma resolatividade boa. (...) a paciente que tem gestação de alto risco e faz um pré-natal, a maioria delas consegue levar a gestação a termo e o neném nasce bem, a mãe sobrevive, não tem nenhuma seqüela. Eu acho que é o maior controle de qualidade que a gente tem. Agora tem os problemas sociais que a gente não consegue resolver (MC3).

Em relação a esta afirmativa, temos alguns questionamentos: a resolatividade não poderia estar vinculada somente à sobrevivência; os problemas que surgem com certeza não são só médicos, pois envolvem a necessidade de outros saberes e práticas para seu enfrentamento e, talvez por isso, a resolatividade esteja restrita às questões biológicas.

A resolatividade do sistema é boa. (...) o nível de atendimento da Obstetrícia, você, cê... cê... mede pelo número de cesariana que você faz, e pelo e... e... e... e... pelo número de complicação de berçário, né? Então, o nosso número de cesariana, ele tá em torno de 39, 39, uma coisa assim. 39%. É que também quando a gente levantou,

por isso até... é... é... fiquei assustado, porque eu calculava um índice muito maior, tá? Então esse nível, pro nível do serviço, eu considereei uma vitória, né? (MC2).

Este índice de cesariana (39%), apesar de ter trazido, aparentemente, alívio a este profissional, é muito alto, considerando o preconizado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (15%)³ e é alto, quando observamos que o pactuado com o estado de Minas Gerais é de 27%⁴, para o ano de 2006. Isto sem levar em consideração a evidente medicalização do parto, que aponta para a necessidade de se repensarem as práticas vigentes neste hospital. A partir do século XX, houve a institucionalização da assistência ao parto e os avanços tecnológicos têm impactado a qualidade da assistência obstétrica. Mas isto não pode significar, ou melhor, redundar em medicalização. Reiteramos aqui a necessidade da utilização adequada das tecnologias, no sentido de qualificar a atenção. Sabemos que o resgate do parto natural está associado, principalmente, ao protagonismo das mulheres, mas pensamos que o processo poderia ser alavancado a partir de práticas e trabalhadores comprometidos com a atenção integral à saúde da mulher, com mudança de postura frente às suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Parece ser este o conteúdo do desejo destas mulheres:

Ah, porque eu acho que lá no Maria da Glória, acho que é um lugar bem... bom pra ser atendido, eu gosto de lá, e eles têm um respeito pela gente e um carinho também (...) o lugar ideal que a gente procura, né? (G8).

(...) teve um médico que me atendeu super bem. Ele me examinou... olhou minha barriga...ele mediu minha pressão... escutou o coração do neném... que mais? Ele perguntou o que eu tava sentindo... Então ele procurou saber que que eu tinha que eu tava com aquela dor, né? Eu tava com dor na... barriga... (...) Até dentro do olho ele olhou! (G7).

Nestes dois últimos discursos, há implícita uma questão de confiança, de sentir-se acolhida, respeitada, apontando para a importância da relação que pode se estabelecer entre gestante e trabalhador de saúde na definição da qualidade do cuidado. A descrição acerca do exame realizado pelo médico “até dentro do olho ele olhou!”, a busca pelo entender o que

³ World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24:436-7 *apud* SILVEIRA ; SANTOS, (2004)

⁴ Parâmetro estabelecido pela Portaria no. 466/GM de 14 de junho de 2000.

poderia estar por detrás daquela “dor na barriga”... Elas estão falando da importância de se olhar para além de seu corpo biológico. Aprofundaremos agora as questões relacionadas aos encontros que cotidianamente acontecem nos serviços.

5.2.2 O encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção.

Para Teixeira (2003), os encontros que um usuário tem no serviço são comparáveis a sinapses. E a potência do funcionamento desta rede pode ser comprometida na dependência da recepção que o usuário tiver no serviço, momento no qual ocorre início da negociação que se estabelecerá para o atendimento ou não de sua demanda.

Diante das dificuldades já apontadas no tópico anterior em relação à oferta e demanda de serviços nas unidades básicas, interrogamos como aconteceriam posteriormente os fluxos nas situações abaixo, nas quais a gestante quando teve possibilidade de realizar consulta em uma unidade próxima à sua casa, enfrentava, a cada mês a dificuldade para marcá-la, pela não priorização de seu atendimento:

(...) levantar cinco hora da manhã, quatro hora pra pegar uma ficha...pra poder ser atendido. (...) até que ele te atende..., demora..., não tem preferência pra mulher gestante, a preferência ali é pra quem chegar! (G8).

O mesmo nos perguntamos diante de um outro relato, no qual uma gestante foi maltratada por ter perdido seu cartão:

O dia que eu fui lá, [em uma unidade de saúde da família, a recepcionista] não que me maltratou, mas maltratou tanto uma menina lá que eu fiquei encabulada. Uma menina lá só porque ela...ela disse perdeu o cartão, esse cartão aqui da gestante, ela falou que perdeu. A menina lá falou um monte de coisa pra ela lá, na frente de nós tudo, eu fiquei horrorizada! (G5).

Quais seriam as expectativas das gestantes submetidas a estas situações? Como estavam quando saíram da recepção e foram para um local esperar a consulta? Como foi entrar no consultório? Quais sentimentos e pensamentos circulavam? Quais teriam sido os

ditos, interditos e não ditos? O que vemos é a oferta de constrangimento pelo acolhimento, de demonstração de autoritarismo e poder pelo pedido de atenção ...

Merhy (1997c) associa a impessoalidade e o descompromisso com os quais os usuários têm sido tratados nos serviços de saúde com a lógica do modelo médico hegemônico ou liberal privatista, gerando mal-estar e insegurança. Este modelo reitera valores e crenças que circulam em nossa sociedade - de individualismo e competição, afastando-nos e fazendo com que não nos reconheçamos nos outros. E a máxima “faça aos outros aquilo que gostaria que fizessem a você” perde o sentido... Restam aos usuários as sensações de mal-estar e insegurança... Acrescentaria: vergonha, vontade de não estar ali, impotência, humilhação, raiva...

Segundo Matumoto et al (2002), antes mesmo de acontecer o encontro trabalhador-usuário, a unidade se prepara para a relação através da organização do seu trabalho e do ambiente físico, da definição de quem receberá e como receberá este usuário. E pensam a recepção acontecendo para acolher o usuário, em um local no qual sua privacidade seja preservada, não existam vidros ou balcões delimitando territórios, confortável, silencioso, onde a escuta atenta da demanda não seja repetidamente interrompida. Mas parece não ser o que ocorre nos serviços citados pelos sujeitos desta pesquisa, nos quais a recepção também não foi aprovada por trabalhadores que reportaram um atendimento impessoal à gestante, e que desconsiderou o fato de sua possível contrariedade pela *via crucis* empreendida na tentativa de que seu problema fosse resolvido:

Eu acho, eu acho a recepção, e... Pra gestante eu não gosto, entendeu? Eu acho, eu acho que ali, aquele primeiro acolhimento é fundamental. Eu acho muito burocrático, escreve aquilo e não olha pra pessoa, isso de modo geral... (A1).

Então, desde a porta de entrada, tem que tá bem estruturado, saber aquela questão de receber aquela paciente. Porque muitas vezes eles passaram por uma, duas, três Unidades, e ou foram mal atendidos ou seu problema não foi resolvido... (MA3).

Um atendimento que permitisse à gestante sentir-se livre para expor suas dúvidas e seus medos, num espaço acolhedor e individualizado, onde fosse garantida sua privacidade, e onde pudesse ter aliviada sua angústia, foi sentido como necessidade pela gestante que, durante o relato abaixo, denotava aflição, expressa pela fala rápida, olhos bem abertos, numa interrogação contundente:

Porque eu fico sem graça de chegar na palestra e fazer pergunta. Então eu chego em casa, com as duvidaiada tudo na minha cabeça, eu fico preocupada, quem vai explicar pra mim, a minha mãe não sabe, ninguém sabe responder... Sabe? Eu fico sem graça! O médico conversa, não fala nada sério, não fala nada... Eu queria assim, chegar uma pessoa lá e conversar só eu e ela, né? Mas falta oportunidade pra isso! (G1).

Starfield (2002) nos alerta que o tom da voz do profissional influencia mais o encontro que o conteúdo da mensagem que se quer transmitir. E, na situação acima, identificamos ainda que o médico, quando conversa, “não fala nada sério”, e a gestante fica “sem graça”. Além do alheamento do profissional, esta também pode ser uma forma de exercício do poder. A gestante pode estar se sentindo aflita e constrangida, em evidente sensação de inferioridade, por estar sendo motivo de riso, e talvez estar percebendo que suas demandas e necessidades estão sendo desqualificadas.

Vários autores afirmam que, na interação do profissional de saúde com o usuário, este último pode não conseguir dizer o que gostaria a respeito de seu problema. Uma das possibilidades seria o fato do profissional recortar a fala do usuário, direcionando o fluxo de informações na direção que acredita ser a mais pertinente para uma melhor intervenção. Este redirecionamento seria pautado pelos saberes e práticas que domina, relacionados à clínica e epidemiologia. Neste movimento, fica “surdo” ao que está fora deste campo, podendo deixar a pessoa que está sendo por ele atendida insegura, descontente, desinformada (CAMARGO JÚNIOR, 2003; CAMPOS, 2003; MERHY, 1997a ,b, c; STARFIELD, 2002).

Identificamos esta situação nas falas que se seguem, nas quais há relato de que o profissional médico que, na equipe é o profissional que responde pelo atendimento pré-natal nos serviços pesquisados, pode não estar escutando a gestante por excesso de demanda, ou por ter sua atenção focalizada em outros problemas:

(...) e dê atenção pra gestante, os médico...não ter pressa, não correr... (...) Por exemplo: a gente faz uma pergunta que a gente não entende, é...a gente quer saber o que tá acontecendo... (...) ele só realmente passa a receita, pra você tomar um remédio. Você tem que saber porque você tá bebendo aquele remédio, se é pra... pra aquilo mesmo... Eu acho que deve, tem que ter mais explicação, tem que ter mais oportunidade de perguntar mais alguma coisa (G2).

A preocupação maior é realmente tá identificando problemas que podem é... tá trazendo complicações pra essa gestante, partos prematuros (...) o pré-natal é devido justamente a isso, identificar as alterações que a gente pode, é... resolver, né, pra que tenha o pré-natal, é... que lhe garanta a qualidade, né, pra essa gestante chegar a termo com saúde, esse bebê bem... (MA3).

E, quando uma gestante foi questionada sobre modificações que gostaria de fazer em seu atendimento pré-natal no sentido de qualificá-lo para atender melhor às suas expectativas, afirmou que gostaria de ser atendida por um outro profissional, um psicólogo, que teria maior sensibilidade de escuta:

[Para melhorar o atendimento pré-natal, seria necessário espaço para] conversar com a psicóloga, eu acho. Porque aí a gente tem mais, sei lá... ter uma pessoa assim, pra gente conversar porque com o médico a gente não conversa, né? (G3).

O que esta gestante pode estar pedindo é que haja escuta sensível e cuidado, que a mulher-gestante seja considerada em sua inteireza, e não reduzida a um conjunto de órgãos que, temporariamente, carrega um outro ser. E que seu corpo não seja considerado uma máquina, mas como nos lembra Ferla (2004, p.182), seja visto como:

[...] um corpo pulsátil e concreto, composto por duas ‘superfícies’. Uma superfície visível registra marcas da história [...] sua condição de gênero, as cicatrizes dos diversos processos de disciplinamento [...]. Mas há também uma superfície invisível, incrustada nas dobras do corpo, com forças em movimento, afetos, devires, alteridades.

Entendemos o cuidado como uma ação traduzível por tratamento digno, respeitoso e ético, que pressupõe escolha compartilhada de modos de vida a partir dos saberes tecnocientíficos existentes (AYRES, 2006; MERHY, 2000; SILVA JUNIOR et al., 2006). Assim, uma ferramenta que potencializa a integralidade. E o que esta série de falas vem nos apontando, é que talvez, na acepção acima demarcada, no cotidiano dos serviços não esteja acontecendo o cuidado, na medida necessária. Esta ausência impacta a qualidade da atenção e se materializa nas internações e óbitos que identificamos em momento anterior deste trabalho. Esta lacuna parece estar nos afastando da possibilidade de atenção integral à gestante.

Em outra entrevista, identificamos que a médica reconheceu a necessidade de outros profissionais na equipe porque, mesmo que se disponha a ouvir a gestante, esta pode não se sentir à vontade, e isto tem que ser respeitado. A médica também aprendeu:

E isso a gente aprende: o médico, (...) por mais que você tenta chegar, ele não é a pessoa que ela sente às vezes, a vontade de tá contando problemas familiares mesmo; problema médico, ela conta (MA5)..

Mas o que vários autores nos falam é sobre a necessidade do profissional de saúde desenvolver capacidade de escuta, de sensibilidade para não excluir as dimensões social e subjetiva de sua prática, incorporando, inclusive outros saberes (CAMPOS, 1997c, 2003; MERHY, 1997a, b, c; GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Falam também da necessidade de entender este espaço como espaço terapêutico, e, por meio de uma escuta qualificada e ativa, que se reconheça a legitimidade da fala da gestante e sua alteridade, e então poderemos caminhar na direção de uma prática que tenha como eixo a integralidade.

Numa atividade de aconselhamento coletivo, atividade compulsória para gestante que comparece ao CTA para realização de exames, a expectativa do trabalhador era de que a gestante fizesse “boas perguntas”:

Aí algumas perguntam, coisas até bobas, se pode ter relação sexual durante a gestação, se não afeta o bebê, coisas que a gente nem, né, fala. (...) Às vezes

algumas que são mais informadas perguntam alguma coisa, né, quando o bebê nasce, se ela tiver sífilis, ou a porcentagem de o bebê nascer soronegativo... (PA1).

