

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica :

cartografias da gestão de políticas públicas



Brasília – DF
2016

2016 Ministério da Saúde.



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

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

Tiragem: 1ª edição – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Edifício Premium, Torre II, térreo, sala 18
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
E-mail: dapes.sas@saude.gov.br

Conselho Editorial:

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – Cepesc

Organização:

Dário Frederico Pasche
Tadeu de Paula Souza

Conselho Editorial Cepesc:

Aluísio Gomes da Silveira Pinto – UFF
José Ricardo de C. M. Ayres – USP
Kenneth Rochel de Carmargo Jr. – UERJ
Lilian Koifman – UFF
Madel Therezinha Luz – UFF/UFRGS
Maria Elizabeth de Barros e Barros – UFES
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque – UFPE
Roseni Pinheiro – UERJ
Yara Maria de Carvalho – USP

Financiamento:

OPAS/OMS

Editora responsável:

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

Equipe editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica : cartografias da gestão de políticas públicas [versão eletrônica] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 256 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/redes_estrategicas_sus_biopolitica_cartografias.pdf>

ISBN 978-85-334-2424-1

1. Políticas públicas em saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Atenção à saúde. I. Título.

CDU 614.327.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0152

Título para indexação:

SUS Strategic networks and Biopolitics : Cartography of public policy management

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	9
PARTE I - METODOLOGIA, PROCESSOS E RESULTADOS GERAIS	13
Um percurso híbrido: metodologia de pesquisa e a vida em questão	14
Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade	29
Redes territoriais e a insistência da lógica programática: narrativas da gestão	41
PARTE II - MEMÓRIAS E NARRATIVIDADES DA GESTÃO	50
(Rede Cegonha, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Pessoa Privada de Liberdade)	50
SAÚDE DA MULHER	51
Aspectos históricos da luta pelos direitos da mulher e sua repercussão na saúde pública: desafios para a integralidade das respostas às diferentes necessidades das mulheres	52
Rede Cegonha: cartografia do trabalho da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher	68
SAÚDE DA CRIANÇA	89
Marcos históricos e modos de produção dos programas e política à saúde da criança no Brasil nos últimos 10 anos	90
Saúde da criança: do movimento programático à gestão da política pública	112

SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	124
Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: questões conceituais de uma nova Rede Prioritária no SUS.....	125
Sobre a pactuação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: uma narrativa da experiência	139
SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE	154
A privação de liberdade no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS.....	155
Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção.....	174
PARTE III - RELATOS DE EXPERIÊNCIAS	196
Mulheres, gestação e drogas: pontes de cuidado no município de Jundiaí/SP	197
A ambiência nas redes prioritárias do SUS	212
O apoio institucional na Rede Cegonha: aposta na construção coletiva de novos modos de fazer na obstetrícia e neonatologia no Brasil	226
Câmara Técnica de Humanização e Mobilização do SUS (CTH-MobSUS): dispositivo de articulação das redes temáticas, políticas e programas nas regiões de saúde	240
Sobre os autores.....	254

APRESENTAÇÃO

A gestão de um projeto institucional envolvendo múltiplas áreas, como no caso do Departamento de Ações Programáticas Estratégica (DAPES), é de uma riqueza incalculável. Esse substantivo empresta à nossa reflexão a noção de fartura e a perspectiva de herança. A demanda/encomenda era que produzíssemos como efeito da gestão do DAPES a ampliação da transversalidade entre as áreas, reafirmando o sentido inovador e utópico contido em cada de suas políticas. Inovar para reafirmar, para manter; mas também para mudar.

Desde o início, compreendíamos no coletivo, que ali se reunia, que tal empreitada exigiria uma infinidade de operações técnicas, administrativas e de planejamento derivados de uma multiplicidade de dispositivos, que acionariam diversos processos de trabalho no qual nossos investimentos iriam se corporificando em compromissos, contratos e projetos. E esta jornada, bem sabíamos que exigiria muito trabalho e encontros intensos e, não raramente, tensos.

Ao mesmo tempo, a construção de um projeto desde a intervenção pela gestão, uma vez prosperando, tornava legítimo o desejo de levá-lo adiante, como um legado a ser transmitido. Isso porque na equipe de direção do DAPES, e nos orgulhávamos disso, conseguimos constituir uma unidade de ação política capaz então de fecundar iniciativas afiançadas pela trajetória de cada um de seus dirigentes, militantes-construtores do Sistema Único de Saúde (SUS), que se apresentavam como síntese de muitos coletivos. De certa forma, a presença desses dirigentes fazia representar o desejo coletivo de aprofundar mudanças no conteúdo e, portanto, também na trajetória de políticas públicas que já cumpriam papel histórico importantíssimo na defesa dos direitos humanos em saúde, afirmativos da liberdade e da cidadania. Logo, um projeto capaz de sustentar legados, de gerar inovações, mas não para confrontar, senão para radicalizar apostas em políticas públicas efetivamente públicas.

Registrar contextos e contornos, muitas vezes preteridos nos documentos oficiais, explicitando elementos que foram decisivos para a escolha de caminhos e apostas foi o que motivou a sistematização dessa experiência, tomada então como desafio da gestão, que não poderia se ausentar do próprio projeto de intervenção.

Tem sido comum que memórias das lutas e embates, travadas em complexas relações técnicas, políticas e de poder nas instituições, nas quais confrontam uma multiplicidade

de planos de força que incidem sobre escolhas e caminhos nos processos de formulação e implementação de políticas públicas, fiquem ocultadas nos documentos oficiais e muitas vezes refugiam-se, unicamente, nas memórias dos sujeitos institucionais. Às vezes, determinados aspectos, ou mesmo fragmentos ou recortes de uma trajetória e suas produções, viram objetos de pesquisas, comparecendo, não raramente, em formato variados de trabalhos acadêmicos. O mais comum, contudo, é a circulação e a permanência de certas memórias que se transmitem pela oralidade: vai se falando, comentando, até esvanecer. Parte dessa história pode permanecer como memória viva; parte pode virar mito, folclore institucional, tomando outros sentidos. Não é incomum que essa história, então estória, vá se distanciando do sentido original, fazendo com que iniciativas, às vezes disruptivas e que produziram importantes inflexões àquilo que se vinha fazendo, divorciem-se das motivações e da discursividade que sustentaram sua fundação.

Registrar o percurso de uma intervenção institucional em organizações públicas pode ter essas e muitas outras motivações, mas não deveria jamais se tratar de um exercício movido por vaidades, ou soberba, afirmativas que são de personalismos que se somam como estratégias de privatização do espaço público. Não interessava ao grupo de dirigentes do DAPES registrar a história para nela se inscrever, o que se trataria de uma herança apenas narcísica. Tão pouco o grupo se convocava para um registro cujo formato final poderia ser algo à semelhança de relatórios de gestão ou outro material institucional de balanço e prestação de contas, até porque isso era atividade já inscrita como tarefa institucional e compromisso. Buscava-se um registro desde a memória viva daqueles que em ato, em tempo real, estavam construindo políticas públicas que coordenávamos no DAPES.

Para dar cabo a esse desejo, realizamos em parceria com o Lappis/Cepesc/UERJ e constituímos o projeto *Cartografia-memória das Políticas e Redes Estratégicas do DAPES no SUS* um eixo dentro do Projeto de Pesquisa “**Ações Estratégicas para o Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS**”, sob coordenação-geral da professora Roseni Pinheiro. Viabilizamos neste projeto nossa empreitada cartográfica, a qual queríamos tanto como recurso de registro dos sentidos ético-políticos da intervenção, em uma perspectiva mais epistêmica como também recurso analítico, de reflexão sobre a própria experiência que, à luz de um olhar avaliativo mais atento, poderia ser reafirmada, corrigida. Inspirávamos no Método Paideia (CAMPOS, 2000), pois queríamos aprimorar capacidades analíticas para aperfeiçoar políticas públicas, e na Intervenção Socioanalítica (LOURAU, 1996), aventurando-nos a melhor conhecer e compreender as relações institucionais para provocar crisanálise, motor de mudanças.

A cartografia-memória acrescentou-se a outros dispositivos já em curso na dinâmica de cogestão do DAPES, que nos serviam como “ponto de referência” para a retomada de fôlego para prosseguirmos na luta. Isso porque os embates dos processos de formulação de políticas públicas – tonificados em um Estado ampliado pela transversalidade de inúmeras forças sociais, suspeitávamos, poderiam gerar um incômodo, distanciamento das formulações (que iam ganhando formato legal e normativo) frente aos propósitos e às premissas éticas e políticas que nos irmanaram em um processo coletivo de gestão. Na dureza dos embates técnicos e políticos no interior da máquina do Estado, a cogestão e a cartografia-memória transformaram-se em valiosos recursos para ampliar percepções, refazer cálculos e reconstruir estratégias e táticas políticas. Como um construtor que com certa frequência consulta o prumo, ajustando o olho na

linha do esquadro, esse exercício crítico e reflexivo nos permitia olhar o que conseguíamos, o que construíamos e quanto isso se aproximava (ou se distanciava) desse horizonte. Todavia um horizonte que se declarava utópico, mas que seguíamos como linha mestre, guiando e animando nossa própria luta.