O aconselhamento coletivo, que poderia ser um momento de compartilhar saberes e práticas, oportunidade de aproximação entre o saber técnico e o popular, na busca de construção de novos saberes e novas práticas, é transformado em um espaço no qual existem os que sabem e os que não sabem (ARAUJO, 2003). Apontamos ainda a centralidade da preocupação do profissional não ser a gestante, mas o filho que ela espera, já que valoriza as questões que externam cuidado materno.

A objetivização da gestante, reduzindo-a a uma parte de seu corpo, pode também, segundo Merhy (1997c) contribuir para a objetivização do trabalhador, que se torna depositário do saber que comanda suas ações, e pratica um atendimento mecânico, que não leva em conta a dor da gestante:

[O acompanhamento do trabalho de parto], o que a gente nota em termos de atendimento é que isso na grande maioria das vezes, vira uma função muito técnica, não importa se ela tá gritando e precisa de alguém que passe a mão na cabeça dela (MC2).

O atendimento obstétrico em algumas maternidades pode ser caracterizado como uma linha de produção, um trabalho parcelar, marcado pela impessoalidade, no qual a atenção à gestante é substituída pela preocupação com equipamentos e intervenções, amiúde desnecessários (CAMARGO JUNIOR, 2003; DIAS; DESLANDES, 2006).

Compartilhamos com Mattos (2004c) a preocupação de que a tecnologia existente deva ser utilizada com prudência no cuidado, neste caso não só da gestante, mas também da criança; e quando repudia a tecnificação desconsiderando a dimensão humana neste cuidado.

Muito do receio da gestante em conversar com o profissional médico vem de um aprendizado de uma relação em que “o paciente” não pode “errar” nem deixar de seguir as orientações recebidas em relação ao que deve fazer com sua saúde ou doença. Este tipo de relação dá margem à resistência, à omissão:

(...) eu peguei e menti pra ele que eu tava tomando sulfato ferroso e eu não tava. (...) Ah, porque ele ia falar assim: não, mas tem que tomar, por causa do bebê, né? E o nenê nasce com anemia... A gente vai levar bronca também, né? (...) mas eu não sou criança, eu sei o que tou fazendo, né? E já vem dando bronca? (G7).

(...) então elas engravidam e já chegam lá e dizem: você não vai me bater? Aí, não, a gente acolhe... (MA5).

Segundo Campos (1997c), a resistência a orientações e prescrições pode estar associada ao fato de que, na relação, o paciente é tomado como objeto passivo, dócil, de quem se espera obediência às recomendações quanto ao cuidado com o corpo, hábitos e comportamentos. Mas esta é uma visão ingênua, usualmente esta expectativa não se realiza. Neste espaço o poder é exercido por estes dois sujeitos, e uma das formas de exercício de poder destas gestantes parece ser a resistência às ordens recebidas.

E o médico tenta fazer a gestante seguir sua prescrição às vezes através de ameaças, pois entende que, mesmo que elas não se cumpram, têm o poder de constrangê-la, de deixá-la na dúvida e optar pelo recomendado por receio de perder, por exemplo, seu atendimento:

(...) a gente diz que da próxima vez que ela vier aí não tiver esse parecer, que a gente não vai poder tá atendendo. Na verdade, isso não acontece, mas a gente tenta forçar pra ver se ela se mobiliza, né? (...) pelo menos ficam com aquela pulguinha atrás da orelha, né? (MA3).

É interessante atentarmos para as sugestões de Ayres (2006) e Campos (1997c), sugerindo-nos interromper nosso monólogo técnico, evitar nosso autoritarismo, superar nossa impessoalidade e incapacidade de lidar com a diferença. Assim, estarão dadas as possibilidades de abertura de espaços de diálogo e de construção de co-responsabilidade no cuidado, com a constituição de vínculo e de interações mais saudáveis.

O autoritarismo, mesmo que aparentemente consiga mover a gestante pela coação, seja pela inculcação de prescrições e recomendações, seja por provocar-lhe o medo de descontinuidade do atendimento no momento parto, situação em que estaria mais fragilizada,

não tem como produto a atenção qualificada. A gestante acaba por seguir o que lhe é prescrito, muitas vezes sem entender o que está fazendo:

Senão eles falam que não vêem o menino aí no Hospital Escola, sem ser, sem ter os exames. Aquelas meninas mesmo do Postinho. A médica! Ela mesma me falou. (...) Nem pegar prá ...prá ...prá ganhar nenê eles tão pegando (G4).

(...) então eu acho que elas são..., vem mais porque o médico manda, e muitas não sabem nem que teste vão fazer, nem que exames vão fazer (PA1).

Outra gestante revelou ter muita dificuldade de procurar este profissional, mesmo deixando de fazer o que acredita ser muito importante:

É muito importante fazer [o pré-natal]... (pausa prolongada) Eu não tenho vontade de ir. Ah, não! Gente, quando chega o dia de ir no médico, minha cabeça começa a doer, fico num stress doido, eu não gosto muito de médico, não (G6).

Pensamos que experiências esta gestante possa ter vivido na relação com profissionais de saúde. Sua expressão, no momento deste desabafo, transfigurou-se. O rosto ficou tenso, os olhos não deixavam o chão, a cabeça pendia de um lado a outro, como em um não insistente, a voz embargada, as mãos ora apertando-se, ora passeando sobre a garganta e o colo, ora puxando a saia em direção aos joelhos... Desconcerto, constrangimento, humilhação?

E quando a gestante não aceita o prescrito, ou diz ter tido algum impedimento para fazer um exame, instala-se a desconfiança. E, reconhecendo que não pode obrigá-la, numa atitude autoritária, ordena que assine um termo de responsabilidade:

(...) nós vamos escrever, a partir de hoje você vai assinar que você não faz. Você é a responsável por você. Nós tamos aqui pra te oferecer o atendimento. Se você não, não tá fazendo, nós vamos descobrir porque não tá fazendo. Aí existe uma série de desculpas, né? 'Ah! Eu não pude porque minha cabeça doeu', porque isso, aquelas coisas, então você vai assinar aqui que você não fez, eu escrevo, ela assina (AA1).

Grande parte dos litígios por imperícia decorrem de mal entendidos sobre o processo de tomada de decisão, o que poderia ser evitado pela substituição dos termos de

responsabilidade “por contratos que reflitam a concordância a respeito das decisões por parte do paciente e médico” (Green, 1988 apud STARFIELD, 2002, p. 297)⁵.

Muitas das situações até então relatadas podem estar associadas à visão que os trabalhadores referiram ter da gestante – desinformada, carente, com necessidade de saber sobre higiene, portadora de uma gravidez indesejada, muito sensível e exigente, ou do estranhamento de que uma gestante pudesse ser portadora de uma DST. Esta visão pode apontar para o que Bonet (2003) chama de falta de reconhecimento do outro em seu ser diferente.

É... desinformação geral, entende? De cuidados com o bebe, de cuidados com a amamentação, né? (AA1).

(...) lá na Unidade, é uma questão carencial, financeira, né, é um pessoal é... com preconceito formado que é... de pobreza, né, mas assim, a gente tá sempre discutindo a questão de higiene..., cuidados com a criança, né? E o próprio cuidado com o corpo dessa gestante, as mudanças que vão tá acontecendo, né? Além de estimular o pré-natal e o aleitamento materno (EA2).

Segundo Moreira (2001), o profissional de saúde, por ter sido formado em outros ambientes sociais e institucionais, ao intervir em situações através da formulação de projetos, muitas vezes, desconhece ou desconsidera os valores e as possibilidades da população pela qual vai se responsabilizar. E, em relação à mãe das camadas populares, possui imagem de que seja “desprovida de saber, de fato e de direito, é considerada vazia, passiva, inculta, ignorante, incompetente, precisando ser guiada, dirigida e ‘educada’” (CHAUI, 1987, p. 29). Os conteúdos abordados nas atividades educativas também denotam preconceito e focalização da atenção: a saúde reduzida a questões de higiene e cuidados com seu corpo e com o do bebê.

O principal problema lá que eu vejo, tem muito... é... tem muito problema de ordem emocional. A maioria das gravidezes são gravidez indesejada, né? (MA2).

⁵ GREEN, J. Minimizing malpractice risk by role clarification: the confusing transition from tort to contract. **Ann. Intern. Med.** 1988; 109: 234-41.

Pensamos se assumir que a gravidez é indesejada, indo mesmo contra valores ainda presentes nas camadas populares de valorização da maternidade, não sejam mais consequência do receio de serem criticadas pela ousadia e irresponsabilidade de engravidarem quando não podem sustentar seus filhos. O questionamento que nos ocorre, diante destas situações, é por que algumas mulheres podem ter os filhos que desejarem e outras têm que se envergonhar e, às vezes, omitir sua gravidez do profissional de saúde, como no depoimento da gestante que se segue:

A agente passou na minha casa e nossa! Levou até um susto que eu já tava esperando mais outro, de seis meses... Ela passava lá em casa, ela nem prestava atenção, nem nada, né? E ela descobriu com minha irmã que tinha falado! (G4).

No fragmento abaixo identificamos uma imagem idealizada da mulher e da maternidade, como se esta implicasse uma negação da sexualidade, imagem de pecado. Pode haver ainda a idéia de que a AIDS é vinculada ao universo masculino, e ao feminino somente no caso de mulheres promíscuas, como afirmado por Filgueiras (2006).

Na palestra a gente mostra pra elas o álbum seriado das DSTs, porque por incrível que pareça são gestantes, mas aparece gestantes com várias DSTs, né? (PA1).

E o profissional surge como o dono da verdade, aquele que pretende incutir na mulher o seu papel de mãe, a necessidade de ser exemplo para seu filho e, paradoxalmente, tratando-a como se fosse um sujeito desprovido de inteligência e vontade:

Ela é orientada, esclarecida, a gente tenta botar na cabecinha dela que ela tem que voltar para a escola, que ela tem que ser exemplo para o filho dela e ter trabalho melhor para cuidar dela e do filho. Tenta fazer esse trabalho sempre, sempre, na cabecinha dela, uma por uma, em cada atendimento, pondo o remedinho na mãozinha dela (MA6).

Além da focalização do atendimento no futuro do filho, identificamos aqui novamente relação de autoridade, a prescrição, e desqualificação da gestante enquanto sujeito. A linguagem utilizada que recorre ao “tem que ser”, “tem que ter”, e à utilização de diminutivos, “botar na cabecinha dela”, pode estar retirando da cena a potência que esta gestante tem para

andar sua vida. Talvez o que nos sugere Campos (2003) imprima direcionalidade ao repensar destas práticas, comuns no cotidiano dos serviços de saúde, marcadas pelo modelo de atenção hegemônico, no sentido de caminharmos em direção à integralidade. Ele nos fala da necessidade de combatermos a medicalização, a institucionalização e a dependência das pessoas aos profissionais de saúde, aumentando seu coeficiente de autonomia e autocuidado.

Mas, concomitantemente, identificamos situações em que a gestante foi considerada como cidadã, recebeu informações relativas a seus direitos enquanto usuária do serviço, e o profissional afirmou que faz parte de seu trabalho orientar as gestantes e mães sobre seus direitos, inclusive no que se refere ao atendimento hospitalar (visitação livre, presença do pai ou outra pessoa de seu interesse na sala de parto), mesmo que não sejam plenamente cumpridos pelo Hospital:

(...) então a gente começa falando algumas rotinas de como quando elas vierem pra cá, como que vai acontecer... (AA1)

E existiu a responsabilização, expressa na preocupação e ocupação com a gestante, colocando-se o trabalhador numa situação de abertura e cuidado:

Agora, qualquer coisa, a gente deixa a gestante avisada, qualquer coisa que acontecer, ela procurar o Posto pra esclarecimento, né, qualquer dúvida que ela tiver, a gente tá sempre disponível lá ou ela conversa com a G que é a enfermeira (MA2).

(...) mesmo o paciente fazendo o acompanhamento no serviço de referência a gente sempre gosta de tá acompanhando o paciente também, tá? (MA2).

E aqui tem que destacar o papel da... da doutora A. É uma pessoa assim, extremamente disponível! Sabe? O carinho que ela tem com essa gestante! (PC2).

A possibilidade do vínculo se materializou na busca pelo profissional que a gestante já conhecia e em quem confiava, explicitando mais uma vez a necessidade que as gestantes têm de estabelecer relações que lhes inspirem confiança e possibilidade de atenção qualificada:

(...) eu já conhecia a doutora X, né? E, como diz, achava ela uma boa médica pra atender a gente ali. (...) Mas infelizmente ela foi embora! Senão ia tá com ela até...quando tivesse o nenê. (G7).

(...) elas são atendidas duas, três vezes por mês pela mesma equipe, cria um vínculo de confiança e acaba querendo não ir [para outro serviço] (MC3).

A relação que o profissional de saúde estabelece (ou estabelecerá) com a gestante, no seu trabalho em unidades de saúde de diferentes níveis de atenção, é também produto de seu processo de formação nas escolas, das oportunidades de contato que tem, enquanto trabalhador, com alunos e docentes... Os serviços podem ser espaços de aprendizagem para todos os atores envolvidos no processo de atenção à gestante: alunos, trabalhadores, docentes e gestantes, estando estes espaços dentro ou fora das instituições de ensino.

5.2.3 Espaços de atenção à saúde como espaços de aprendizagem

Na rede, os espaços formais de aprendizagem estão materializados em serviços de saúde que recebem alunos das instituições de ensino – no caso do nosso estudo representados pelas unidades de atenção básica, CAISM, CTA e Beneficência Portuguesa; e serviços de saúde vinculados a instituições de ensino que fazem assistência – nesta pesquisa representados pelo Hospital Escola e Ambulatórios da UFTM. Nestes espaços, há a articulação ensino-serviço e não serviço-ensino porque esta se dá numa lógica que privilegia o interesse das instituições de ensino, inclusive com a definição das ações de saúde a serem ofertadas e da demanda a ser atendida:

(...) [os professores da disciplina] são os responsáveis (...) e as ações são planejadas por eles com a administração, quando necessário (MC3).

(...) o número de pacientes, essas coisas, basicamente somos nós mesmos (...) que estamos à frente dos ambulatórios, desses ambulatórios (MA5).

Porque pela hierarquização do SUS, o risco habitual não teria que vir para o nosso hospital (...). [Mas o risco habitual] continua chegando, e é importante que ele chegue para nós porque nós temos a questão do ensino. O nosso aluno tem que aprender a fazer o parto normal tem que saber fazer o pré-natal da gestante

normal, mas o credenciamento nosso tem que dar conta na verdade da gestação de alto risco (MC3).

(...) a gente trabalha com puerpério e a gente começou esse trabalho tem uns cinco meses aqui, até por uma demanda da Universidade de Uberaba, que colocou os alunos acompanhando com a gente (MA3).

A partir destes depoimentos nos questionamos em que medida as instituições de ensino têm estado atentas às demandas sociais colocadas na agenda local de saúde. Como estabelecer redes e possibilidades de transformação, se não está presente o diálogo na definição da organização dos serviços enquanto espaços de ensino e de produção de cuidados. Ceccim (2005) afirma que a formação compreende processos relacionados ao ensino formal das profissões regulamentadas, aperfeiçoamento, especialização, aprofundamento e inovações em conhecimentos específicos, desenvolvimento profissional e pessoal, qualificações para exercício de determinadas funções, interação com movimentos estudantis e de educação popular para o repensar da formação, certificação dos serviços de saúde como auxiliares do ensino da saúde. A formação vincula-se estreitamente ao exercício profissional e configura o campo do trabalho em saúde. O exercício profissional refere-se à regulamentação das profissões, à regulação ocupacional, negociação do trabalho, remuneração, entre outros. Este autor afirma, e com ele concordamos que

[...] a formação e o exercício profissional em saúde não podem estar alheios à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, devendo estar absolutamente permeáveis ao controle social do setor (CECCIM, 2005p. 168).

Não se trata de desconhecer ou desconsiderar as necessidades das instituições de ensino, mas de se tentar um outro patamar de relação, na direção de se tentar constituir uma rede, que se norteie pela busca da integralidade da atenção à gestante. Se não existe diálogo, não há como reconhecer ou conhecer o outro, como nos lembra Rovere (1999), e nos condenamos a continuar fragmentados - ensino de um lado, serviço do outro, utilizando-nos

uns aos outros para responder formal, mas parcialmente, às exigências das agências de fomento.

Henriques (2005, p. 152 - 3) lembra, a este respeito, que nesta articulação educação-trabalho teríamos “que definir princípios e valores éticos acerca da saúde e da qualidade dos serviços prestados na área. [...] [pois] os conflitos que estão presentes nesta interação são devidos, parcialmente aos objetivos e interações que movem os dois processos”.

No espaço local, estas tensões se materializam, por exemplo, na dificuldade de articulação com gestores para definição dos campos de prática; na relação autoritária que as escolas mantêm com os serviços, ditando fazeres do alto de sua sabedoria; na postura do aluno que desvaloriza o trabalho realizado nas unidades de saúde até por não compreender que existem práticas que podem ser desenvolvidas para além dos seus conhecimentos, calcados no modelo hegemônico aprendido nos bancos da escola; na relutância do trabalhador em receber o aluno receando crítica ao seu trabalho ou exposição de um fazer pouco comprometido com o cuidado; na dificuldade do usuário em relação à entrada em cena de uma pessoa em formação para co-responsabilizar-se por sua saúde...

Estas tensões apontam para a necessidade de espaços que possam potencializar o processo, criando redes e fluxos de idéias, influenciando os processos de tomada de decisão. Existem os Conselhos de Saúde, os Pólos de Educação Permanente, mas outros tantos podem ser inventados, ao longo do longo caminho que temos que percorrer para ir dando conta desta tarefa, imprimindo novas lógicas, saberes e fazeres que contribuam para a constituição de sujeitos autônomos – trabalhadores, usuários, alunos, docentes, gestores, comprometidos com o projeto ético-político da defesa da vida.

Apesar dos serviços receberem alunos de diferentes cursos na área da saúde para estágio, as referências dos discursos foram todas em relação à formação do médico. O

encontro do aluno de medicina com a gestante tem por objetivo treiná-lo para elaboração de diagnósticos e de propostas de intervenção para cada caso:

(...) Pra ele saber fazer diagnóstico, saber conversar com a paciente, saber tirar da paciente as queixas que ela tem e ele formar o diagnóstico dele. Aí procurar também sob orientação a conduta que ele vai tomar (MA4).

Paradoxalmente, em nosso entendimento, o docente cuida para que o aluno atenda a cada dia pacientes que ele ainda não conhece. Acreditamos ser esta atitude paradoxal em relação ao objetivo estabelecido para a atividade, porque pode dificultar a vinculação da gestante ao aluno, o estabelecimento de uma relação de confiança, e a constituição de um espaço de interação no qual a troca de saberes possibilitaria a construção de um acompanhamento pré-natal mais eficaz.

(...) a rotina do residente, do doutorando, por exemplo, porque eles têm que pegar uma paciente que eles não conhecem. Senão eles vão pegar só aquela paciente todo mês, quer dizer, a ...o quadro, o diagnóstico daquela paciente vai mudar muito pouco, então eles têm que pegar situações também...que vão pegar desprevenidos, né? (...) (MA4).

A formação do profissional de saúde tem sido, então, centrada na utilização de tecnologias duras e leve-duras para o diagnóstico e terapêutica, e o aluno aprende a recortar como problemas de saúde o que se encaixa no que foi aprendido, coerentemente com o modelo hegemônico, reproduzindo-o, apesar de ser insuficiente para dar conta da apreensão da complexidade desta fase da vida da mulher:

A formação do aluno está centrada mal e mal nas questões biológicas. Os residentes não abordam questões do contexto familiar e de vida das gestantes. (...) Ele às vezes vai olhar a barriga dela, como é que funciona lá, pá e pum, acabou (AA1).

(...) quem tem que passar o modelo é o docente, não é? Não é o docente? Ele é o modelo. E o docente reproduz o modelo de atendimento biomédico, centrado no biológico, não considera especificidades da mulher nem na gestação e nem fora dela (AA1).

A formação “não pode ser reduzida à busca de evidências para diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia de doenças e agravos [...]” (CECCIM, 2005, p. 168).

Ros (2004) desenha um trajeto que permite nos aproximarmos da forma como a reprodução do modelo hegemônico nos processos de formação pode acontecer. Este autor nos convida a pensar em um médico que durante sua graduação teve o aprendizado do falar e ouvir de determinada maneira, teve boa avaliação por decorar técnicas e notas de caderno. Recém-formado, partiu para a residência em famosa universidade internacional e depois para pós-graduação. Foi aceito em um grupo que comunga determinadas idéias:

[...] nossa verdade científica não aceita que possam existir outras verdades [...]; os outros profissionais da área de saúde estudaram menos, sabem menos, têm menos responsabilidade, portanto quem deve tudo mandar é o médico [...], deve participar de muitos congressos da especialidade [...] (ROS, 2004, p. 238).

Quando professor, este médico vai buscar se aprofundar na especialidade, e depositar na cabeça do aluno este conteúdo, acreditando que isto é ser bom professor. No campo de estágio,

[...] pede muitos exames e receita muitos remédios [...] fala uma linguagem de círculo esotérico/só para iniciados [...] [na expectativa de que] pacientes e alunos ficarão embevecidos de ouvi-lo [...]. Não conhece o SUS [...]. Saúde pública é para sanitaristas [...]. Acredita que sabe tratar prescrevendo: exercício, dieta, mudança de hábitos, medicamentos e cuidados (ROS, 2004, p. 239).

E vai também coagir os alunos para que reproduzam suas atitudes e valores, sem ter podido saber que o que faz tem a ver com ideologia.

Caprara e Franco (2006) sugerem que se incorporem filosofia, ciências humanas e artes na formação e prática médicas (eu diria de todas as profissões da área da saúde), porque há muito exploram as dimensões da experiência e sofrimento humanos, podendo contribuir para desenvolver sensibilidade, capacidade de escuta, possibilitando aos profissionais de

saúde irem além da dimensão biológica, ampliando sua visão e compreensão acerca de seu objeto de trabalho.

A formação dos profissionais de saúde restrita ao modelo biomédico não considera o sofrimento humano como parte integrante do trabalho em saúde, e nem que este trabalho depende, além da qualidade técnica, da qualidade da interação.

Mas a busca por um jeito diferente de fazer e contribuir para uma formação diferenciada também esteve presente nestes espaços: pudemos identificar preocupação de que o aluno ampliasse seu olhar no seu encontro com a gestante em situação de consulta:

Eu não espero uma gestante saudável, um filho saudável, eu espero uma família saudável. (...) eu sempre falo isso pro residente, não é aquele momento, é uma família saudável. Eu acho que a gente tem que procurar, né, estas arestas da gente tá...tá vendo o que que a gente pode tá ajudando pra aquela família também (MA5).

Para a gestante nem sempre a situação de ser atendida por aluno é confortável. Esta situação é marcada por sentimentos de dificuldade de aceitação do aluno num espaço em que a gestante gostaria que estivesse presente somente o médico, daí seu constrangimento, vergonha e nervosismo:

E com os alunos da UNIUBE que a gente teve o acompanhamento agora, a gente teve como primeiro problema o choque da população de achar que vai ser atendida pelo aluno, mas agora elas tão até aceitando melhor (MA3).

Eu marquei pré-natal com uma médica, eu fui e era outra. No Hospital Escola queria a doutora Y, aí eu fui ver era dois, um moço e uma outra, diz que nem médica não era. Era uma moça que tava... era estagiária (G7).

(...) eu fiquei muito nervosa! Que era a primeira vez, a gente... que entrava num consultório e ver tantos médicos, então...comigo nunca tinha ficado não! (...) aquele tanto de médico, vai consultar, é...vamo olhar, vamo examinar, e eu fiquei mais nervosa (G8).

(...) o médico também ia lá conversar com as gestantes, e discutir coisas que às vezes perto do acadêmico ela não coloca (MA5).

(...) o doutorando que tá no sexto ano já, quinto, sexto ano de Medicina...ele faz a história...a gente, né? Vê os exames...tudo, por que que ela foi encaminhada... depois o aluno faz um exame físico geral e depois (...) sempre conferimos todos os

exames. Então assim, ele mede o fundo do útero, a gente vai lá e mede de novo, ele escuta o nenê, a gente escuta de novo, então a gente sempre tem esse cuidado de todos os exames são refeitos (MA5).

Várias questões nos ocorreram ao nos determos sobre estes fragmentos, considerando a ética que deveria nortear nossa ação em saúde: temos que nos preocupar com os efeitos que nosso ato de cuidado poderá produzir no outro. E o outro possui dimensões outras que não a somente a biológica. O mínimo que poderíamos fazer seria repensar a forma como estes encontros trabalhadores/alunos/docentes vêm se dando com estas gestantes. Elas são informadas sobre o tipo de atendimento que receberão? Ou são convidadas a assinarem termos que não conseguem decodificar, cedendo seu corpo à atenção e ao aprendizado? Os espaços nos quais estes encontros vêm acontecendo favorecem o acolhimento, o respeito, a privacidade? As portas são fechadas? Estão interditadas as interrupções? As conversas acontecem com elas ou sobre elas? Em que medida seu corpo é repetidamente tocado? Reiteramos que não queremos aqui discutir a necessidade do aprendizado, mas a forma como vem ocorrendo. E também não podemos deixar de assinalar que muitas vezes os alunos superam os “mestres” no ato do cuidado.

A falta de capacitação dos profissionais para lidar com a gestante foi identificada em diferentes níveis de atenção:

Agora, nem todos os profissionais estão preparados pra isso, né? A gente sabe disso, não sabe? (AA1).

O pessoal do PSF, o médico do PSF não tem discernimento pra se fazer o pré-natal bem feito. (...) isso aí é lógico que existem profissionais e profissionais, uns são mais cuidadosos e outros não. E mesmo uns ginecologistas também fazem um cartão de pré-natal que a gente não entende nada (MA7).

Porque aí vai do que [o médico do PSF] tem segurança de tá contendo lá, ou do que ele precisa de tá encaminhando. (...) sempre, então já encaminhava...mesmo que fizesse o pré-natal que não era pré-natal de risco, encaminhava pra passar pelo ginecologista também (EA1).

Entretanto, acreditamos que não deva ser obstáculo para a articulação pretendida, até porque como viemos discutindo neste trabalho, na escola e no hospital a formação também tem sido insuficiente para dar conta do enfrentamento dos problemas de saúde na perspectiva da integralidade. Para o enfrentamento desta situação, identificamos a sugestão de uma maior articulação das instituições de ensino com a rede, e um desejo de que, a partir desta articulação, conhecimento possa ser produzido no sentido de qualificar a atenção à gestante:

Em Uberaba a estrutura tem, tem várias faculdades, várias parcerias que podem ser feitas, eu acho que poderia estar bem melhor do que está [o atendimento à gestante] (EA2).

Então o problema maior que eu acho é esse distanciamento do Hospital com a rede. A gente tem que estar trabalhando junto e acho que com a GO é até mais fácil, fazer protocolo, de mandar para a rede (MC3).