A Cartografia como método de pesquisa-intervenção (PASSOS; BENEVIDES, 2009) estabelece que os sujeitos envolvidos em uma experimentação (em nosso caso de gestão do DAPES) são legítimos cartógrafos. Melhor dizendo: a relação sujeito-sujeito é condição para a Cartografia. Investigar a construção de uma trajetória institucional, desde essa perspectiva, é intervir sobre a própria caminhada, pois o tempo explorado não é o pretérito, em que pese frequentemente convocado, mas o tempo presente que se faz aqui e agora e se insinua adiante, forçando o futuro (um futuro). A instigação do grupo à reflexão na própria caminhada, para que no caminho verifique feitos e efeitos de suas construções, considerando as narrativas dos caminhantes é, sem dúvida, uma intervenção.

Diferentemente de outras perspectivas metodológicas, não haveria alguém para extrair e analisar, sistematizar e devolver uma história institucional. A proposta da Cartografia é a realização de um exercício crítico-analítico pelo coletivo, que se permite autor da sua própria história, em nosso caso inscrita em uma instituição complexa, como é o caso do Ministério da Saúde. Efeito importante, nessa perspectiva, é que as pessoas passam a se perceber construtoras da própria organização, logo sujeitos históricos, o que lhes confere novas possibilidades frente ao complexo jogo institucional. Mas também as convoca e as implica, corresponsabilizando-as.

O projeto que implementamos depois de ajustes, entre os quais determinados pela reconfiguração do DAPES, criou condições para que quatro das cinco áreas remanescentes no Departamento fizessem, ao longo dos anos de 2013 e 2014, um trabalho de recuperação de sua própria trajetória. Para tanto, contamos com ajuda de cartógrafos, que passaram a ser referência para cada uma das áreas. Coube a Tadeu de Paula a coordenação do trabalho, realizando a gestão coletiva do processo de Cartografia.

Os cartógrafos apresentaram-se às equipes como catalisadores de um exercício, então mais sistemático, de reflexão e registro, sem reivindicar autoria. Mas também autores de outra autoria. A empreitada intelectual que nos lançamos exigia recursos teóricos e metodológicos que não dispúnhamos; ou melhor, até dispúnhamos, mas a natureza de nossa ação tecnopolítica em um tempo político, que se apresentou sempre como recurso escasso, impedia-nos de usá-los. A imersão dos cartógrafos, e todos seus recursos, apresentou-se como oferta para o registro e a sistematização das memórias. E foram se inscrevendo também, mesmo que discretamente, como apoiadores-analistas institucionais, pois incluídos como terceiros, interagiram com as equipes/grupos, acionando uma série de dispositivos, e não tenho dúvidas ampliaram o coeficiente de análise e grupalidade, permitindo aos coletivos melhor compreender o contexto externo e a trama institucional.

O trabalho da Cartografia realizou-se de múltiplas formas. Envolveu várias reuniões colegiadas do DAPES, bem como reuniões com as equipes e coordenações, e ainda grupos focais, entrevistas com atores-chave e pesquisas em fontes documentais diversas. O material está organizado neste livro *REDES ESTRATÉGICAS DO SUS E BIOPOLÍTICA: CARTOGRAFIA DA*

GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, que ora apresentamos. Cada um dos textos é marcado pela incidência dos coletivos e todos eles, sem exceção, foram coconstruídos e validados em uma dinâmica de concerto/conserto também construída coletivamente.

Quando a produção das narrativas já se encerrava, o grupo propôs uma ideia nova ao projeto: por que não verificarmos em práticas concretas do SUS experiências que estão em consonância com a produção ético-política que buscamos imprimir nas políticas do DAPES? Viabilizamos, então, a realização de cinco registros (incluindo agora a Saúde de Adolescentes e Jovens), na forma de hipervídeos, tecnologia de registro e de interação, a partir da introdução e/ou exploração na narrativa de temas imanentes e pertinentes às discussões. A escolha das experiências, a construção dos roteiros e a definição dos vídeos a partir de proposta inicial de edição, bem como a escolha das chamadas para os *hiperlinks*, foram definidas com as equipes técnicas, em fina sintonia com o trabalho dos cartógrafos.

A expectativa é que esse registro, tanto na forma gráfica, como audiovisual, possa servir de referência tanto como memória de uma intervenção, que passa a ser compreendida desde seus principais fundamentos e motivações, como de apoio para eventuais estudos analíticos sobre as políticas de saúde tramadas na gestão no DAPES no período 2011/2014, sobretudo para a extração de elementos ético-políticos inspiradores de uma ação militante de um grupo comprometido em fazer o SUS avançar como política pública.

Diretoria DAPES/SAS/MS (2011/2014).

■ Referências

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

INTRODUÇÃO

Tadeu de Paula Souza

A partir da definição de agendas prioritárias e estratégicas do SUS, sob a consigna de “Redes Temáticas”, estabelecida pela Portaria n° 1.473, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) passa a ocupar uma nova posição no jogo de forças do próprio Ministério da Saúde e do SUS, uma vez que três redes temáticas se encontram sob gestão deste departamento: Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha e Rede de Cuidado em Saúde à Pessoa com Deficiência. No início de 2013 a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) passou por mudanças internas, momento em que as Coordenações-Gerais de Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização, do Idoso e do Homem passam a não mais fazer parte do DAPES. Período em que a saúde no Sistema Prisional vai ganhando novos contornos e visibilidades que caminham para a formulação de uma nova política estratégica. Passamos, então, a utilizar nessa publicação o termo Redes Estratégicas para designar as redes formuladas e geridas neste departamento.

Inquietos e comprometidos com a construção de políticas públicas, gestores do Departamento de Ações Estratégicas e Programáticas (DAPES/SAS/MS) questionaram-se sobre o fato de que aquilo que se torna público do processo de gestão são normalmente os **produtos** institucionais (portarias, decretos, normas, cartilhas etc.) e raramente o **processo** de construção destes produtos: a face instituída e não a face instituinte de políticas. Esta produção nasce de uma questão: “como tornar público o processo de construção de políticas desde o lugar do Ministério da Saúde?”

Com o objetivo de contribuir com a produção do conhecimento acerca desse novo processo de gestão de políticas públicas do SUS, inicia-se o projeto *Cartografia-memória das Políticas e Redes Estratégicas do DAPES no SUS*. Esse projeto teve como foco de investigação o processo de gestão de quatro áreas técnicas¹ do DAPES: Coordenação-Geral da Saúde da Mulher, Coordenação-Geral da Saúde da Criança, Coordenação-Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência e Coordenação-Geral da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário.

O projeto organizou-se em duas grandes etapas. Na primeira etapa, que foi de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014, o projeto ocorreu articulado enquanto um eixo dentro do Projeto de Pesquisa “**Ações Estratégicas para o Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS**”

¹ No início de 2014 as Áreas Técnicas foram renomeadas para Coordenações-Gerais.

(Carta Acordo BR/LOA/1200057.001, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – Cepesc/UERJ) em cogestão entre DAPES/MS e UERJ/Lappis. No primeiro ano, o projeto configurou-se enquanto uma pesquisa cartográfica, participativa e interventiva do processo de gestão das quatro áreas estratégicas do DAPES.

Na segunda etapa, de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014, o projeto continuou com financiamento de dois Termos de Cooperação (TC) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – TC 186/2011 e o TC 44/2013. Essa etapa articulou os objetivos da pesquisa ao desenvolvimento tecnológico de produção de outras narrativas. Entendemos que, para cartografar as políticas geridas pelo DAPES, seria estratégico incluir outros atores e outras narrativas, outras perspectivas além das dos gestores do Ministério da Saúde. Para incluir outros pontos de vistas: de gestores locais, de usuários e trabalhadores, seria estratégico explorar outras narrativas. Assim, utilizamos a linguagem audiovisual como dispositivo de pesquisa de cinco experiências em que as redes temáticas se efetivam²: Saúde da Mulher em Salvador, Saúde das Pessoas com Deficiência em Goiânia, Saúde da Criança em Florianópolis, Saúde da Pessoa Privada de Liberdade em Porto Alegre, Saúde do Jovem e Adolescente em Belo Horizonte. Estas experiências foram indicadas pelas coordenações-gerais do DAPES. O objetivo foi fugir dessa ideia de experiência modelo, para as experiências que exprimem o movimento de mudança gerado pelas redes estratégicas no encontro entre diferentes entes federados e atores que compõe as redes: gestores, trabalhadores e usuários.

Entretanto queríamos mais do que um vídeo, queríamos gerar um aumento da transversalidade entre distintas narrativas (normativas, conceituais, metodológicas e de diferentes experiências) partindo do conceito de crossmídia. Após uma pesquisa, chegamos ao conceito de hipervídeo que agrega à produção audiovisual novas tecnologias de informação que possibilitam gerar convergências de narrativas e interatividade.³

Entretanto, a efetivação deste desafio não foi nada simples. Agendas sempre muito ocupadas, desmarcações em função de chamados institucionais e ritmo acelerado dos gestores compunham um cenário institucional que trazia dificuldades para a inserção da pesquisa e dos pesquisadores no campo. O Ministério da Saúde é uma instituição “vitrine”, espaço de muita visibilidade. Criar um regime ético pautado ao mesmo tempo no cuidado e no exercício crítico sempre foi uma conciliação que perseguimos ao longo da pesquisa. Assim passamos a percorrer caminhos da gestão no interior da máquina. Gerar um contratempo no tempo acelerado da gestão parecia ser simultaneamente condição e efeito da pesquisa. Linhas paradoxais que já nos inseriam de saída nesse duplo exercício: iniciar já é intervir!