Pensar a integralidade nas práticas de saúde implica pensar formação que contemple processo de reflexão sobre as práticas que estão acontecendo nos espaços de encontro trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador e trabalhador-gestor: por que recomendamos este ou aquele procedimento? Por que acontece desta ou daquela forma a organização do trabalho em uma unidade de saúde? Como se dão as relações entre trabalhadores, usuários e gestores? Que implicações para a saúde podem ser identificadas em um projeto de governo? Não seria somente um estar dos alunos nos espaços de serviço sendo pontualmente visitados por um supervisor.

(...) e a outra briga que é interna nossa aqui que é a gente ter um serviço, ou se a disciplina tem que ir para a rede. Ela tem que estar inserida na rede, fazer o pré-natal, atenção básica lá, para o nosso aluno aprender lá na rede, não aqui dentro do Hospital, não aqui dentro do Ambulatório, uma coisa que a gente ainda não conseguiu (MC3).

O que move esta tomada de posição talvez seja a percepção de que para uma melhor formação, o aluno teria que ter a possibilidade do trabalho em equipe, analisando os problemas de saúde existentes em sua complexidade, armando o olhar e a escuta,

possibilitando assim bons encontros, boas pactuações, bons viveres - descobrindo nele e nos outros a potência de ser.

Um ponto a ser destacado, é que um serviço vinculado à instituição formadora teria maior possibilidade de reproduzir naquele espaço a lógica e as disputas que vêm se dando no interior da escola, onde ainda é hegemônico o modelo biomédico. Daí, talvez a opção pelo serviço, enquanto cenário mais permeável a outras lógicas e outras disputas, possibilitando à formação e à atenção seguirem rumos outros. Mas nos interrogamos se talvez o cerne da discussão não seja qual compromisso ético-político e assistencial esse serviço assumiria. E, como mais um serviço na rede, não poderia estar imune às definições da política local. Talvez assim, o risco de deslocarmos a redoma do hospital para a atenção básica, a pretexto de diversificarmos os cenários de prática, poderia ser minimizado.

A proposta de integralidade na formação defendida por Ramos (2005), tem por finalidade permitir que as pessoas compreendam a realidade para além do fenômeno que se apresenta. Assim, três pressupostos embasam esta proposta: a concepção do homem como ser histórico; a concepção de que a realidade concreta é síntese de múltiplas relações; conhecimento como produção de pensamento que permite não somente a apreensão, mas também a produção das relações que constituem e estruturam a realidade objetiva.

Partindo destes pressupostos, considera que

[...] não se pode admitir que a formação dos trabalhadores em saúde tenha uma orientação funcionalista, seja baseada em conteúdos ou em competências. Isto reduziria um processo complexo e contraditório em simples estratégias de adequação aos sistemas de produção, negando-se as possibilidades de identificação dos sujeitos com o outro, mediada por seus conhecimentos e suas práticas (RAMOS, 2005, p. 217).

E, nas situações como as relatadas abaixo, no acompanhamento de um pré-natal num serviço e de um trabalho de parto num hospital universitário, temos mesmo que repensar

urgentemente qual tem sido o foco dos processos de formação em nossas universidades e o que poderemos fazer em relação aos que já estão trabalhando na rede:

Mesmo esses dias, nós estávamos... mesmo residente, vê a mulher que ta gritando e chama de tigre: 'que que essa tigre ta gritando, que que é?' (A1).

Uma vez eu fui lá na Beneficência Portuguesa, tinha um médico tão cru, mas tão cru que eu falei que tava sentindo dor de barriga, ele só mediu minha pressão e falou : você tá ótima, pode voltar pra casa. Eu saí de lá xingando! (G7).

Nos serviços de saúde, os elementos do contexto psicossocial daquele que está sendo atendido, bem como os sentimentos do profissional de saúde são considerados complicações, que confundem o raciocínio técnico, o diagnóstico e a terapêutica. E o aprendizado vai ensinando a negação. Segundo Nogueira-Martins (2006), estas questões normalmente são abordadas em algumas aulas ou disciplinas da graduação, descontextualizadas da realidade vivida nos serviços. Os docentes reproduzem a evitação dos aspectos sociais e emocionais, bem como a utilização de jargões que rotulam certos comportamentos e atitudes das pessoas em atendimento (*tigrão, pitiático*).

Comumente, não oportunizamos aos nossos alunos a possibilidade de aprofundar o fato de que, se por um lado o exercício profissional possibilita ganhos e gratificações de ordem emocional, por outro apresenta fatores estressantes que podem, dependendo dos recursos subjetivos de cada um, encaminhá-los ao desenvolvimento de manifestações que exteriorizam a incapacidade de perceberem a si e ao outro. Assim, deixam de se preocupar com as consequências de sua conduta. Estas manifestações passam por alterações de humor (irritabilidade, ansiedade, negativismo, ceticismo, desinteresse); embotamento emocional e aparente frieza no contato com o outro; negação das limitações e desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis; humor negro expresso em ironia e no uso de rótulos depreciativos. Uma outra manifestação é o reforço no paciente de aspectos regressivos e infantis, a fim de extrair gratificação patológica da dependência do paciente, por estar comprometida sua auto-estima (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Conversamos anteriormente sobre a proposta do quadrilátero de Ceccim e Feuerwerker (2004), para repensar o processo de formação. Terminamos este tópico abrindo possibilidades novamente com a ajuda de Ceccim (2005). Ele nos convida a pensar uma “Educação” que cuide da formação e desenvolvimento

[...] em direção aos processos individuais, coletivos e institucionais, capaz de fazer emergir produção de saúde [...] em equipe multiprofissional e interdisciplinar – entre-disciplinaridade [...] no cuidado, na gestão, no ensino e na participação [...] (CECCIM, 2005, p. 175).

E afirma que essa educação “não vem por decretos, portarias e leis de regulamentação ou de reforma legal [...], [mas] constrói-se de maneira desejante (um construtivismo militante)” (CECCIM, 2005, p. 173). E nos alerta que

[...] para mudar é preciso abrir planos de experimentação e de desejo. Não as intermináveis negociações permanentes, operadoras de discurso, mas a educação permanente: encontrar permanentemente não o que somos, mas o que estamos em via de nos tornarmos como entes vivos, em instituições vivas, mediante trabalho vivo [...] (CECCIM, 2005, p. 176).

5.2.4 Gestão da rede - a relação entre os serviços de saúde que fazem atenção à gestante no município

A relação entre os serviços que fazem atenção à gestante está comprometida por vários fatores, e o que se nos apresenta ao analisarmos as narrativas dos sujeitos que operam e demandam os diferentes serviços, é a fragmentação. No dizer de Rovere (1999), o sistema se apresenta como um arquipélago, e os serviços desenvolvem seus projetos como se fossem autônomos. As narrativas dos trabalhadores reiteram o desconhecimento sobre as ações desenvolvidas nos serviços para os quais referenciam as gestantes, e dos quais esperam a contra-referência. Este desconhecimento é objetivado, por exemplo, quando o trabalhador encaminha incorretamente a gestante:

(...) e até começou assim: o paciente passava pelo postinho e o postinho podia marcar consulta prá cá. Mas não deu certo, porque ... O nosso tipo de consulta (...) tem uma série de... como fala? (...) especialidades. Então era muito difícil, o paciente acabava chegando erra..., marcado errado, ele acabava perdendo a consulta (EC2).

Um dos atributos da atenção básica seria a coordenação da atenção, isto é, a partir dela e em sua função os demais pontos de atenção se organizariam. A atenção básica teria não só que identificar problemas que exigissem intervenção constante, mas também garantir a continuidade da atenção ao longo da rede (MENDES, 2001b, STARFIELD, 2002).

Como vimos em capítulo anterior, o governo federal assumiu esta compreensão desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família em nosso país, e assinalou a importância da atenção básica enquanto estratégica para se alcançar a integralidade da atenção, por sua possibilidade de construção de relações contínuas com a população. E, por isto, teria o compromisso de prover atenção integral e qualificada, com resolutividade, e contribuir com a autonomia das pessoas; além de articular-se com a rede de serviços, questões recentemente reiteradas por portarias ministeriais (BRASIL, 2006a, b).

Na aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, que toma a ESF como prioritária para sua organização, foi reiterada a coordenação do cuidado na rede de serviços como forma de efetivar a integralidade, entre seus princípios orientadores, sendo uma de suas áreas estratégicas, a da Saúde da Mulher. Ainda, é delegada competência às secretarias municipais de saúde de garantir a referência a serviços e ações de saúde que extrapolem a atenção básica, além de organizar o fluxo de usuários e se responsabilizar pela capacitação e educação permanente de suas equipes (BRASIL, 2006b).

O que nos vem enquanto interrogação é como a atenção básica poderia ter se responsabilizado pelo encaminhamento se não tinha como encaminhar corretamente? Por que encaminhava incorretamente: por não identificar os serviços disponíveis ou por avaliar de forma equivocada as necessidades da gestante em atendimento? Em qualquer uma das duas

situações, talvez a melhor opção não fosse a de suspender os encaminhamentos, mas a aposta na capacitação dos profissionais e melhor gestão da rede.

Segundo Rovere (1999, 2003), para se constituírem os vínculos em uma rede, num primeiro nível, há necessidade de reconhecimento, isto é, saber que o outro serviço existe e que pode contribuir na atenção a determinado problema. Se há suspensão do agendamento de consultas parece-nos que este nível ainda está em constituição, na relação entre serviços de atenção básica e o serviço de referência: se um grupo de profissionais encaminha incorretamente, e o serviço que recebe as gestantes deixa de aceitar os agendamentos e, numa atitude unilateral passa a substituí-los por encaminhamentos a uma clínica geral, que tipo de discussão pode ter havido? Em quem a discussão que porventura tenha ocorrido foi centrada? A gestante tem que passar por um ambulatório de triagem e depois ser encaminhada e atendida nas especialidades - quanto tempo pode correr até que se efetive a avaliação e intervenção sobre o caso? Que consequências podem advir para ela e seu filho?

Num segundo nível, Rovere (1999, 2003) nos fala do conhecimento, que seria o interesse de um serviço conhecer o outro, o que faz e qual sua visão de mundo. No depoimento abaixo, identificamos que ele não esteve presente na relação estabelecida entre serviços de pronto atendimento e a maternidade filantrópica:

Mas acaba encaminhando, porque chega o paciente no CAMM, no Centro Médico, qualquer lugar, falou que é mulher, eles encaminham pra cá (MA7).

Também não existe o reconhecimento, no sentido de aceitar que o outro serviço pode contribuir para a melhoria da atenção. Pudemos identificar que este não reconhecimento esteve mais presente nos discursos dos trabalhadores dos serviços de maior densidade tecnológica. Exemplificando, num relato de uma tentativa de maior articulação com os serviços de atenção básica para o cuidado do bebê de risco, favorecendo inclusive alta mais precoce do recém-nascido do berçário, o entrevistado disse:

(...) inclusive a equipe do Berçário acha que essa responsabilidade é deles. É difícil, eles acharem que vão abrir mão e vão encaminhar para a rede. Nós fizemos uma reunião (...) É para ver se você sentiu a dificuldade nem a chefe do Berçário não estava na reunião. (MC3).

Segundo Camargo Júnior (2003, p. 141), o trabalho ambulatorial é desvalorizado, havendo disposição hierarquizada no que se refere à atribuição de valor, estando um serviço de maior densidade tecnológica em melhor situação, por “estar qualificado a operar instrumentos tecnologicamente sofisticados, ter um conhecimento ‘de ponta’ das técnicas diagnósticas e opções terapêuticas, fazer diagnósticos ‘difíceis’”. Estes serviços são valorizados socialmente, em coerência com a racionalidade médica que estrutura o modelo de atenção hegemônico, contaminando os trabalhadores, conforme discutido anteriormente.

Quando a referência da gestante se fez necessária, houve reincidência nas narrativas dos trabalhadores acerca da dificuldade de encaminhamento e de garantia de que esta gestante fosse atendida em serviço de urgência ou de especialidade, e em maternidades, para parto em gestação de risco habitual, mas, principalmente, de alto risco, com as conseqüências indesejáveis que podem daí advir:

Então aquela gestante com sangramento, alguma outra coisa, não era...não era atendida. Às vezes a gente chamava a ambulância, colocava ela na ambulância e ficava lá na porta da Beneficência, às vezes, horas, entendeu? (EC1).

É uma coisa... bastante desagradável. Por exemplo: é uma paciente diabética, ela faz atendimento na ginecologia, se ela não tem o acompanhamento, então o médico solicita um endocrinologista prá ela. Ela entra na marcação normal, não tem uma... ali, uma escala interconsulta, em que ela possa ter um atendimento mais rápido (EC2).

Acontece dela ser referenciada e não ser atendida no outro serviço [HE]. Você volta e faz o que achar...o melhor que você pode (MC2).

A gente às vezes tem que transferir, mas isso é difícil, a gente não consegue transferir pra outro serviço... O ideal seria encaminhar as gestantes, a gestante antes do bebê nascer (MC3).

Mais uma vez identificamos a necessidade de qualificação da atenção básica, com reorganização dos fluxos e, talvez da composição das equipes, aumentando a resolutividade e qualidade da atenção à gestante. As normas têm buscado ampliar e qualificar as portas de entrada, induzindo o fluxo no sistema a partir da atenção básica, e organizando fluxos específicos para urgência e emergência (FERLA; LEAL, PINHEIRO, 2006). Com o Pacto pela Saúde e a Portaria da Atenção Básica não foi diferente, havendo inclusive indução pelo financiamento, mas estes dispositivos parecem não estar impactando na medida do desejo e da necessidade de usuários e trabalhadores, bem como dos gestores, a atenção à gestante. Ainda outras questões emergem ao nos determos nestes depoimentos.

Como já referido no primeiro capítulo, é competência do município, em articulação solidária e de apoio mútuo com as outras esferas de governo a garantia da referência das gestantes aos serviços de maior densidade tecnológica, tendo, inclusive que realizar acompanhamento quando do encaminhamento para serviços localizados fora de seu território. Pensar todas estas questões na tentativa de conformar uma rede mais articulada e integrada necessita ainda do concurso de uma regulação eficaz, prevista nas normas que se referem à gestão de uma forma geral, e em políticas que têm por objetivo qualificar a atenção à gestante (BRASIL, 1997, 2000b, 2002b, 2004d, 2006a, b).

Além disso, ao assinar o Termo de Adesão ao Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério, em julho de 2001, o município responsabilizou-se pela reorganização da atenção à gestante assumindo o compromisso de garantir atenção ambulatorial especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o transporte pré e inter-hospitalar, bem como sua internação em serviço qualificado para o parto.

A não observância destes mecanismos formais e legais, que buscam garantir a integralidade da atenção à gestante por meio do acesso a serviços de maior densidade tecnológica, faz-nos reiterar neste ponto a constatação da sobrecarga da capacidade instalada,

relacionada também ao fato de o município ser pólo de macrorregião. Isto aponta para a necessidade de fazer valer o dispositivo do Pacto de Gestão, isto é, (re) negociação e (re) pactuação solidárias entre gestor e prestadores no âmbito local, e entre gestores de outros municípios e de outras esferas de governo no sentido de expandir a capacidade de oferta de serviços na região (BRASIL, 2006a).

Para que a revisão da pactuação ocorra, concordamos com Viana, Faria e Pacífico (2006) que precisamos superar, além de relações intergovernamentais conflituosas (por questões, a nosso ver, político-partidárias e de definição de prioridades de alocação de recursos insuficientes), nossa frágil capacidade reguladora, e, sobretudo, implementar o controle social em nosso município. Não há como formular políticas com compromisso ético-político da integralidade sem gestão compartilhada. O sistema de saúde teria que ser permeável à participação, em todos os níveis de atenção, não restrita aos mecanismos/espços formais-conferências e conselhos (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A regulação da rede de serviços e das ações por eles a serem desenvolvidas, papel que deveria ser desempenhado pelo gestor municipal e/ou responsável pelo Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde, no entendimento de representantes de serviço, apareceu no discurso como inexistente ou ineficaz:

O problema maior é a regulação do sistema que é ineficaz, ela não conhece a realidade do sistema. Então eu acho que a gente tem que ter uma regulação mais efetiva (MC3).

(...) Isso devia era ser controlado, ter um serviço de regulação prá tá sendo... saber quantos pacientes do SUS são iniciais, quantos vieram, se aquele inicial se ele tem retorno... (EC2).

Este fato é grave, sobretudo se consideramos que o município é sede de macrorregião. A falta de controle e avaliação do que se produz de ações, e da avaliação do impacto destas ações sobre a situação de saúde, para que se tomem atitudes no sentido de favorecer o

caminhar da gestante por serviços resolutivos e humanizados, pode estar contribuindo para que o fluxo se estabeleça informalmente, em prejuízo da equidade do acesso das gestantes:

(...) a gente estudou isso com, nós com a Central de Regulação e com a DADS. Nós estudamos esse fluxo e a gente viu que esse fluxo [no ambulatório], ele é mais informal do que formalizado (...). Ele não consegue que o gestor dele marque em tempo hábil e quando marca às vezes às vezes marca para a especialidade errada (MC3).

Ai quando eu falo isso não é só na gestação de alto risco, o Hospital está sofrendo com tudo eu falei para você: nós somos atenção secundária, sendo que nós tínhamos que ter atenção terciária aqui dentro (MC3).

(...) o Hospital Escola com o atendimento restrito, limitado, porque lá tá fechado, gestante não é atendida, só as gestantes que fizeram o pré-natal lá são atendidas lá (MA7).

Ora, se as gestações que mais complicam são aquelas que foram acompanhadas fora do Ambulatório Maria da Glória, ligado ao Hospital Escola, por que as que são atendidas neste ambulatório é que têm prioridade de atendimento em um serviço que tem que fazer atendimento terciário? E esta situação foi pactuada no serviço e com o gestor municipal:

De uma maneira geral 30% das nossas consultas iniciais estão na Central de Marcação de Consultas, isso foi pactuado, e elas vêm por demanda espontânea então a maioria, tanto as de risco habitual como as de alto risco (MC3).

(...) o que a gente deixou muito claro, isso com a direção clínica, é o seguinte: que todas as pacientes atendidas no ambulatório elas teriam, a gente tem que tá garantindo a assistência delas no parto no Hospital Escola (MA5).

De uma maneira geral, de uma maneira geral está pactuado com a Secretaria Municipal que a gestante que é atendida no nosso serviço, ela vem direto, em qualquer hora ela pode ser atendida no nosso pronto socorro (MC3).

É, tem o cartão que quando a gente tem aqueles problemas, quando o berçário tá superlotado, elas né? Têm prioridade com o cartãozinho de pré-natal, elas chegando com o cartãozinho de pré-natal (AA1).

Relembramos a discussão de Ceccim e Feuerwerker (2004) sobre a formação, quando afirmaram que a autonomia das instituições formadoras não pode significar independência das políticas públicas ou da regulação do Estado. Cremos que o mesmo pode se aplicar à relação do Hospital Escola com a rede. A prestação de serviços de saúde refere-se a interesses

coletivos. A título de argumentação, estes autores nos lembram que a autonomia universitária foi perseguida durante a ditadura na perspectiva de liberdade de pensamento, de escuta dos grupos sociais e de suas necessidades, e não uma luta descolada da sociedade ou de fóruns democráticos de formulação de políticas.

Quando a maternidade do Hospital Escola fechou suas portas, os trabalhadores de um serviço secundário absorveram a demanda, com consequências negativas para a saúde da(s) mãe(s) e recém-nascido(s):

A instituição é preparada pra atender o que a gente chama de parto de...parto de baixo risco, né? Ela não tá preparada pro parto de alto risco. A hipertensa, a diabética, embora [quando] nós estivemos com o Hospital Escola fechado, nós fomos obrigados a assumir esse tipo de coisa. Graças a Deus, nós tivemos... nós tivemos poucas complicações, atendemos, mas numa estrutura que...que, estrutura pra isso não [temos] (MC2).

Estes trabalhadores relataram também o prejuízo para o bom andamento do serviço, pela tensão permanente a que são submetidos, porque constantemente a maternidade que teria que atender as gestantes de alto risco fecha suas portas e, o que é mais grave, eles não são informados quando isto acontece:

(...) você nunca sabe se tá fechado, você nunca sabe ali, entendeu? Às vezes comunicam, às vezes não se vai ser atendida lá ou não, entendeu? (MC2).

Além das gestantes, os trabalhadores também podem estar prejudicados por esta situação. Luz (2001), discutindo o processo de descentralização da saúde, aponta que um de seus subprodutos é a sobrecarga e responsabilização dos profissionais de saúde que, submetidos a condições de trabalho caracterizadas por falta de recursos resultantes do estrangulamento no setor, têm tido agravada sua situação de saúde. São eles que acabam tendo que negar o atendimento e, muitas vezes, sofrer o dilema ético de decidir quem é que vai sobreviver.

Na tentativa de superar a dificuldade de encaminhamento da gestante para os outros serviços, os trabalhadores acabam construindo outras possibilidades de relação entre os

serviços, através da construção de pontes que, informalmente buscam garantir o caminhar da gestante na rede.

Bom, agora ficou mais fácil com essas reuniões de coordenadores, por exemplo, igual aqui hoje no CAISM, se precisar de alguma coisa, eu ligo (...) é mais fácil o ...a comunicação, e com a comunicação mais fácil, a resolatividade fica mais fácil porque resolve na hora. Antes, eu como médico, nem sei pra quem eu ligava. Não sei quem era coordenador de nada, não sei quem é do CAMM, quem não é, quem é do CAISM, quem não é (MC1).

Então eu não tenho dificuldade assim de acesso, nem eles a mim porque meu celular vive ligado, o tempo que eles querem eles ligam e a gente já fala e...então não é difícil! (MA5).

A falta de organização da rede, sua fragmentação e a gestão incipiente, marcada pela quase ausência de regulação, acabam sufocando os serviços de menor densidade tecnológica que têm que referenciar as gestantes. Instalam-se mecanismos informais, brechas que são criadas pelos trabalhadores, buscando romper com lógicas, às vezes, perversas do sistema. Entretanto, estes mecanismos informais se por um lado promovem o acesso, por outro podem reproduzir iniquidade. Quem são as gestantes que conseguem ser encaminhadas? Existiriam outras com maior necessidade de atendimento ou de atendimento mais rápido?

Além disso, estes “artifícios” não são vistos como legítimos, gerando inclusive certa irritação, principalmente quando a desigualdade no tratamento entre os trabalhadores é identificada:

(...) se o médico plantonista tem...tem acesso ao Hospital Escola, consegue transferir com facilidade. Quando é um médico que não tem, entendeu? Então aí, como diz o outro, segue a lei, né? (MC2).

Como apontamos anteriormente, Cecílio (2001) nos convida a pensarmos a integralidade *focalizada* referente a cada nó da rede onde acontece a atenção à gestante. E afirma que a integralidade da atenção teria também uma dimensão ampliada, na qual haveria articulação de cada serviço com a rede composta por serviços do setor saúde e de outros setores, já que as tecnologias a serem envolvidas no cuidado integral em saúde estão em

diferentes serviços, e a melhoria das condições de vida é tarefa intersetorial (CECÍLIO, 2001). Neste sentido, não foi ainda possível identificar linhas de atenção à gestante que nos apontassem esta preocupação, embora tivéssemos identificado situações, como a relatada abaixo, que busca se contrapor à dificuldade de atendimento:

(...) geralmente a paciente não é dispensada... Às vezes atende até sem ficha [no Ambulatório de Medicina fetal], sabe? Pra não deixar a pessoa, porque às vezes não dá pra esperar... [No AMIGO], então! Às vezes o menino liga lá do CTA, a paciente já chega e a gente já encaixa no dia, sabe, às vezes é no dia (AA1).

Nesta fala identificamos uma situação que explicita vinculação entre dois serviços que vêm atuando, segundo Rovere (1999, 2003), no nível de cooperação: a partir de um problema comum - gestantes HIV positivo, estruturaram ações compartilhando recursos. Há que se destacar que, segundo depoimento da coordenadora do CTA, a docente responsável por este ambulatório realizou treinamento para coordenadores e profissionais das equipes de Saúde da Família, orientando sobre diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento de gestantes com infecção para atendimento no ambulatório especializado.

Com relação aos mecanismos de referência e contra-referência, existe uma indefinição de instrumentos, que pode estar contribuindo para o caminhar confuso da gestante na rede e para a desqualificação de seu atendimento.

Por exemplo, se for gemelar, ou pela posição, se estiver invertido, geralmente já manda pro hospital escola (...), aí ela vai utilizar o cartão da gestante. [E] também o encaminhamento dela pro parto é com o cartão de pré-natal. Salvo nesses casos que é pro hospital escola, aí geralmente ele manda tipo uma carta, às vezes não é nem de referência contra referência, às vezes utiliza aquele impresso ou não, mas geralmente ele pega uma folha grande e faz um histórico de tudo o que aconteceu, porque que está encaminhando (EC2).

(...) são até papéis diferentes da referência e a contra referência, né? Com todos os dados da paciente. Nós, os enfermeiros podemos encaminhar com aquele bloquinho ao nosso outro colega enfermeiro daquela Unidade (EA1).

O meu [parto] pode ser Hospital Escola ou Beneficência. O médico falou. Não tem nada escrito. (G3).

Primeiro eu fiz o exame particular...pra ver se eu tava grávida, aí eu peguei o exame, eu levei lá no...no guichê, a mulher falou assim:- você tem o pedido? Eu falei:- eu tenho! Então quero ver. Aí eu peguei e mostrei e foi lá mesmo! (G8).

No discurso abaixo, identificamos que o profissional pode nunca ter tido a oportunidade de refletir sobre a necessidade de um instrumento que contribuísse na circulação de informações e da gestante na rede. Ele revelou desconhecimento da existência do mesmo no serviço durante todo o período em que lá trabalhou (dois anos e meio). Entretanto, na sequência, referiu a possibilidade de uma construção do mesmo, em articulação com a equipe que atua no serviço:

(...) eu vou ser sincera, se existe um instrumento próprio ainda não passou pelas minhas mãos, porque o serviço tava andando independente quando eu assumi [a coordenação], né, e...a gente manteve essa rotina. E eu nunca vi um encaminhamento específico, um formulário específico, tá? (...) quando cheguei e virei aconselhadora, não recebi nenhum formulário, dizendo: olha, quando for encaminhar alguma gestante tem esse modelo aqui que já tem endereço e tal, né? (...) Mas eu acredito que possa ser aperfeiçoado em nível de conversa... não deliberativa, mas conversa especulativa... entre eu e [a médica do outro serviço], nós já comentamos a necessidade (PC2).

Há muitas críticas em relação aos encaminhamentos de gestantes que chegam aos serviços secundários e terciários vindas de outros equipamentos de saúde. Muitas vezes, elas são encaminhadas sem orientação sobre o serviço que receberão e como obtê-lo, chegam sem referência formal, isto é, dizem que foram encaminhadas, mas não portam nenhum instrumento no qual estejam registradas informações sobre sua situação de saúde:

(...) algumas não sabem que não tem necessidade de marcar é basta chegar... que não tem que agendar pra fazer coleta, né? (PA1).

Pra ela sair daqui lá pro CAMM é verbal porque não tem encaminhamento, porque ela não foi atendida, ela chegou e queria um atendimento. Ela não tem porque tá fechado (MA6).