O pedido inicial do DAPES foi para que fizéssemos uma cartografia dos processos atuais da gestão, no intuito de ser, a própria pesquisa, um dispositivo de intervenção. Mas antes de iniciar um acompanhamento dos processos atuais, vimo-nos diante da necessidade de pesquisar alguns aspectos sobre o processo histórico de constituição das políticas geridas pelas áreas técnicas do DAPES: fazer uma cartografia dos movimentos atuais levando em conta dimensões que constituem um campo problemático histórico e institucional.

² Na segunda etapa do projeto, a Saúde do Adolescente e do Jovem passa a compor. Mesmo não configurando como uma rede prioritária, avaliamos que seria estratégico incluir nessa etapa as questões emergentes dessa política específica.

³ <<http://www.redesestrategicassus.org>>.

Mostrou-se necessário tecer as relações de poder constituídas historicamente para se fazer uma cartografia mais consistente dos processos atuais de gestão de políticas que foram se tornando estratégicas e prioritárias no SUS. Ao mesmo tempo, apostamos que o presente comporta potência criadora para ressignificar a própria história, refazer as linhas do tempo, recompor uma memória. O contemporâneo, o atual, o presente é sempre uma linha de bifurcação, uma processualidade que se efetiva na conexão com territórios concretos que nos permitem acessar uma dimensão não cronológica do tempo, mas sim intempestiva. O tempo, nestes termos, não possui uma linearidade, mas rupturas, descontinuidades, bifurcações e encontros. São múltiplas e heterogêneas as linhas do/no tempo: linhas de subjetivação, linhas de visibilidade, linhas de dizibilidades, linhas de poder, linhas instituídas e linhas instituintes. (DELEUZE, 1988; 1991; 1996). Não narramos uma história de fatos institucionais e sim percursos feitos de acontecimentos, no sentido proposto pela análise institucional, de eventos que põe em análise a própria história das instituições, eventos com potencial analisador (LOURAU, 2004), gerando aberturas processuais que indicam um porvir, uma memória do futuro, uma memória a se construir, uma obra aberta!

Esta relação entre passado e presente trouxe algumas implicações metodológicas que veremos no capítulo sobre metodologia. Passado e presente engendram-se na construção de uma memória viva, as linhas do tempo enredam-se nos contextos atuais de composição de redes estratégicas. Assim, por meio das linhas do tempo, percorremos trajetos intensivos de consolidação de políticas públicas partindo do trabalho vivo de quem habita a máquina ministerial e tem diante de si o desafio de fazer avançar direitos universais num País com dimensões continentais: em suma, manter vivo o projeto do SUS! É nesse ponto, onde o tempo se encontra com o espaço, com os territórios geográficos, sociais e existenciais, que se efetivou o processo cartográfico da consolidação das políticas geridas pelas coordenações-gerais do DAPES/MS. Tornar acessíveis aspectos do processo de gestão do DAPES/MS mostrou-se um compromisso com o público!

Nas margens do tempo, agarramo-nos aos fios que indicavam não o que fazem e o que são os gestores, mas o que estão se tornando, que variações estão sendo experimentadas: uma abertura imprecisa sem garantias se anunciava. No limiar do presente os corpos exaustos apostavam num futuro incerto. Não apresentaremos nos textos e nos vídeos experiências modelos, mas experiências que inspiram a criação de novos modos de gerir e cuidar em saúde.

Este projeto foi composto por quatro pesquisadores⁴ (um para cada coordenação-geral/área técnica) e uma coordenação-geral⁵, além dos convidados externos que participaram desta publicação criando uma rede colaborativa entre diversas universidades: Unicamp, PUC-SP, UFMG, UFF, UERJ, UFRS, USP.

Este livro está organizado em três partes: a Parte I reflete sobre aspectos gerais da pesquisa: desenvolvimento, metodologias norteadoras e resultados gerais. A Parte II contém os artigos resultantes das quatro pesquisas temáticas. A Parte III contém Relatos de Experiências em que convidamos outros atores. Ao longo do livro estão disponibilizados links dos hipervídeos produzindo uma convergência de mídias e narrativas num produto-rede, aberto e interativo.

⁴ Cristiano Rodrigues/UFF (Saúde da Pessoa Privada de Liberdade), Tatiana Silva Tavares/UFMG (Saúde da Mulher), Paula Furlan/Unb (Saúde da Criança), Luiz Augusto de Paula Souza/PUC-SP (Saúde da Pessoa com Deficiência).

⁵ Tadeu de Paula Souza/Unicamp.

■ Referências

DELEUZE, G. Foucault, historiador do presente. In: ESCOBAR, C. H. (Org.). **Dossier Deleuze**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G. **O que é um dispositivo? O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja - Passagens, 1996.

LOURAU, R. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186-198.

PARTE I

METODOLOGIA, PROCESSOS E RESULTADOS GERAIS

Um percurso híbrido: metodologia de pesquisa e a vida em questão

Tadeu de Paula Souza
Tatiana Silva Tavares
Cristiano Rodrigues

*E se o venerável cardeal disser que vê tanto espírito no feto. E nenhum no marginal
Caetano Veloso (Haiti)*

[...] não há nenhum método puro, neutro, perfeito. Na minha opinião, o método é sempre uma aparência enganosa, uma vez que as verdadeiras descobertas jamais se fazem seguindo um método, elas sempre se fazem transgredindo um método. Como se fez uma descoberta usando um método novo, acredita-se que foi esse método novo que permitiu a descoberta e que este é o método. Mas a descoberta é sempre, ao mesmo tempo, a descoberta de um método. (LÉVY, 1999, p. 147)

Genealogia e biopoder

No presente sempre estamos às voltas com relações de poder que foram historicamente constituídas: o lugar da mulher no mundo ocidental, bem como da pessoa com deficiência, da pessoa privada de liberdade e da criança constituem campos problemáticos amplos frente aos quais se constituíram políticas específicas e estratégicas de saúde no Brasil. Como veremos, os movimentos de zigue-zague entre passado e presente criaram as condições de análise entre um campo historicamente constituído e as possibilidades abertas no presente.

Nesse sentido, nossa primeira imersão sofreu importante influência do pensamento de Michel Foucault, tanto em relação ao método genealógico em si (1977, 2001, 2001b), quanto em relação à temática do biopoder (2005, 2008, 2009). A vida na centralidade das tecnologias de poder foi algo com o qual nos deparamos a todo instante. As proposições acerca do método genealógico nos auxiliaram, no sentido de mapear que relações de poder se constituíram historicamente na conformação do corpo individual e populacional da pessoa privada de liberdade, da mulher, da pessoa com deficiência e da criança. Que regimes de saber-poder se consolidaram a ponto de ser necessário ou estratégico a constituição de políticas específicas?

Do feto ao marginal, tal qual Caetano em sua sensível colocação na letra de Haiti, constitui-se um campo problemático e uma trajetória de pesquisa. Da pauta do direito ao aborto à pauta do direito à saúde do criminoso, é o tema da vida que comparece como plano biopolítico da gestão do DAPES.

Esse modo, dito genealógico, de abordar um determinado problema, permitia Foucault sair de um determinado dispositivo em si e traçar os vetores que delimitam e constituem o dispositivo, seja ela a prisão, a sexualidade, ou mesmo uma área técnica do Ministério da Saúde. Estes vetores que constituem um dispositivo são coextensivos ao campo social. Fazer uma genealogia é apreender dos objetos seus processos de constituição a partir de movimentos

difusos, pelas suas fissuras, pelas suas bordas, pelas suas falhas e incompletudes, pela sua exterioridade.⁶

Se as análises de Foucault direcionavam-se para os dispositivos de poder era uma questão de método, não de finalidade. O objetivo era identificar o regime geral de governo que dava forma, função, utilidade, consistência a um determinado dispositivo. Interessa a genealogia os regimes de verdades produzidos historicamente, e as tecnologias e racionalidades que os constituem.

Fazer genealogia é fazer análise das camadas, dos sedimentos históricos ou das estratificações: dos regimes de saber-poder. Mas o que caracteriza este método é uma análise das sedimentações históricas para se extrair delas os diagramas de poder, não os fatos e monumentos da história. A história passa a ser apreendida na sua dimensão processual e microfísica, que pode ganhar expressão macropolítica, mas que possui primado micropolítico, ou seja, em mudanças nos regimes de sensibilidades, semióticos e produção de subjetividade. (DELEUZE, 1988)

A genealogia, mesmo que tenha que se voltar ao passado, está atenta aos problemas da atualidade. No contemporâneo, diferentes diagramas de poder, com genealogias históricas distintas se atualizam. (DELEUZE, 1988) Por meio da análise genealógica das prisões, Foucault (1977) apreendeu uma estratégia mais ampla de governo, pois nas prisões ele verificou funções que se exerciam também nas fábricas, nas escolas, nos quartéis. Esquadrinhar os espaços, ordenar os corpos, distribuí-los nos espaços, ordenar o tempo de modo disciplinar eram funções gerais das instituições das sociedades europeias do século XVIII. A docilização dos corpos diz mais de uma tecnologia geral de poder do que simplesmente do funcionamento das prisões. Dizia respeito ao diagrama disciplinar para o qual o dispositivo do *panopticum* exercia função estratégica, imprimir uma anatomopolítica dos corpos (FOUCAULT, 1977; DELEUZE, 1988).

Ao se fazer genealogia da Medicina Social, da Epidemiologia e da Clínica Médica chegou-se ao regime de saber-poder-subjetividade em que a vida, o homem, enquanto espécie, tornou-se objeto privilegiado das tecnologias de governo. Enquanto na soberania o poder sobre a vida se exercia no ato de fazer morrer, nas sociedades europeias o poder estatal sobre a vida passa a ser exercido no ato de fazer viver: governar as condutas, gerir e normalizar a vida, em suma fazer viver.

Se as normas passaram a ter função estratégica para as sociedades atuais, compreendê-las implica fazer uma história dos regimes que as produziram; uma genealogia dos regimes de saber-poder, que constituíram normas que no contemporâneo exercem força nas práticas de governo e nos regimes de lutas as quais resistem a certas normas numa afirmação da diferença e da multiplicidade. O que preocupava Foucault era a vida na atualidade. Nesse sentido, o tema da biopolítica ganha relevância transversal às diferentes áreas técnicas pesquisadas, uma vez que são os modos de vida e as estratégias de governo da vida que estão em jogo e atravessam questões ético-políticas centrais às diferentes políticas e redes estratégicas geridas no DAPES/SAS/MS. Assim, fomos conduzidos e inspirados por outros autores a pensar não só no poder

⁶ Ao afirmar que as proposições acerca do método genealógico influenciaram a metodologia da pesquisa não quer dizer que todos os pesquisadores adotaram este referencial, mas sim que ele esteve presente enquanto norteador no processo de coordenação e supervisão das quatro pesquisas específicas, dando direcionalidade metodológica.

que captura a vida, mas na potência da vida; em resposta ao biopoder, uma biopotência ou biopolítica (PAL PELBART, 2003; NEGRI; COCCO, 2005).

A genealogia nos instruiu na constituição das linhas do tempo das áreas técnicas e das políticas que estão sob suas coordenações. Não se pode disso afirmar, no rigor do método, que fizemos uma genealogia das áreas técnicas e suas políticas. O método genealógico possibilitou que, a partir da ideia inicial de construir uma linha do tempo de cada política, traçássemos menos uma linha e mais um diagrama composto de diferentes linhas a delimitar um campo problemático historicamente constituído.

As linhas do tempo de políticas estratégicas possibilitaram delimitar campos problemáticos marcados pela tensão entre lutas pela garantia de direitos, necessidades de saúde para grupos específicos (mulher, criança, pessoa com deficiência e pessoa privada de liberdade) e estratégias de normalização da vida, que forçou a institucionalização de áreas técnicas responsáveis pela formulação e gestão de políticas estratégicas. A construção de linhas do tempo correspondeu a uma etapa da pesquisa, que detalharemos mais adiante, e que nos permitiu analisar os movimentos atuais da gestão do DAPES, objetivo central da pesquisa. Inspirada pela genealogia, a pesquisa se voltou ao passado como estratégia para colocar em pauta as questões atuais que interpelam as áreas e suas políticas.

Entretanto, o atual não pode ser apreendido a partir das proposições da genealogia, uma vez que esta se debruça sobre a formação de práticas e discursos constituídos historicamente, tendo nos arquivos sua principal fonte de análise. Por outro lado, pesquisar práticas e discursos que estão em processo de formação na atualidade exige uma metodologia que possibilite acompanhar estes processos em ato. O atual é esta relação entre o que fomos e o que estamos nos tornando, ou seja, uma passagem entre um regime passado e um regime futuro, uma processualidade, ou um devir da/na história (DELEUZE, 2006).

Quando fazemos a passagem entre o estudo bibliográfico e documental para o acompanhamento dos processos de gestão do DAPES em andamento, percorremos algumas linhas que constituem os tempos históricos e políticos das áreas técnicas até o desembocar nas atuais políticas estratégicas. Delimitados, primeiramente, os campos problemáticos estratificados e sedimentados historicamente. Assim, compomos um platô provisório, incompleto, mas suficiente para a imersão num campo cartográfico que implicava acompanhar como estas linhas históricas se atualizam no presente e que novas linhas emergem da movimentação desse campo.

O principal movimento que nos interessava acompanhar foi a mudança proposta pelo DAPES de uma lógica de programas para uma lógica de gestão de políticas públicas organizadas em rede. Em que medida formular e gerir programas são diferentes de formular e gerir políticas? Variações do campo que indicam a necessidade de acompanhar os movimentos do/no atual.

■ **Proposições da cartografia: narrativas da gestão**

A partir de julho de 2013 iniciamos a pesquisa de campo lançando mão de diferentes técnicas a fim de acessar aspectos dos processos de gestão das políticas das quatro áreas em questão. Essas técnicas (grupos focais, entrevistas, devolutivas de narrativas, participação

em espaços da gestão e eventos) possibilitaram analisar as diferentes narrativas da gestão e suas tensões.

Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar – seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. O que os pacientes dizem na situação de análise, o que os terapeutas levam para suas supervisões, o que os supervisores contam do que ouviram, tudo isso implica tomada de posição numa certa *política da narratividade*. (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 151)

A Cartografia, entendida enquanto método de produção de narratividade, deve produzir um efeito de “desmontagem” das narrativas instituídas. Partindo do exemplo de discussão de caso, os autores indicam diferentes políticas narrativas. A montagem de um caso conduz a representação da realidade, cujo objetivo é estabelecer verdades sobre um determinado objeto, demarcando uma posição narrativa supostamente externa e neutra. A pesquisa deveria ser um modo de produzir uma desmontagem das posições narrativas instituídas nas portarias e nos decretos para acessar uma narrativa em construção coetânea ao processo de gestão das áreas, além ou aquém das formas instituídas.

Não existe um caso que não seja um caso narrado por alguém. Seja pelo próprio gestor, seja pela equipe. O caso é, antes de tudo, revelador de uma posição narrativa com maior ou menor poder de produzir uma verdade e definir condutas. Nesse sentido, a desmontagem do caso é também uma desestabilização de relações de saber-poder e constituição de outros modos de subjetivação presentes na gestão.

Fazer aparecer as tensões narrativas por intermédio da inserção de questões, por meio de diferentes dispositivos da pesquisa é uma forma possível de desmontar narrativas que tendem a falar do estabelecido e menos do modo como participam dos processos de gestão, falar das coisas e não do corpo que experimenta a gestão. Acessar uma narrativa menos institucional e mais instituinte dos próprios gestores mostrou-se um desafio metodológico.

Esse empreendimento cartográfico insere o pesquisador no campo de pesquisa, como veremos, como um coautor dos dados em ato. Só é possível acompanhar os processos atuais em formação intervindo na sua produção, pois do contrário, desde um lugar supostamente externo, só é possível apreender a realidade representada e não seu processo de produção. Acessar o plano de forças constitutivo da realidade implica metodologia de intervenção nas formas cristalizadas e acompanhamento dos movimentos inacabados.

O caráter produtivo e criativo do encontro que se efetua na pesquisa implica tomarmos o campo (ou caso) enquanto expressão de um território vivo sobre o qual inserimos algumas inquietações e a partir do qual somos questionados e desestabilizados. Como indicam Barros e Kastrup:

[...] o cartógrafo se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não apenas porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 58).

A inscrição do pesquisador no campo de pesquisa é também a definição de uma posição ética, enquanto *ethos* de investigação. Esse *ethos* precisa ser construído, sendo, então, moldado pelas modificações que a pesquisa produz no suposto objeto e no suposto sujeito. O cartógrafo precisa reposicionar-se constantemente ao longo de uma pesquisa. Esse exercício de reposicionamento é também um exercício de mudanças do ato de pesquisar produzido pela análise de implicação. A partir desse marco teórico, dito cartográfico, assumir uma posição é também definir um modo de intervenção, sendo esta relação entre sujeito e objeto um processo de composição e variação. O objeto de análise é composto exatamente pela composição de corpos em torno de um problema comum. Sujeito e objeto não são dados de antemão, mas ambos constituem-se no ato de pesquisar (PASSOS; BENEVIDES, 2009).

Tradicionalmente, a intervenção é entendida como ação de um sobre outro: uma “intervenção sobre”. Quando a intervenção é concebida como processo que interfere tanto no objeto quanto no sujeito, trata-se de um sentido de intervenção enquanto um (inter) vir, uma intervenção entre, no sentido de um fazer com, de uma intervenção que se passa no meio, na relação, que é necessariamente singular (PAULON, 2005; PASSOS; BENEVIDES, 2009). Esquivar-se às generalizações e destacar os movimentos de singularidade dos processos de gestão impõe um desafio a produção de conhecimento que supõe que conhecer é acessar algo que possa ser universalizável (JULLIEN, 2009). O paradigma que nos encontramos é outro, não de que o conhecimento tenha que se assentar sobre a égide da verdade, mas de que o conhecimento pode operar justamente o contrário, na desconstrução de verdades e liberação de novos possíveis, novas narratividades.

A ativação de uma política da narratividade da gestão tem uma potência não de ser generalizável, mas de se propagar num efeito de contágio, à medida que a desestabilização de representações gerais sobre o que é gestão, possibilita a ativação de construção de novos modos de gestão. Nessa perspectiva a produção do conhecimento não oferta modelos a serem seguidos, mas dispara a criação de novos processos.