Ééé...até nós começamos a reter os encaminhamentos, mas do de gestante, não peguei nenhum. (EC1).

Outras vezes, um instrumento é preenchido, mas de forma incompleta, prejudicando o atendimento a ser realizado. As informações existentes apresentam déficit de qualidade, principalmente na coleta e utilização. Se isto vale para os sistemas de informação em geral, vale também para o sistema de referência e contra-referência. A questão da qualificação da informação sobre o estado de saúde da gestante que poderia facilitar a prestação do cuidado não é reconhecida e compreendida, com isto o cuidado à gestante fica prejudicado.

(...) a dificuldade que a gente tem assim bom, é a falta de informação (...) que às vezes vem assim: encaminho a paciente pra atendimento no Pronto Socorro da GO (MA4).

Às vezes, ééé...têm algumas Unidades que colocam assim, ééé...naquela guia de referência contra referência, põe só lá assim: pré-natal, CAISM, mas não coloca atrás por quê que lá não foi feito, não, não tem uma justificativa, mas foi encaminhado. (EC2).

Os trabalhadores dos serviços de referência relataram ainda que encaminhamentos são feitos sem critério por não ter havido avaliação adequada do quadro da gestante.

(...) às vezes elas nem são atendidas [na unidade de atenção básica], só chega às vezes com a pressão um pouco alta e já são encaminhadas. (MA7).

E, ainda, que em certos casos não há esclarecimento da gestante por falta de definição, por exemplo, do local em que ocorrerá seu parto ou de quais exames estaria realizando e sua finalidade, deixando-a insegura e amedrontada. Isto pode dificultar a interação com trabalhadores do serviço para o qual foi referenciada:

Eu, o médico falou que se eu sentir as dor é pra ir pro hospital...mas, se eu não ganhar até dia 10 é pra mim voltar lá! (...) ele não falou que hospital não (G6).

Sinceramente, eu acho que elas chegam aqui com tanto medo, nem sabem por quê, mas só de falar que vai passar por uma palestra parece que elas já chegam amedrontadas (PA1).

Quanto à contra-referência, é praticamente inexistente. O profissional chega a solicitar à gestante que ele encaminhou para que peça a contra-referência ao médico que está atendendo-a, mas esta informação lhe é recusada:

A única queixa que a gente faz é em relação à contra referência, que geralmente a gente não recebe. Então a gente faz a referência, a paciente vai, mas a gente não recebe aquele retorno que deveria estar recebendo (MA2).

Eu ainda peço pra gestante: por favor, peça ao médico pra escrever no papel e mandar o retorno pra mim. Elas sempre me dizem que pediu, mas [eles dizem que] não precisa não. (MA3).

Os médicos dos serviços de referência reconhecem que não contra-referenciam as gestantes, mas parecem ter o entendimento de que se a gestante foi encaminhada, seu cuidado não pertence mais ao profissional que a encaminhou. E, somente nos casos em que houve avaliação e a gestante não precisou do serviço especializado, há contra-referência:

Mas as que não ficam no serviço, a gente manda a cartinha de volta. (...) teve uma época da rubéola que todo mundo mandava paciente com IgG positivo. Ai eu punha: caro doutor fulano que encaminhou a paciente não tem necessidade de nosso serviço por isso, isso, isso. (...) A gente não manda contra porque ela ficou, e a partir do momento em que ele encaminha... (MA5).

Há necessidade de sensibilizar equipes que atuam em serviços de referência para que acolham, se responsabilizem e se vinculem aos usuários. A responsabilização inclui a contra-referência, a disponibilização de informações para que o cuidado aconteça da melhor forma (SILVA JÚNIOR et al, 2006). A negativa de realizar contra-referência faz-nos pensar na discussão sobre poder técnico, feita por Testa (1992): até que ponto a recusa de informação pode significar a não permissão à autonomia do profissional que encaminhou e precisa ser instrumentalizado, podendo assim continuar o acompanhamento da gestante?

Mesmo não sendo esta a intenção do gesto, a não resposta reverbera no serviço de origem da gestante. O discurso abaixo denota a insatisfação do profissional que fez o encaminhamento por não entender por que não foi feita a contra-referência, e por identificar que o seguimento da gestante ficou prejudicado pela falta de subsídios para condução do caso. Denota, ainda, uma certa sensação de desprestígio, de “chateação” em relação à conduta do outro colega:

Por alguma razão eu nunca recebo a contra referência. (...) Então a gente perde a noção do que tá acontecendo, é muito ruim, deixa a gente inseguro, assim, insatisfeito com o colega, porque se eu perdi entre aspas, meu tempo pra mandar, por que ele não pode fazer a mesma coisa, né? É uma segurança que eu preciso ter pra saber se tá tudo bem. Se eu mandei não foi à toa, eu preciso daquele respaldo, né? (MA3).

A interação prejudicada entre profissionais que poderiam estar compartilhando o cuidado das gestantes pode estar revelando ainda mais uma vez a desigualdade e o valor diferenciado que se atribuem e se dão trabalhadores de diferentes níveis de atenção. O serviço é reconhecido como mais importante por sua maior densidade tecnológica. E os trabalhadores reproduzem esta desigualdade nas relações que estabelecem entre si e com as gestantes, contribuindo para a fragmentação da rede e da produção de cuidados à gestante.

Segundo Rovere (1999), em sistemas hierarquizados, como está configurado o sistema de saúde de Uberaba, a referência e contra-referência acontece como uma relação entre um serviço que se vê como doador e outro que se vê com direito de usar o primeiro, em uma relação assimétrica, que dificulta a constituição de vínculos.

A informatização da rede e a implantação do cartão SUS são vistas como possibilidades de contribuição para organização de fluxo de gestantes na rede. Entretanto, falhas na implantação do cartão no município foram identificadas. São as paredes que os usuários vão derrubando na tentativa de serem atendidos:

Mas nós sabemos que o controle do cartão do SUS é falho na cidade, então muitos usuários têm o cartão daqui sem residir em Uberaba efetivamente (MC3).

Ceccim e Ferla (2006) propõem o ordenamento da atenção em uma linha de cuidado que intensifique projetos terapêuticos, não reduzindo o cuidado ao caminhar de pessoas entre serviços de diferentes densidades tecnológicas. Para organização de linhas de cuidado seria necessário o planejamento de fluxos numa rede cuidadora e, segundo estes autores, nesta trama o sistema de referência e contra-referência seria um tramado e não uma estrutura racionalizadora de utilização dos recursos, em uma lógica hierarquizada e burocrática. Ainda

segundo estes autores, o usuário precisa ser incluído, isto é, conhecer a estrutura do serviço e da rede - e a partir de seu caminhar na rede, poder influenciar seus trajetos.

Ainda uma última questão emergiu nos depoimentos, além da não captação precoce da gestante: sua perda no caminhar pela rede. Existem problemas na atenção básica que, por diferentes motivos, não tem controle das gestantes das famílias adscritas. Quando é atendida e encaminhada para serviço de apoio diagnóstico ou especializado, como este não faz contra-referência, a gestante perde contato com serviço de origem. E os serviços especializados não fazem busca ativa de gestante que não comparece ao atendimento agendado, com exceção do AMIGO e do CTA, que também referiram dificuldades para realizar esta atividade por falta de transporte e mesmo pela omissão por parte da gestante de seu endereço.

Todos estes pontos de obstrução, de dificuldade que a gestante tem de conseguir atendimento quando busca um serviço ou quando é encaminhada, e a falta de articulação de serviços em uma rede que possa contribuir para atenção integral à gestante, têm produzido então o que denominamos perda da gestante, que emergiu de forma significativa nos discursos dos trabalhadores dos diferentes serviços:

(...) tem aproximadamente umas oito gestantes, que fazem esse acompanhamento. Com certeza na área tem mais gestantes, né? (MA2).

Agora, não é fácil, sabe? Porque nós não temos carro disponível, às vezes. Não tem muitas vezes pra ir, né? Fazer uma visita [para busca de gestante faltosa à consulta em ambulatório de especialidades]... Mas a gente tem tentado fazer isso (AA1).

É uma enfermeira que realiza a busca ativa da gestante, quando ela não vem buscar o resultado do exame ou não comparece à consulta agendada [no CTA].(...) só que ela pode mentir o endereço... (PC2).

[...] já comentamos a necessidade que a gente teria de estar sabendo se essa gestante foi ou não, porque uma coisa é ela sair daqui agendada, outra é ela chegar lá (PC2).

(...) às vezes noutra mês você não tem carro pra fazer visita, porque acontece isso também, a gente não ter carro pra fazer visita [na zona rural] e você chega lá, ela tá com dois, três meses de gestação. Aí já é bem mais complicado... (EA1).

(...) uma coisa que eu gostaria que houvesse, nem sei se existe, uma possibilidade de um..., sei lá, um serviço novo ou algum tipo de telegrama [para busca de gestante faltosa], em que a paciente desse um visto de que ela recebeu aquilo (MA3).

Ceccim e Ferla (2006) ao fazerem a proposta de uma malha de cuidados ininterruptos em substituição à pirâmide que apresenta porta de entrada única e mobilidade padronizada, definida a partir do serviço ou do profissional, falam também da regulação enquanto dispositivo para ampliar a absorção de problemas sob cuidado e monitorar as conexões entre os serviços, por onde correriam as linhas do cuidado. Esta regulação não teria, portanto, o caráter de controle externo, e possibilitaria integralidade e equidade no acesso, continuidade e longitudinalidade da atenção, bem como dignidade no trabalho para profissionais e usuários e qualidade nos serviços.

Franco (2006) afirma que trabalho em saúde é trabalho em rede. Nos serviços de saúde existe uma multiplicidade de redes operando, e o que se coloca é que tipo de rede está operando. Há aquelas que reproduzem métodos antigos de gestão do cuidado, constituídas a priori, capturadas por sistemas normativos, com práticas que desconsideram a singularidade do trabalhador e do usuário. Outras compõem mapas, com conexões e fluxos contínuos, centradas no usuário e em suas necessidades, com potência para constituição do novo. Quando os trabalhadores de saúde desejam, eles criam estes outros fluxos.

Uma aposta que fazemos é a de que se novos encontros puderem acontecer nestes espaços, aonde gestores-trabalhadores-usuários constroem um certo modo de atenção/gestão, possam dali emergir sujeitos criativos, contestadores da ordem estabelecida, que não se submetam a normas e rotinas que engravidam possibilidades de não à vida, ao repensarem questões como acesso e fluxo das gestantes e das informações produzidas durante seu atendimento na rede de serviços de saúde deste município, a relação entre atores dos diferentes equipamentos de saúde que operam o cuidado, numa lógica mais solidária e comprometida, centrada na gestante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar enquanto refletir, ponderar ou significando observar e contemplar, nos convida a empreendermos uma última etapa da viagem, sobrevoando os ‘achados’ da pesquisa. Mas, partirmos de onde?

Talvez partirmos da constatação de que a morbimortalidade associada ao ciclo gravídico puerperal e ao aborto é um fato de extrema gravidade, já que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade e, portanto, não é uma doença. E isto expressaria nossa indignação frente às informações encontradas...

Ou partirmos do desejo que pulsa na vontade e no fazer em saúde de alguns trabalhadores que têm buscado considerar a mulher como sujeito de sua vida, uma cidadã plena de direitos, que tem nome e merece ser tratada de forma digna... Ou pensar no vínculo tão estreito que beira a cumplicidade... O que nos alegra e motiva...

Atos de uma mesma cena, num palco em que estamos potencialmente implicados... Somos todos produtos de vivências da sexualidade, e a sexualidade podendo pulsar em nós, faz-nos potencialmente produtores de outras vidas...

Mas preferimos partir de um compromisso estabelecido internamente, desde o momento em que nos defrontamos com um texto de Merhy (2004) que discute o conhecer militante, de nos assumirmos como sujeitos implicados nesta pesquisa. Esta implicação transversalizou a pesquisa, principalmente, após o início do trabalho de campo, que coincidiu com a entrada da pesquisadora na composição de uma equipe gestora da secretaria de saúde do município que foi o campo empírico. O desejo da busca do conhecimento tingiu-se com outros matizes, fazia o coração pulsar, os olhos marejarem, o sorriso se estampar... Aconteceu a mudança do sujeito pesquisador, mudanças de posição: sujeito que queria ser epistêmico no conhecer militante... Saber válido? Como entrever indícios nas entrevistas e conter o fazer

cotidiano? Como fazer no cotidiano e não interrogar de uma outra maneira o campo? A distância calculada para garantir certa imunidade à pesquisa – repensar da equipe de entrevistadores... A distância impensada – os muitos fazeres de uma secretaria...

Em julho de 2006, a saída da equipe gestora da secretaria, e com ela a pesquisadora... A aparente derrocada de um projeto que agregou almas, saberes, desejos, trabalhos... A agonia, a perda... E a pesquisa? Era preciso retomá-la: prazos, compromissos... Mas como? Que sentido teria este saber? Faria sentido? Um certo tempo decorreu e a continuidade foi ditada pelo desejo do saber, do fechar, do entender... A saída interrogando o sujeito epistêmico que entre suas respostas reencontrou a militância... Ajuntar de forças, todos a um só tempo, agora! Prosseguimos em nossa tarefa de pesquisa, assumindo nosso “saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para” (MERHY, 2004, p. 43).

Feitas estas considerações iniciais, vamos às finais, sempre parciais e desejantes de um novo olhar que as interrogue... Começamos pelas práticas...

Os espaços da atenção básica se mostram potentes para um fazer mais comprometido com a integralidade: contato próximo com as pessoas, o desejo do trabalho em equipe, o agente comunitário de saúde como agenciador de outras lógicas que provocam o repensar das práticas, porque trazem para a unidade demandas legitimadas pelo seu viver no território. Por outro lado, identificamos que as mulheres não estão presentes nos espaços, construindo com as equipes um projeto coletivo...