Operacionalização do método: os movimentos da pesquisa

O processo de pesquisa foi constituído em quatro movimentos organizados enquanto etapas da pesquisa:

- Movimento 1 – Construção das linhas do tempo
- Movimento 2 – Cartografia dos processos de gestão das áreas técnicas do DAPES
- Movimento 3 – Produção de uma narrativa comum
- Movimento 4 – Convergência de narrativas e território: o dispositivo audiovisual

Preferimos definir essas etapas enquanto movimentos porque uma não se encerra completamente com o início da seguinte. Cada movimento não só se expressa nas etapas seguintes, dando direcionalidade à sequência da pesquisa, como ela é resignificada e revisada a partir do que foi sendo produzido pelos movimentos seguintes numa circularidade criativa. Essa noção de circularidade conferiu às etapas um sentido de movimento permanente, sendo estratégico, para a coordenação deste processo, gerar produtos específicos para cada etapa

como condição para se abrir um novo movimento/etapa. As linhas do tempo, os processos atuais de gestão e os desafios de constituição de um comum são dimensões da realidade que coexistem, sendo as etapas de pesquisa um artifício operacional da pesquisa.

Os encontros sistemáticos de supervisão coletiva dos pesquisadores foram fundamentais para constituição de uma afinção entre pesquisas e pesquisadores com aportes e objetos específicos.

Movimento 1 - Construção das linhas do tempo

O primeiro movimento da pesquisa dedicou-se a traçar um campo problemático historicamente constituído em torno das lutas por mais direitos. Esse processo sofreu importante influência das proposições da genealogia e da temática do biopoder. Nos primeiros meses nos dedicamos a: construção de um Mapa dos Marcadores que compõem a Linha do Tempo de cada área técnica do DAPES e construção de um campo problemático que indique os desafios políticos e históricos da área técnica.

- I. Mapa dos Marcadores que compõem a Linha do Tempo de cada área técnica do DAPES – esse processo foi realizado a partir do levantamento e sistematização das principais produções institucionais de cada área (principais documentos políticos, portarias, leis e decretos, publicações relevantes, vídeos e entrevistas com informantes-chaves de cada área). Esses eventos foram tomados como analisadores de um campo problemático que forçou a constituição de áreas técnicas no âmbito do Ministério da Saúde.
- II. Construção de um campo problemático que indique os desafios políticos e históricos da área técnica – elaboração de um texto que articulou estes eventos analisadores em torno de um problema posto para a gestão da área técnica. Ao longo da pesquisa, fomos entendendo que este texto também é a construção da perspectiva do pesquisador sobre a linha do tempo, no sentido de indicar um campo problemático histórico e político e ao mesmo tempo destacar as questões relevantes para o pesquisador indicando o seu interesse na pesquisa. A partir da orientação do método genealógico foram se delineando as diferentes linhas que compõem o campo problemático biopolítico que atravessa cada área técnica do DAPES/MS. E a partir da análise de implicação foram emergindo objetos de desejo para os pesquisadores.

Síntese do Movimento 1

Foco:	Marcadores institucionais (leis, congressos, decretos, portarias, principais mobilizações sociais) que demarcam o processo de consolidação das políticas/áreas – chegando até as políticas de governo atuais.
Pergunta disparadora:	Que vetores interferiram na constituição de políticas específicas?

continua

conclusão

Síntese do Movimento 1	
Período:	Primeiro semestre de 2013
Produtos:	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz Analítica das Linhas do Tempo. • Textos: Genealogias do campo problemático da luta por direitos (mulher, criança, deficiente, pessoa privada de liberdade).
Efeitos de Narratividade	<ul style="list-style-type: none"> • Narratividade das lutas por direitos ou sobre <i>o que deve ser feito</i>. • Narratividade das Lutas – Constituição de Políticas de Estado. • Narratividade dos movimentos internacionais e movimentos sociais nacionais tensionados pela garantia de direitos e consequentemente por políticas de saúde. • Narratividade das tensões entre luta por direitos singulares e o risco da captura de uma lógica identitária e consequente viés programático e normativo das políticas de saúde.

Uma proposta metodológica que adotamos, como modo de acessar esse plano de constituição das políticas, foi desenhar a linha do tempo de cada política/área técnica. Criou-se um tracejado entre eventos analisadores que podiam ser decretos, portarias, leis, ou mesmo mobilizações sociais, conferências, normas internacionais etc.

Não nos propomos a fazer uma sistematização de todos os marcos institucionais, mas sim daqueles que pudessem dizer de variações do próprio campo problemático, uma vez que toda linha do tempo é um recorte. Foram pesquisados os cadernos e documentos de cada área técnica, as principais portarias e bibliografias que descrevem e analisam aspectos dessa história e discutidos com as coordenações-gerais do DAPES para validar e enriquecer essa trajetória.

Assim foi elaborado o **primeiro produto** da pesquisa: uma matriz analítica contendo importantes marcos institucionais, instituídos ou instituintes, que conformam um campo de constituição das respectivas políticas estratégicas. Essas matrizes possibilitaram identificar os principais vetores de constituição das diferentes políticas num movimento de institucionalização de direitos e consequentes efeitos no campo da Saúde e no SUS.

Como **segundo produto** desta fase, foram elaborados, a partir dessas matrizes, quatro textos sobre as linhas do tempo de cada área técnica incorporando novos aportes bibliográficos em função das necessidades que a composição do texto impunha aos pesquisadores.

Ao final da elaboração destes textos ficou possível perceber que são textos que apresentam a constituição e a delimitação de um campo problemático historicamente constituído que circunscreve às áreas técnicas. Campos problemáticos frente aos quais as áreas técnicas

foram se constituindo e criando diversas respostas institucionais. Como principais vetores de composição destes campos problemáticos foram destacados: i) os movimentos sociais pelos direitos humanos (nacionais e internacionais); ii) normas e compromissos internacionais; iii) os processos nacionais do Estado brasileiro na consolidação de direitos; e iv) institucionalização de ações estratégicas do âmbito da saúde.

Movimento 2 - Cartografia dos processos de gestão das áreas técnicas do DAPES

A partir de julho de 2013, iniciou-se a Etapa 2 da pesquisa que implica na definição mais clara do desenho de pesquisa de cada pesquisador, elaboração de um roteiro, marco teórico-conceitual e cronograma de execução. Nessa etapa se iniciou, de modo mais sistemático, o processo de coleta de dados com foco na análise do processo de trabalho dos profissionais das coordenações-gerais do DAPES/MS. A entrada no campo deu-se de diferentes maneiras implicando articulações com as áreas técnicas em função da agenda do Ministério da Saúde. Foram realizados grupos focais, entrevistas, diário de campo na participação em espaços estratégicos.

Embora trabalhando com referenciais teóricos distintos, os pesquisadores elaboraram narratividades das áreas técnicas que evidenciam as diferentes forças políticas, históricas, técnicas e subjetivas que atravessam e compõem o processo de trabalho das áreas técnicas. Essas narrativas foram consolidadas e validadas pelas respectivas áreas técnicas.

Síntese do Movimento 2	
Foco:	Processo de trabalho das áreas técnicas na gestão de políticas públicas do SUS.
Pergunta disparadora:	Quais as principais demandas sociais e institucionais das áreas técnicas? E como elas se organizam para responder a tais demandas?
Período:	Segundo semestre de 2013 e primeiro de 2014.
Produtos:	<ul style="list-style-type: none"> • Texto: Cartografia dos movimentos políticos-institucionais das áreas técnicas na atual gestão DAPES/MS.
Efeitos de narratividade	<ul style="list-style-type: none"> • Narratividade dos paradoxos e contradições da gestão. • Narratividade da agonística de se habitar alguns paradoxos. • Narratividade sobre o modo de habitar este paradoxo: estratégias.

Esta etapa/movimento da pesquisa se mostrou a mais desafiadora. Acompanhar como equipes do Ministério da Saúde se organizam e concebem o seu próprio trabalho é um processo de extrema relevância e delicadeza. Tanto pelo papel desempenhado por este ente na efetivação do SUS quanto pelo fato de ser uma instituição pouco afeita e habituada a ser objeto de pesquisa qualitativa.

Um dos principais desafios para efetivação desta etapa foram as rotinas das equipes sempre muito sobrecarregadas e com pouco tempo para participarem de entrevistas e/ou grupo focais.

Nesse sentido, a fim de assegurar um mínimo de institucionalidade para a pesquisa, foi constituído em abril de 2013 um Comitê de Pesquisa composto pelos coordenadores das quatro áreas técnicas pesquisadas e o diretor do DAPES, além da equipe de pesquisadores. Nesse primeiro encontro, foi apresentada a proposta da pesquisa e estabelecido um contrato de trabalho em que as áreas se colocaram solidárias em participar do processo e contribuir dentro de suas possibilidades.

Foi pactuado mais dois encontros do Comitê em 2013, um para 10 de setembro e outro para dezembro. Apesar da pactuação, a agenda de setembro não pode ser realizada em função da viagem estratégica do diretor do DAPES. Essa agenda foi remarcada para o dia 19 de novembro, que ocorreu com representantes das coordenações e ausência do diretor do DAPES em função de sua licença-paternidade.

Este episódio foi tomado pela equipe de pesquisa como um fator que gerou dificuldade para a apropriação da pesquisa pelas áreas técnicas e pelos respectivos coordenadores. Apesar das dificuldades em se efetivar um Comitê de Pesquisa em que tensões e necessidades pudessem ser repactuadas, essa proposta se manteve possibilitando uma continuidade.

O Comitê de Pesquisa foi retomado em fevereiro de 2014 a partir de uma análise crítica entre coordenação da pesquisa e diretor do DAPES, em que essa recomposição era condição para a continuidade e o fechamento da pesquisa. Foram realizadas duas reuniões em fevereiro com o Comitê de Pesquisa com todos os seus integrantes que já demarca a Etapa 3 da pesquisa, conforme veremos no próximo tópico.

No que tange a condução de cada uma das quatro pesquisas, verificamos uma ampliação da participação dos diferentes atores em diversos espaços/dispositivos da pesquisa. Cada pesquisador pode seguir caminhos singulares e definir as técnicas de coleta de dados mais apropriada. Entretanto, esta produção sempre foi compartilhada e analisada pelo grupo de pesquisa gerando trocas e constituindo um plano comum de análise.

Foi definido como direção metodológica para as quatro pesquisas a necessidade de validação dos dados e análises produzidas. Cada narrativa produzida por grupo focal, entrevista, ou diários de campo eram validados pelas áreas técnicas ampliando o caráter participativo da pesquisa; e o campo de análise que traziam modificações para os textos subsequentes. Somente em momentos pontuais foi necessária a intervenção do coordenador no sentido de mediar alguma tensão ou garantir a agenda programada. Os textos produzidos trazem aspectos inéditos sobre as inovações da gestão, principalmente dos últimos quatro anos de governo (2011-2014).

A partir da análise da produção das quatro áreas, foram emergindo categorias de análise que permitissem fazer análises mais profundas das quatro áreas e da produção/gestão do DAPES como um todo.

Movimento 3 - Produção de uma narrativa comum

A partir das narrativas e das análises produzidas de cada área, passamos a nos questionar qual seria o comum do DAPES. Fizemos leituras das narrativas de cada área para identificar dimensões comuns e transversais às quatro áreas. As categorias foram organizadas da seguinte maneira:

- Ampliação de dispositivos participativos de formulação e negociação.
- Revisão do papel institucional do MS na relação com outros entes na constituição de políticas (ênfase na metodologia do apoio institucional).
- Investimento em redes territoriais como modo de inserir pautas específicas/temáticas em redes sociais, assistenciais e existenciais.
- Direitos humanos e influências da Política Nacional de Humanização.

Estas categorias foram sistematizadas e compostas por trechos de narrativas de cada área criando uma narrativa híbrida entre as diferentes áreas. Essa narrativa foi denominada de primeira dimensão comum às áreas. Este material foi apresentado no Comitê de Pesquisa junto ao Colegiado de Gestão do DAPES, gerando uma primeira rodada avaliativa, aprofundando a construção de uma narrativa comum. Foram definidas e revisitadas as categorias de análise formando um roteiro de grupo focal.

Essas categorias foram transformadas em perguntas norteadoras do grupo focal realizado com as coordenações-gerais do DAPES, causando intenso debate que serviu de material para a constituição dos artigos sobre dimensões comuns do DAPES.

Síntese do Movimento 3	
Foco:	Percepção do Colegiado do DAPES (coordenadores das áreas técnicas e diretor do DAPES) sobre aspectos comuns às áreas e singularidades de cada área.
Pergunta disparadora:	Existem aspectos comuns às áreas do DAPES? Quais?
Período:	De janeiro a março de 2014.
Produtos:	<ul style="list-style-type: none"> • Textos sobre a produção comum no DAPES. • Definição das categorias de análise para finalização dos artigos/textos (etapas 1 e 2).
Efeitos de narratividade	<ul style="list-style-type: none"> • Narratividade das dimensões do comum no DAPES.

Aspectos relevante do desenvolvimento da Etapa 3

A partir de outubro de 2013, passamos a nos questionar se havia algo de comum entre áreas tão específicas e distintas que nos indicasse sobre a função do DAPES. Haveria uma

produção comum do DAPES ou o DAPES seria um depósito de diversos programas específicos que pouco se articulam?

Partimos da aposta metodológica de não tomar o DAPES enquanto um objeto de investigação. Propomos um caminho de pesquisa em que o DAPES fosse emergindo das análises dos movimentos de cada área técnica. O DAPES foi constituindo-se como espécie de ‘moldura’ delimitada a partir da composição dos desenhos de gestão de cada área. Após finalizados os textos cartográficos de cada área, compostos pelas narrativas de gestores, demos início ao exercício de produção de uma narrativa comum do DAPES. Ao longo da pesquisa, além dos temas e objetos específicos de cada área, foi emergindo enquanto objeto comum de análise o tema da gestão. Os modos de gestão passaram a ser o objeto transversal das diferentes áreas e ponto de conexão entre cada área com o próprio departamento.

Nesta etapa de finalização da pesquisa o sentido de intervenção e participação se intensificaram, uma vez que o comum não é algo da ordem da revelação ou mesmo algo que se encontra ou se descobre: o comum se produz (HARDT; NEGRI, 2005; PASSOS; KASTRUP, 2013). A partir das narrativas das áreas técnicas tínhamos alguns indícios de uma dimensão comum às áreas que compõem o DAPES. Era necessário criar categorias de análise que dessem expressão a produção comum do DAPES no espaço de Colegiado de Gestão, o qual participam todos os coordenadores das áreas técnicas e o diretor do departamento. Em fevereiro de 2014, foram realizadas duas oficinas com os gestores do DAPES: no dia 4 e no dia 18.

No dia 4 de fevereiro foi realizada uma oficina de devolução dos achados da pesquisa (Etapa 1 e Etapa 2). Foram apresentados os produtos referentes a cada etapa e as categorias de análise comum às áreas:

- Apoio institucional e mudança da relação interfederativa.
- Tensão entre direção macropolítica governamental e demandas dos movimentos sociais.
- Tensão entre complexidade/volume da demanda e estrutura institucional precarizada.
- Tensão entre necessidades técnicas específicas e pauta social/política.
- Movimento de mudança da lógica de gestão programática para uma lógica de gestão de políticas públicas.

A partir desta devolutiva, em que foram apresentadas narrativas compostas por trechos de narrativas de cada área técnica, os gestores do Colegiado Gestor do DAPES puderam debater sobre sua prática, rever posições, apontar desafios, paradoxos e contradições. A intensidade do debate acabou gerando o pedido do próprio grupo de gestores para a realização de uma segunda rodada em que propomos fazer um grupo focal em torno de algumas questões disparadoras que abordavam temas que avaliamos que precisavam ser aprofundados.

No dia 18 de fevereiro, foi realizada a segunda oficina com o Colegiado Gestor do DAPES em que utilizamos a técnica de grupo focal. Participaram cinco coordenadores-gerais (das áreas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e Saúde do Adolescente), diretor do DAPES e duas secretarias-gerais do DAPES.

Roteiro do Grupo Focal Colegiado Gestor do DAPES:

1. Quais potencialidades e desafios vocês destacam do atual modo de gestão das áreas do DAPES para formulação e efetivação das atuais políticas?
2. Que movimentos estão ocorrendo no sentido de continuidade e de afirmação destas políticas para além da ação deste grupo? E como vocês percebem estes movimentos?
3. Como vocês percebem a inserção destas políticas enquanto pautas para a sociedade civil? E como a sociedade civil passa a pautar estas políticas?
4. Que questões estão sendo colocadas com o final de um ciclo de governo? E como vocês estão vivenciando este fechamento em termos de estratégias de gestão?

Este encontro foi gravado e transcrito. A partir deste material foi elaborada uma narrativa comum do DAPES que serviu de material para um artigo da PARTE I desse livro.

A partir deste ciclo de oficinas com o Colegiado Gestor do DAPES pudemos observar ampliação do caráter interventivo e participativo da pesquisa. Estes atores (coordenadores e diretor) se sentiram mais inseridos no processo de pesquisa, podendo trazer questões específicas do grupo. Enquanto os grupos focais e diários de campo captavam narrativas das equipes técnicas, as oficinas realizadas em fevereiro possibilitaram a constituição de uma narrativa dos gestores do DAPES produzindo uma narrativa comum. Por comum aqui não entendemos narrativa composta somente por consensos, mas também por dissensos, tensões, dúvidas, oscilações e apostas.

Movimento 4 - Convergência de narrativas e território: o dispositivo audiovisual

Uma importante produção comum da gestão do DAPES foi uma nova relação entre Ministério da Saúde e os diferentes territórios do Brasil. Um intenso investimento numa outra arquitetura institucional que amplifique o grau de comunicação entre o DAPES e os territórios demarcou uma importante inflexão comum que se tornou objeto de investigação.

A partir desse momento, a equipe de pesquisa passa a se questionar sobre a necessidade de acompanhar essa linha apontada pelos gestores do DAPES. Passamos a achar que seria importante não reduzir a pesquisa às perspectivas dos gestores, seria necessário incluir outras posições narrativas, incluir a perspectiva do território. Caso seja no território que as redes estratégicas se efetivam, nada mais pertinente do que acompanhar como essas mudanças e tensões institucionais se expressam no território.

Para isso, apostamos numa importante inflexão metodológica. Achamos que para produzir uma amplificação das narrativas seria necessário trabalhar com uma metodologia que produzisse uma convergência de narrativas. A narrativa acadêmica e cientificista da pesquisa precisaria convergir e se integrar a outras narrativas, em especial a narrativa audiovisual.

Assim, ao longo de 2014 e início de 2015, utilizamos a linguagem audiovisual como dispositivo de pesquisa de cinco experiências em que as redes temáticas se efetivam⁷: Saúde

⁷ Na segunda etapa do projeto, a Saúde do Adolescente e do Jovem passam a compor. Mesmo não configurando como uma rede prioritária, avaliamos que seria estratégico incluir nessa etapa as questões emergentes dessa política específica.

da Mulher em Salvador, Saúde das Pessoas com Deficiência em Goiânia, Saúde da Criança em Florianópolis, Saúde da Pessoa Privada de Liberdade em Porto Alegre, Saúde do Jovem e Adolescente em Belo Horizonte.