Entretanto, o modelo hegemônico é o que norteia as práticas não só na atenção básica, mas em toda a rede. E tem sustentado um saber fazer que não tem produzido, na medida necessária, nem a defesa da vida das gestantes e nem a realização pessoal dos trabalhadores. O principal recurso dos trabalhadores, o seu saber fazer, é muito pouco compartilhado na rede, nem entre trabalhadores e nem entre estes e as gestantes, deixando a todos insatisfeitos...

Relações verticais, assimétricas marcadas por autoritarismo, gerando ora conformismo, ora resistência...

De um lado problemas, de outro recursos escassos – materiais, equipamentos, área física, saber fazer, possibilidades de encaminhamento insuficientes fazendo o trabalhador desnortear-se. Qual mesmo a direção? Ela está sendo dada por que e por quem? A gestante tem sido ouvida?

A demanda da gestante é por um atendimento qualificado, por acolhimento e respeito por sua pessoa, é por alguém que a escute atentamente, que a veja por detrás da barriga, que a reconheça como sujeito portador de desejos e frustrações, medos e aflições, mas também com possibilidade de contribuir para o pensar de uma prática mais humanizada e responsável, produtora de saúde.

E, falando em fazer saúde, as práticas estiveram relacionadas, basicamente, a ações de tratamento e prevenção de doenças na gestação. Olha a barriga de novo... E mais uma interrogação fica aqui registrada: emergiram falas que relataram a perda fetal ou aborto como consequência de agravo infeccioso ou não que pode acometer o corpo da gestante. Entretanto, não houve referência à mulher que tenha realizado aborto de forma insegura, ou ao cuidado que deveria ser prestado a ela, a nosso ver necessário. Isto sem falar da polêmica reivindicação à descriminalização do aborto. Negação? Não escuta? Repreensão?

A retaguarda da atenção, no que se refere às especialidades, ao apoio diagnóstico e às internações tem-se efetivado com consideráveis lacunas entre o produzido e o necessário. Isto porque consideramos que a suficiência deva ser entendida para além do aspecto meramente quantitativo.

Retomamos aqui a imagem do arquipélago ofertada por Rovere (1999) para olha nossa rede. Ela está fragmentada, estando cada serviço preocupado com seu espaço, em alguns casos interditando-o às gestantes, recolhendo pontes móveis, deixando-as na praia...

Algumas pontes vez por outra comunicam ilhas, contatos e contratos são feitos entre serviços de forma mais solidária. Mas estas são exceções. E o que fazer cotidiano aparta os trabalhadores de diferentes serviços que não se reconhecem como construtores que, coletivamente, podem realizar grandes obras. E, cremos, inconscientemente se desconhecem e se desconsideram, cabeça sobre o peito, costas encurvadas, andar apressado... As informações não circulam, como se a cada um ele mesmo se bastasse... Não produz, mas cobra do outro...

Talvez seja necessário que a gestão também se interrogue: que tipo de relação tem mantido com os trabalhadores? Não seriam as mesmas reproduzidas no encontro trabalhador-trabalhador e trabalhador-gestante? Como têm sido cuidados estes trabalhadores? Qual a lógica do pensar políticas e ações na tentativa de imprimir direcionalidade à rede de serviços? Qual a direcionalidade pretendida? Quão permeável tem sido ao controle social e ao pensar dos trabalhadores? E ao pensar das escolas?

As políticas e sua pretensão em relação à direcionalidade a ser impressa ao SUS, bem como ao cuidado das gestantes estão explicitadas em documentos oficiais, fruto de pactuações, de disputas e consensos. Em que medida a gestão pretende utilizá-las? E de que forma?

A indução das políticas pelo financiamento foi dada em diversas oportunidades: PROESF, Saúde em Casa, Viva Vida, Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Puerpério. Mas têm sido utilizados os recursos de forma, muitas vezes, inconseqüente, não só não cumprindo compromissos acordados, mas principalmente desprezando oportunidades de reordenar o modo de se fazer saúde. Assim, têm representado, em algumas situações, retrocesso na organização dos serviços.

Uma gestão frágil, que não consegue operar a regulação do sistema, ou realizar a gestão do trabalho e da educação na saúde, considerando alguns princípios, aliás norteadores do SUS, representados pela integralidade, pela democratização, pela defesa da vida, entre

outros, contribui para a fragmentação, para o esgarçar da rede. E tentativas de manter o tecido coeso, apartadas de um norte ético-político, aprofundam as cisões.

Não podemos desconsiderar o fato de que o sistema de saúde está produzindo e reproduzindo valores, crenças, lógicas de um todo social no qual está inserido. Entretanto, este sistema é feito por gente, que cuida de gente, e tem no cuidado a oportunidade de reencontrar sua humanidade. E, reencontrando-a, tornar-se potente para desconstruir lógicas perversas presentes no cotidiano dos serviços, interrogando-as, causando estranheza, provocando sensações e produzindo interrogações de outros, contaminando procedimentos com outras lógicas, imiscuindo um novo fazer na organização das práticas... Produzindo bons encontros...

Pensando agora nos encontros, a cada um comparecemos com nossos projetos e defendendo nossos interesses. Assim, neste momento, vem-nos a interrogação: como pautar as disputas de usuários, gestores, trabalhadores e formadores nos diferentes espaços onde se encontram para discutir/negociar/impôr projetos pelo norte da atenção integral à saúde da gestante? Como fazê-los levantar os olhos e se interessarem também por aquelas que, há alguns parágrafos, deixamos na praia? Não em uma situação confortável e despreocupada, mas na expectativa de um atendimento qualificado e oportuno? Talvez nos apropriando de algumas ferramentas e dispositivos inventados por gente comprometida com gente (MERHY, 1997a,b,c; CAMPOS, 1997a, b, 2000, 2003); talvez inventando outros nos encontros que forem se dando, centrados não mais somente em nossos interesses, mas também no daquelas que merecem de nós atitudes mais solidárias. Vamos?

REFERÊNCIAS¹

ABRAMOVAY, R. A rede, os nós, as teias: tecnologias alternativas na agricultura. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 34, n. 6, p. 159-177, nov/dez, 2000.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ARAÚJO, C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003, p. 145-168.

AYRES, J. R. C. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 49-83.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA DE SAÚDE. **Programa BH vida**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa>>. Acesso em: 07 set. 2004.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na saúde da família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003, p. 129-144.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, SP: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

_____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/LF8080.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2004.

_____. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Emite disposições referentes à participação comunitária nas atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) e à transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde. Cria a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, e se refere aos recursos do Fundo Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em:

¹ De acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

<http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/lei%20n%BA%208142.pdf>. Acesso em: 04 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília, DF, setembro de 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) Brasília: Ministério da Saúde, jan. 1997, 34 p. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/home.shtml>. Acesso em: 04 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF.** Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 466/GM** de 14 de junho de 2000b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-466ret.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 228 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/01.** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).** Disponível em: <<http://www.sesps.pa.gov.br/SUS/sus.htm>>. Acesso em: 04 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1101** de 12 de junho de 2002c. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS; Caminhos para a Educação Permanente em Saúde; Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em Brasília em 18 de setembro 2003.

_____. Seminário do CONASS para construção de consensos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária** - / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 140p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev.2004c, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Plano de Ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d, 28p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e, 80p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev.2006a, Seção 1. Disponível em <http://www.conasems.org.br/intraconsems/arquivo/legislacao/DO1_2006_02_23.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar.2006b, Seção 1. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/intraconsems/arquivo/legislacao/DO1_2006_03_29.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório tipo leito**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31&VMun=317010> Acesso em: 23 nov. 06 c

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003, p. 35-44.

_____. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004. p. 157 - 170.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 229-266.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 29 – 87.

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997c. 220p.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 85 - 108.

CARDOZO, E.E. **Grupos focais e técnicas afins**. Ribeirão Preto, 1999. [Mimeografado]

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 161 - 180.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 185-203.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul/set. 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1, 1990, Uberaba. **Anais da I Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 1990.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2, 1992, Uberaba. **Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 1992, Mimeo.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3, 1995, Uberaba. **Anais da III Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 1995.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4, 2000, Uberaba. **Anais da IV Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 2000.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 5, 2003, Uberaba. **Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 2003.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 supl., p.191-202, 2002.

CORNETA, V. K. et al. A reorganização dos serviços no Sistema Único de Saúde e a Formação de Recursos Humanos. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 5, p. 44-49, jun. 1996.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 51-66.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 351 - 370.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004, p. 205-220.

FAVORETO, C. A. O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 185-203.

FEKETE, Maria Christina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p.177-184.

FERLA, A. A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004. p. 171 - 186.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 35-60.

FILGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 389 - 414.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, Introdução e Revisão Técnica Roberto Machado. 19ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. 295 p.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(org.) **Pesquisa Social**. São Paulo, HUCITEC, 1994. p. 67-80.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 105 - 116.

GREEN, J. Minimizing malpractice risk by role clarification: the confusing transition from tort to contract. **Ann. Intern. Med.** 1988; 109: 234-41.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 147 - 159.

INOJOSA, R. M. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 115-141, set/out.1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov/dez. 2000.

LUZ, M. T. **Políticas de saúde, desigualdade e intersectorialidade integralidade e saúde:** uma prática social. Disponível em: <http://200.189.244.60/programa_sbpc56ra/sbpccontrole/textos/MadelLuz.htm>. Acesso em: 09 ago. 2004.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 17 - 38.

MANCIE, E. A. **A revolução das redes:** A colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 supl., p. 163-171, 2002.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. **"Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor"**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=1>>. Acesso em: 09 ago. 2004a.

_____. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 09 ago. 2004b.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 2004c. p. 119 - 132.

MATUMOTO, S. et al. Preparando a relação de atendimento-ferramenta para acolhimento em unidades de saúde? In: **Anna. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm.** Maio, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a055.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Mimeo, s.d.

_____. **Os grandes dilemas do SUS:** tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001a. 133p.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001b. 165p.

MERHY, E. E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto para a montagem do SUS? **Saúde em Debate**, n. 39, p. 42-7, 1993.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.) **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 117-149.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. ; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**, São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 197 - 228.

_____. Em busca da qualidade de serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**, 1997c. p. 117 - 160.

_____. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado. In: _____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 149-178.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 195 - 206.

_____. Um ensaio sobre o medico e suas valises tecnológicas: contribuições pra compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – comunic, saúde, educ.**, Botucatu, p.109-126, fev. 2000. Disponível em : <<http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15- 35.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 21- 45.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113 - 150.

MIGUELETTO, D. C. R. **Organizações em rede**. 2001.96 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: metodologia de pesquisa social qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MOREIRA, M. I. G. B. **Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família** – possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos? 2001. 230 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2001.

MOTTA, J. I. J. et al. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh>>. Acesso em: 24 jul. 2002.

NEMES, M. I. B. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo**: 10 anos de sub-programas de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987). 1989. 250 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 p. 141 -161.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p.185-192.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-9, 2001. Disponível em: < <http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 07 out. 2004.

RAMOS, M. Integralidade na atenção e formação dos sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 207 - 221.

Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas (São Paulo, 11-14 de agosto de 2002) OFICINA Nº 2 (Texto-base para debate).

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado Do Rio Grande Do Sul. 2002. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al (Org.) **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 224-244.

ROVERE, M. **Redes en salud**: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. 1999. 113 p. Disponível em:
<<http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/RedesSalud.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2004.

_____. Redes nômades: algunas reflexiones desde uma práctica de intervención institucional. **Olho Mágico**. Londrina, v. 10, n. 3, p. 57-66, jul/set. 2003.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-80. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 332 p.

SANTANA, J. P.; GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. In **Cadernos da Nona**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. p. 103-106.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SCHRIMSHAW, S. **Anthropological approaches for programme improvement**. Los Angeles: University of California, 1987.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-90.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 75 - 90.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 5231-5241, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/18.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2006.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2004.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford Univ. Press, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 supl., p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003, p. 89-112.

TESTA, M. Tendências em Planejamento. In: _____. **Pensar em saúde**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992. p. 89-128.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 185 - 203.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.190-8, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UBERABA. PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Anais da I Conferência Municipal de Saúde**. Uberaba, 1990.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta do Plano Municipal de Saúde**. Uberaba, 1991.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico Situacional de Saúde de Uberaba**. Uberaba, 1992.

_____. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Uberaba em Dados**. Uberaba, 2000. Disponível em: < <http://www.uberaba.mg.gov.br> > . Acesso em: 18 out. 2000.

_____. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Rede municipal de saúde: como utilizar**. Uberaba, 2001. 28p.

_____. Prefeitura Municipal de Uberaba. Secretaria de Saúde. **Relatório da Gestão em Saúde do Município de Uberaba Ano Base 2003**. Uberaba, 2004. [mimeo]

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão Ano Base 2005**. Uberaba, 2006a. [Mimeo]

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Uberaba, 2006b. [Mimeo]

VIANA, A. L. A.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 135-150.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. **Lancet**, 1985; 24:436-7

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3a.ed., Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo *Interrogando a operação da rede de serviços de saúde*. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a conformação da rede de serviços de saúde de Uberaba que faz atendimento à gestante, a partir da implantação do Programa de Saúde da Família; e caso você participe, será necessário participar de uma entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Maria Isabel Borges Moreira Saúde

Silvana Martins Mishima

Telefone de contato dos pesquisadores: (34)33185222/(34)33386323

Eu _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura

Documento de identidade

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista de coordenadores e gerentes

Parte I – Organização para a entrevista

A. Introdução

- Agradecimentos pela participação
- Descrever o que é uma entrevista
- Interesse em todas as idéias, comentários e sugestões que emergirem durante a entrevista
- Não há respostas certas ou erradas
- Aceitação de todos os comentários, positivos ou negativos
- Liberdade para manifestar sua opinião

B. Finalidade

- Discussão sobre alguns aspectos relacionados ao atendimento à gestante no DSI

C. Procedimento

- Explicação sobre o uso do gravador.
- Informar que todos os comentários são confidenciais, utilizados somente para fins de investigação.
- Temos que discutir vários tópicos neste encontro. Por isto, teremos, às vezes, que mudar o tema ou mudar de assunto. Mas você pode interromper, caso julgue que algo importante ainda tenha que ser dito.