Iniciamos outro projeto por dentro desse, um projeto para documentação de cinco experiências locais das redes estratégicas do DAPES. Mais do que produzir cinco documentários sobre as redes, queríamos produzir transversalidade entre produção acadêmica e produção audiovisual, que comportasse e incluísse as diversas dimensões da pesquisa: narrativa dos gestores, narrativa acadêmica, narrativa de atores locais e narrativas históricas que organizamos enquanto linhas do tempo. Propusemos uma hipermídia em que o audiovisual se tornou dispositivo de pesquisa produzindo uma convergência de narrativas sobre as redes estratégicas.

Nessa etapa, os pesquisadores passaram a exercer função de curadoria e roteirização do processo de documentação audiovisual. Todos os pesquisadores fizeram visitas às cidades escolhidas para cartografar os movimentos das redes nos territórios gerando um pré-roteiro, guia para a equipe de filmagem e direção. Essa etapa foi recheada de criação e experimentação de um dever do pesquisador. Assim nos dedicamos à produção de “hipervídeos” que possibilitou uma transversalidade de narrativas que traz importantes inovações metodológicas que ainda não conseguimos esgotar todo o seu potencial. Esse material audiovisual subsidiou a elaboração de um dos artigos desse livro em que tratamos das redes territoriais.

Resultados Gerais

A confecção de metodologia híbrida caracterizou esse processo criativo de pesquisa produzindo importante campo de reflexão sobre as políticas do DAPES em quatro dimensões:

- Do processo histórico de consolidação de políticas específicas em conformidade com a luta por direitos humanos.
- De um processo político atual da sociedade brasileira em torno de novos direitos.
- Do processo de gestão de políticas públicas no âmbito do SUS para garantir direitos.
- Do processo de articulação das redes nos territórios.

A complexidade do campo problemático investigado exigiu a criação, em ato, de desvios e apostas que encontraram importante respaldo institucional para sua efetivação. O tom crítico acompanhou todo essa trajetória, sendo uma espécie de alimento dos pesquisadores. A defesa do público diante dos processos de privatização da vida tornou-se foco de reflexão permanente entre os pesquisadores. Tal preocupação foi ganhando expressão metodológica em diários de campo, entrevistas, grupos focais e documentação audiovisual.

Verificamos, assim, que as Redes Estratégicas⁸ produzem importante conexão entre o campo da Saúde e as temáticas políticas amplas que mobilizam a sociedade brasileira. O tema dos direitos vem ganhando novos contornos na sociedade atual. A conexão em redes sociais abertas vem intensificando o debate em torno dos direitos das mulheres, das crianças,

⁸ Redes Temáticas geridas no DAPES.

das pessoas privadas de liberdade, das pessoas que usam drogas ilícitas, das pessoas com deficiência, dos homossexuais etc.

Por ser um Departamento que trata justamente com as especificidades que compõem uma sociedade, o DAPES acaba por estar diretamente envolvido com muitas das temáticas atuais que mobilizam a sociedade brasileira na luta por novos direitos. Acompanharemos, ao longo desta publicação, intenso campo de mobilização que atravessa o campo da Saúde numa desconstrução de uma lógica tecnicificante e programática. Essa publicação não é sobre vitórias e derrotas, mas sobre conflitos e tensões.

A publicização e a divulgação dos modos concretos com que algumas equipes de gestão enfrentaram tais desafios constitui material de grande relevância para a consolidação de políticas públicas e qualificação do debate acerca da tarefa da gestão de políticas públicas de saúde.

Referências

- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, L. P. et al. (Org.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulinas, 2009. p. 52-75.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2011b. Seção 1, p. 119.
- DELEUZE, G. A vida como obra de arte. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2006. p. 118-126
- _____. Foucault, historiador do presente. In: ESCOBAR, C. H. (Org.). **Dossier Deleuze**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.
- _____. **O que é um dispositivo? O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja - Passagens, 1996.
- _____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005.
- _____. Genealogia e Poder. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2001b. p. 167-177
- _____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.
- _____. **Segurança, território e população**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2009.
- _____. Soberania e disciplina. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2001. p. 179-191.
- _____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1977.
- HARDT, M; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

- JULLIEN, F. **O diálogo entre as culturas**: do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 2009.
- KASTRUP, V. A Rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: FONSECA, T. M. G. E.; KIRST, P. G. (Org.). **Carografias e Devires**: a construção do presente. [S.l.: s.n.], 2003. p. 53-62.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, Arte e Intervenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, 2001.
- KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, Aug. 2013.
- LÉVY, P. Árvores de saúde: uma conversa com Pierre Lévy: Entrevista. **Revista Interface**. Botucatu, 1999, p.143-156.
- LOURAU, R. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186-198.
- NEGRI, A; COCCO, G. **Glob(AL)**: Biopoder e luta numa América Latina globalizada. Rio de Janeiro; São Paulo: Ed. Record, 2005.
- PAL PELBART, P. **Vida Capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- PASSOS, E; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na Pesquisa-Intervenção. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, set./dez. 2005, p. 16-23.

Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade

Tadeu de Paula Souza
Ricardo Rodrigues Teixeira

Introdução

Os investimentos em fortalecimento de redes mobilizaram intensamente o Ministério da Saúde e o SUS nos últimos quatro anos (2011-2014) atualizando novos e velhos desafios. Se, por um lado, a articulação de redes é um velho problema para a saúde, por outro algumas temáticas ganham novas expressões na sociedade brasileira. Pautas, até então, pouco discutidas em nossa sociedade vão ganhando expressão nas redes sociais, nas mídias tradicionais e nas ruas. Temáticas como *Crack*, aborto, maioria penal, mortalidade materno-infantil, parto domiciliar, entre outros, passam a mobilizar a sociedade brasileira e a convocar a saúde como campo formulador de novas respostas. Algumas destas temáticas foram tomadas como pautas da campanha eleitoral à presidência em 2010 e se tornaram compromisso do primeiro mandato do governo Dilma Rousseff mobilizando diferentes ministérios, entre eles com uma intensa participação o Ministério da Saúde sob a gestão do Ministro Alexandre Padilha.

Pensadas inicialmente como compromissos de governo, algumas temáticas sociais ganharam institucionalidade de redes de atenção à saúde numa estratégia de torná-las mais afeitas aos princípios e às diretrizes do SUS. Instituem-se as Redes Temáticas já como uma estratégia de conformação no jogo que se estabelece entre as macropolíticas governamentais e as micropolíticas da gestão ministerial, donde decorrem avanços, contradições e limites. Esses compromissos, assim como os desafios e conflitos que iremos analisar a partir das Redes Temáticas, procedem em parte do compromisso mundialmente assumido pela diminuição das desigualdades sociais denominados de Objetivos do Milênio. Em 2000, 189 países assinaram um compromisso para combater a pobreza extrema e outros problemas sociais até 2015, que configuraram os oito Objetivos do Milênio. Em 2010, os países renovaram os compromissos com o objetivo para garantir e acelerar o cumprimento dos objetivos. O tema da equidade passa a ganhar especial relevância no cenário brasileiro e para o SUS, o que exige a revisão deste princípio.

Redes Temáticas e Equidade: entre o geral e o singular

Uma pesquisa realizada por Campos (2006) indica que, na saúde, a equidade é utilizada com dois sentidos principais. Um primeiro sentido geral que tende a confundir equidade com a própria noção de justiça e igualdade e um segundo sentido aristotélico que trata a equidade como uma aplicação singular de uma regra geral. Sendo que há predomínio do primeiro sentido em que prevalece a preocupação em se estabelecer regras justas para o conjunto da sociedade e não considerar tanto a segunda noção que atenta para as singularidades como campo de construção política (CAMPOS, 2006).

Verificamos que o conceito de equidade – *epieikeia* – nasce atrelado ao sentido de igualdade – *aequale* –, mas guarda em relação a este uma importante diferença. O sentido de igualdade é traduzido em termos jurídicos por isonomia: que define que todos são **iguais** perante a lei. No campo das políticas públicas esse termo é incorporado pela noção de universalidade do acesso. Então, a correlação mais correta é entre igualdade e universalidade, pois um sistema universal é um sistema que garante que todos têm direitos iguais de acesso.

A desigualdade está para a igualdade como um oposto a ser superado, assim como a diferença está como um oposto a ser incluído. A igualdade, entendida como conceito transcendental, encontra-se duplamente questionada pelo concreto das experiências: o mundo concreto é feito de desigualdades e diferenças. É, portanto, frente a essa exigência do concreto, que o conceito de equidade se faz necessário. Enquanto a igualdade representa o esforço de definir uma referência universal e transcendental a todos os homens, a equidade representa o esforço por diferenciar, distinguir as situações para ser exercida em casos concretos e atuais.

A isonomia iguala e a equidade distingue. Se, por um lado, a igualdade tem como oposto antitético a desigualdade, por outro ela tem como seu polo complementar a diferença, que não lhe deve nada em termos de cobrança de coerência e consistência da sua aplicabilidade. A diferença é a condição da equidade, fazendo da universalidade um conceito forte. É justamente porque há diferença entre os homens e seus contextos que a equidade se faz necessária. E seu exercício não será para anular as diferenças, mas sim para diminuir as desigualdades levando em conta as diferenças.