D. Termo de Consentimento

Parte II – Identificação

1. Nome do entrevistado
2. Formação (graduação, pós e outros cursos relevantes)
3. Local e tempo de graduação
4. Tempo de trabalho em serviços públicos de saúde e, em especial na Unidade onde atua.
5. Como e por que foi trabalhar nesta Unidade de Saúde
6. Funções desempenhadas na Unidade

Parte III – O atendimento à gestante

TEMAS	QUESTÕES
O atendimento da Unidade de Saúde	Que ações de saúde são realizadas por este serviço? Que usuários são atendidos? Onde residem os usuários atendidos por este serviço?
O atendimento à gestante	Que ações de saúde são ofertadas às gestantes? Por quem são executadas? Por quem são planejadas? Onde residem as gestantes atendidas por este serviço?
Entrada da gestante no serviço	Como as gestantes chegam ao serviço: por demanda espontânea, através de busca ativa ou referenciadas? Se por demanda espontânea, o que as fazem procurar seu atendimento? Se por busca ativa, quem a realiza e de que forma? Se por referência, de quais serviços e por quem são encaminhadas?
Recepção da gestante e decisão sobre o seu atendimento	Quem faz o primeiro atendimento à gestante que procurou o serviço? Quem define se vai ou não acontecer o atendimento? Quem define por quem e quando a gestante será atendida? Como acontece a marcação do seu atendimento? Que critérios embasam estas definições? Quem informa à gestante as decisões tomadas?
Referência e contra-referência	Em que situações há necessidade de encaminhamento da gestante para outros serviços? Para quais serviços de saúde as gestantes são encaminhadas em cada uma das situações relatadas acima? Quem faz o encaminhamento? Existe instrumento para registro das informações que circularão entre os serviços? A gestante é informada sobre a localização dos serviços que deverá buscar e como acessá-los? A gestante é informada sobre o atendimento que será realizado nas Unidades de Saúde para as quais está sendo referenciada? Quem informa a gestante e de que forma - verbal ou escrita? O que ocorre quando a gestante alega não ter condições de buscar o serviço para o qual foi encaminhada? O que ocorre caso a gestante não retorne a esta Unidade após o encaminhamento? Existe dificuldade de atendimento da gestante nos serviços para os quais é referenciada? De que tipo? O que tem sido feito em relação às dificuldades porventura existentes?
Resolutividade do serviço	Este serviço tem conseguido resolver os problemas que as gestantes apresentam? Justifique.
Outros serviços que fazem atendimento à gestante no DS I	Que outros serviços realizam atendimento à gestante no DS I? Onde se localizam? Que tipo de atendimento é ofertado à gestante neste(s) serviço(s)? Como a gestante consegue atendimento neste(s) serviço(s)?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista de Trabalhadores

Parte I – Organização para a entrevista

A. Introdução

- Agradecimentos pela participação
- Descrever o que é uma entrevista
- Interesse em todas as idéias, comentários e sugestões que emergirem durante a entrevista
- Não há respostas certas ou erradas
- Aceitação de todos os comentários, positivos ou negativos
- Liberdade para manifestar sua opinião

B. Finalidade

- Discussão sobre alguns aspectos relacionados ao atendimento à gestante no DSI

C. Procedimento

- Explicação sobre o uso do gravador.
- Informar que todos os comentários são confidenciais, utilizados somente para fins de investigação.
- Temos que discutir vários tópicos neste encontro. Por isto, teremos, às vezes, que mudar o tema ou mudar de assunto. Mas você pode interromper, caso julgue que algo importante ainda tenha que ser dito.

D. Termo de Consentimento

Parte II – Identificação

1. Nome do entrevistado
2. Formação (graduação, pós e outros cursos relevantes)
3. Local e tempo de graduação
4. Tempo de trabalho em serviços públicos de saúde e, em especial na Unidade onde atua.
5. Como e por que foi trabalhar nesta Unidade de Saúde
6. Funções desempenhadas na Unidade

Parte III – O atendimento à gestante

TEMAS	QUESTÕES
O atendimento à gestante	<p>Que atividades você desenvolve para o atendimento à gestante na Unidade?</p> <p>O que você utiliza para o desenvolvimento destas atividades?</p> <p>Que aspectos da vida das gestantes são abordados nestas atividades? Quem realiza o planejamento das atividades?</p> <p>O que você espera do trabalho que você desenvolve junto às gestantes?</p> <p>Que problemas as gestantes trazem para o atendimento?</p> <p>Onde residem gestantes que você atende?</p>
Entrada da gestante no serviço	<p>Como as gestantes que são atendidas por você chegam ao serviço: por demanda espontânea, através de busca ativa ou referenciadas?</p> <p>Se por demanda espontânea, o que as fazem procurar seu atendimento? Se por busca ativa, quem a realiza e de que forma? Se por referência, de quais serviços e por quem são encaminhadas?</p>
Recepção da gestante no serviço e decisão sobre o atendimento a ser ofertado	<p>Quem faz o primeiro atendimento à gestante que busca o serviço?</p> <p>Quem define se a gestante vai ou não ser atendida por você?</p> <p>Quem define quando a gestante será atendida?</p> <p>Como acontece a marcação do atendimento?</p> <p>Que critérios embasam estas definições?</p> <p>Quem comunica à gestante as decisões tomadas em relação ao atendimento?</p>
Referência e contra-referência	<p>Em que situações você faz encaminhamento da gestante para outros atendimentos?</p> <p>Para quais serviços de saúde as gestantes são encaminhadas em cada uma das situações? Há agendamento a partir da Unidade de origem?</p> <p>Como você faz este encaminhamento? A gestante é informada sobre o atendimento que será realizado e a importância de busca-lo?</p> <p>Existe instrumento para registro de informações a serem enviadas ao serviço de referência? Você o utiliza?</p> <p>Quem informa à gestante sobre a localização do serviço que deverá buscar, como chegar até ele e conseguir o atendimento?</p> <p>Estas informações são verbais ou escritas?</p> <p>O que você faz quando a gestante informa que não tem como ir ao serviço recomendado?</p> <p>O que ocorre quando a gestante não retorna a este serviço após o encaminhamento?</p> <p>Existem dificuldades para o encaminhamento das gestantes? De que tipo? O que tem sido feito em relação a estas dificuldades?</p>
Resolutividade do atendimento	<p>Na sua opinião, as atividades das quais participa neste serviço têm conseguido resolver os problemas trazidos pelas gestantes para atendimento? Justifique</p>

APÊNDICE D - Roteiro do Grupo de Discussão

Parte I – Organização para o trabalho em grupo

A. Introdução

- Agradecimentos pela participação
- Descrever o que é um grupo de discussão: um encontro de pessoas que vão dar suas opiniões acerca de alguns assuntos
- Interesse em todas as suas idéias, comentários e sugestões que emergirem do processo de discussão
- Não há respostas certas ou erradas
- Aceitação de todos os comentários, positivos ou negativos
- Liberdade para manifestar opinião contrária à de outros participantes.

B. Finalidade

- Discussão sobre alguns aspectos relacionados ao atendimento à gestante no DSI

C. Procedimento

- Explicação sobre o uso do gravador.
- Informar que todos os comentários são confidenciais, utilizados somente para fins de investigação.
- O encontro é um debate em grupo, por isso não é necessário esperar que seja dada a palavra.
- Se possível, falar um de cada vez, para que o gravador registre tudo o que será dito.
- Temos que discutir vários tópicos nesta reunião. Por isto, teremos, às vezes, que mudar o tema ou mudar de assunto. Mas vocês podem interromper, caso julguem que algo importante ainda tenha que ser dito.

D. Termo de Consentimento

E. Apresentações

- Pedir a cada participante que se apresente: nome, local de residência, tempo de gravidez, se está em acompanhamento em serviço de saúde, qual e desde que época da gravidez.

Parte II – O atendimento à gestante

Decisão sobre a procura de serviço de saúde	O que as levou a decidir procurar Unidade de Saúde para realizar pré-natal? Quais serviços foram procurados? Por que? O que as levou a decidir a não procurar Unidade de Saúde para realizar pré-natal?
Entrada nos serviços de saúde	Como vocês chegaram ao serviço de saúde: por decisão própria ou por encaminhamento de outros profissionais de saúde? Que tipo de atendimento foram buscar?
Recepção	Quem recebeu vocês na Unidade na primeira vez que vocês compareceram na Unidade? Como conseguiram marcar o primeiro atendimento? Alguém procurou o serviço e não conseguiu marcar atendimento? Por que?
Serviços ofertados	Que tipo de atendimento foi oferecido a vocês no serviço? Que profissionais fazem atendimento às gestantes nestes serviços? Nestes diferentes serviços, na conversa com os profissionais de saúde, que assuntos são abordados? Problemas da gestação em si, ou também aspectos relacionados às suas vidas, às suas famílias, às suas condições de vida e de trabalho? Que tipo de atendimento vocês gostariam de ter nas Unidades de Saúde?
Referência e contra-referência	Quando há necessidade de buscar outro serviço para complementar o atendimento(para realização de exames, para especialista e mesmo para internação por complicação da gravidez ou na hora do parto): para onde são encaminhadas, por quem são encaminhadas e de que forma? Que tipo de facilidade ou dificuldade vocês encontram quando precisam ser encaminhadas para outros serviços?
Resolutividade	Vocês acham que o serviço tem resolvido seus problemas?

ANEXOS

ANEXO A – Áreas adscritas às equipes de saúde da família em Uberaba – MG, 2006.

ANEXO B – Avaliação de cobertura assistencial da atenção básica, Uberaba, 2003

Descrição das Ações	Parâmetro Ministerial	Meta Mínima Procedimento/ano	Meta Máxima Procedimento/ano	Média de cobertura	Quantidade Apresentada	Cobertura atingida
Consultas Médicas	2 a 3 por hab./ano	550.080	825.120	687.600	820.846	3,2
Procedimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	137.520	550.080	343.800	756.633	2,8
Consultas Médicas - Urg/Emerg	12% do total de consultas	66.010	99.014	82.512	170.563	20,77%
Consultas de Urg. Pré Hosp. e Trauma	3% do total de consultas	16.502	24.754	20.628	-	-
Consultas Médicas Básicas	63% do total de consultas	346.550	519.826	433.188	449.861	54,80%
Consultas Médicas Especializadas	22% do total de consultas	121.018	181.526	151.272	370.985	45,20%

Grupo de procedimentos por ordem de apresentação na tabela SIA/SUS	Parâmetros	Meta Mínima	Meta Máxima	Quantidade Apresentada	Parâmetro Atingido
01 – Ações Enfermagem/Outro de nível médio	2,28 a 6,43	627.091	1.768.507	1.251.353	4,7
02 – Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	291.542	459.317	462.708	1,7
03 – Ações Básicas em Odontologia	0,4 a 1,6	110.016	440.064	675.541	2,5
04 – Ações Executadas p/ outros prof. De nível superior	0,11 a 0,45	30.254	123.768	139.337	0,5

ANEXO C - Avaliação de cobertura assistencial da atenção especializada, Uberaba, 2003

Grupo de procedimentos por ordem de apresentação na tabela SIA/SUS	Parâmetros recomendados	Meta Mínima	Meta Máxima	Quantidade Apresentada	Parâmetro Atingido
07 – Procedimentos Especializados – Prof. Médicos, outros de nível superior	0,8 hab./ano	220.032	-	485.035	1,8
08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	0,05 hab./ano	13.752	-	9.781	0,03
09 – Procedimentos traumato-ortopédicos	0,05 hab./ano	13.752	-	3.685	0,01
10 – Ações Especializadas em Odontologia	0,05 hab./ano	11.001	16.502	81.092	0,03
11 – Patologia Clínica	40% do total de consultas	220.032	330.008	386.530	47,10%
12 – Anatomopatologia e Citopatologia	2,36% do total de consultas	12.982	19.473	30.663	3.7%
13 – Radiodiagnóstico	6.5% do total de consultas	35.755	53.632	111.828	13,60%
14 – Exames ultra-sonográficos	1,25% do total de consultas	6.876	10.314	20.431	2,50%
17 - Diagnose	5,5% do total de consultas	30.255	45.382	71.015	8,65%
18 - Fisioterapia (por sessão)	8,5% do total de consultas	46.757	70.135	32.176	3,91%
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	2.5% do total de consultas	13.752	20.628	2.702	0,32%
21 - Próteses e Órteses	0,5 do total de consultas	2.751	4.125	-	-
22 – Anestesia	1% somatória grupos 3,8 e 10	1.248	4.703	27	0,003%

ANEXO D - Caracterização sócio-econômica, segundo áreas homogêneas, Uberaba, 1991 **Legenda**

- Área Homogênea Precária
- Área Homogênea Ruim
- Área Homogênea Regular
- Área Homogênea Boa
- Área Homogênea Ótima

ANEXO E – Termo de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UFTM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: **Maria Isabel Borges Moreira Saúde**
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: **Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro**
DATA DE ENTRADA NO CEP/FMTM: **02/07/2005**
PROTOCOLO CEP/FMTM: **611**

PARECER DO CEP APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO
08/07/05

Darlene Mara dos Santos Tavares
Relatora

João Carlos de Almeida
Presidente