Os 12 anos de governo do PT vieram acompanhados de importantes mudanças sociais que perpassam a temática da equidade. Num primeiro eixo destacamos as políticas de transferência de renda, como o Bolsa Família e o aumento progressivo do salário mínimo acima da inflação que foram responsáveis por uma maior socialização de acesso a bens de consumo e retirada de aproximadamente 37 milhões de brasileiros da linha da pobreza, segundo relatório do Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2014). Ao ultrapassar uma das metas dos Objetivos do Milênio, redução da fome e a miséria, o Brasil destacou-se mundialmente na luta pela diminuição da desigualdade social. Em suma, nesse primeiro eixo destacamos um processo governamental em torno da diminuição da desigualdade social (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2014).

Num segundo eixo da equidade destacamos o processo de mobilização social pela garantia de novos direitos sociais tendo como campo de articulação as redes sociais. A internet, como novo campo de expressão de novos desejos e subjetividades articuladas em redes mundiais de troca, produziu um reequacionamento das forças sociais. Os direitos as singularidades passam a ganhar espaço na sociedade brasileira fazendo emergir pautas como direito reprodutivo e aborto, direito ao parto humanizado, direito ao uso de drogas, direito a novas composições familiares, direito das pessoas com deficiência, direitos das pessoas privadas de liberdade, entre outras. Em suma, nesse segundo eixo destacamos um processo não governamental em torno do tema da singularidade e direito à diferença.

É nesse cruzamento de forças socialmente mobilizadas que o tema da equidade passa a ser principal guia para as Redes Temáticas: equidade entendido como um duplo movimento

de diminuição das desigualdades sociais e inclusão das diferenças. É nesse cruzamento que uma nova gestão do DAPES passa a ser constituída, tendo como ponto disparador o desafio de atingir a meta de um dos Objetivos do Milênio: redução de mortalidade materno-infantil.

Porque é difícil, em que pese que o Lula tenha feito inclusive reuniões com os governadores, pactos estaduais, obviamente que essa agenda estava em cada agenda dos ODMs, há uma avaliação, já em 2008, 2009 dentro da Casa Civil que o Brasil teria muita dificuldade nesses ODMs, redução da mortalidade infantil e qualificação da saúde da mulher, na qual o indicador mais importante é a morte materna, e que, portanto era necessário construir um pacto em torno disso, mas a gente sabe que esses pactos macropolíticos eles se dissolvem imediatamente com o pacto, fez o lançamento, e que instrumentos mesmo o pacto vai operar? (Entrevista Diretor DAPES 2011-2014).

A pauta da redução da mortalidade materno-infantil e a qualificação da saúde da mulher criaram amplo campo de mobilização social que aponta para a necessidade de garantias de direitos individuais das mulheres, como a pauta de direito reprodutivo e combate à violência contra a mulher, com a necessidade de qualificação da atenção e da gestão obstétrica, que não deixa de ser uma das pautas em torno da violência contra a mulher: a violência obstétrica.

Uma segunda pauta que teve grande impacto na agenda do DAPES que acumula a discussão sobre direitos individuais e necessidades em saúde foi o problema do uso de álcool e outras drogas, em especial o *Crack*. Duas outras pautas que passaram a ganhar expressão nesse ciclo de gestão (2011-2014), que tem a mesma carga de luta por equidade, foram em torno da saúde da pessoa com deficiência e saúde da pessoa privada de liberdade. Mulher, criança, pessoa que usa drogas, pessoa privada de liberdade e pessoa com deficiência passaram a mobilizar um campo político comum de luta por garantia de direitos singulares em torno de grandes políticas: Brasil Carinhoso, *Crack*: é possível vencer, Viver sem limites, Plano Nacional de Políticas para Mulheres e Política de Saúde para a Pessoa Privada de Liberdade.

As Redes Temáticas, componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) – **(Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010)**, vêm acompanhadas de outros movimentos institucionais como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta o SUS com forte direcionamento para a regionalização a partir da formulação do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). Além dessa agenda estratégica, observa-se movimento institucional de fortalecimento da Atenção Básica e do seu papel como ordenadora das RAS, tendo como iniciativa governamental o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq). Observa-se, assim, duplo investimento nas redes: uma pauta generalista a partir do fortalecimento da Atenção Básica e da Regionalização e uma pauta atenta às especificidades a partir das Redes Temáticas. Tudo isso aponta para um conjunto de variáveis tanto em relação à própria institucionalidade do Ministério da Saúde quanto da sociedade brasileira em que a pauta Redes Temáticas emerge.

Geridas, em grande parte, pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), as Redes Temáticas⁹ reequacionam o jogo de forças no Ministério da Saúde e do SUS e trazem importante desafio para a gestão de conciliar o geral e o singular. O acompanhamento desse processo de gestão das políticas específicas e estratégicas do DAPES exigiu olhar sobre

⁹ Passamos a utilizar o termo Redes Estratégicas para delimitar as Redes Temáticas sob gestão do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

as tensões que se colocam entre a urgência de responder a necessidades de grupos específicos e estratégicos e o risco de uma lógica programática.

A cartografia do trabalho de gestores do Departamento de Ações Estratégicas e Programáticas do Ministério da Saúde permitiu adentrar a intimidade da máquina de Estado e gerar algumas análises sobre a prática de gestão de políticas, desde sua formulação, sua pactuação e sua implementação em rede. Entre este vasto universo de vetores destacaremos as principais estratégias que demarcam mudança institucional em torno da tensão experimentada entre o singular e o geral: constituição de espaços coletivos e interfederativos de pactuação e implementação das redes, constituição de espaços de diálogo e de coprodução com movimento sociais e sociedade civil em torno da defesa dos Direitos Humanos, incorporação de diretrizes da Política Nacional de Humanização, fortalecimento da Atenção Básica como instância ordenadora das Redes Temáticas.

Essas estratégias criaram três pontos de tensão que marcaram a gestão das Redes Temáticas do DAPES: tensão da relação entre gestão ministerial e movimentos sociais; tensão entre gestão ministerial e território; e tensão entre o geral e o singular.

Habitando a tensão entre Estado e movimentos sociais

Por serem políticas voltadas para populações estratégicas e vulneráveis, a articulação com os movimentos sociais sempre foi premissa das áreas técnicas do DAPES. Logo, as Redes Temáticas sob coordenação deste Departamento exigiram que os processos de formulação, pactuação e implementação contassem com a participação de alguns movimentos. Esse processo, embora muito tenso, traz importantes indicações empíricas que permitem repensar o conceito de política pública e os desafios concretos de sustentá-lo. Um dos desafios explícitos, narrados pelos gestores deste ciclo de gestão do DAPES, foi a superação de uma lógica programática para uma lógica de políticas públicas.

A partir da cartografia deste processo entendemos que este desafio (da mudança de uma lógica de gestão programática para uma gestão de políticas públicas) tinha como uma das principais influências a Política Nacional de Humanização. A passagem de um Programa (Programa Nacional de Atenção Humanizada – PNAH) para uma Política (Política Nacional de Humanização – PNH) fez-se a partir de um consistente movimento de formulação teórico-prático.

Esse movimento, de incorporação do ideário da PNH para as áreas do DAPES, foi impulsionado pelo Plano de Qualificação das Maternidades (coordenado pela PNH com as áreas da Criança e da Mulher) que tinha o objetivo de qualificação da atenção obstétrica nas maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, que originou a Rede Cegonha (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014).

O convite é pra que nas áreas programáticas a gente consiga fazer transversalização, integração. Ai a PNH passa a compor pela primeira vez uma estrutura de um departamento. Ela passa a compor a área onde estão as políticas principais. Boa parte das políticas estão nesse departamento. E esse convite é feito a mim, obviamente pelo reconhecimento do meu trabalho na frente disso tudo, mas, sobretudo pela agenda que nós estamos conseguindo pela PNH nos territórios e com o PQM. Então o PQM passa

a ser um lugar importante de experimentação e de reconhecimento da humanização, que além de ser de valor discursivo, tem também um valor prático, ela consegue mexer, alterar e mudar as práticas. E o que nos permitiu em pouquíssimo tempo, nos apresentarmos à Rede Cegonha. [...] Então aqueles dois anos e meio de PQM foi o ápice estratégico para pensar, e há uma transição porque o PQM passa a ser uma estratégia feita como uma política pública. Ele era um plano, um programa, uma coisa que nós fomos construindo dentro de uma gestão. Agora a Rede Cegonha se apresenta como política pública, uma estratégia de política pública na qual o PQM passa a ser a nossa experimentação. (Entrevista Diretor do DAPES 2011-2014)

O Plano de Qualificação nas Maternidades (PQM) foi um projeto de governo que marcou a ampliação do grau de transversalidade da PNH dentro do próprio Ministério da Saúde. Entretanto, cabe primeiro analisar o próprio movimento institucional de transformação da Humanização de um programa para uma política pública. A mudança que marcou a passagem de um Programa de Humanização para Política de Humanização foi uma fonte de embasamento teórico-experimental para a nova gestão do DAPES que passa fundamentalmente por uma revisão do conceito de política pública, marcada por uma diferenciação entre Estado e público. Num artigo que é referência para este processo Benevides e Passos (2005) enfatizam:

Mas criar novas práticas de saúde, mudar os modelos de atenção e de gestão do processo de trabalho em saúde é apostar em políticas públicas que vão se construindo numa estranha e paradoxal relação com a máquina do Estado. O paradoxo é o do funcionamento de uma máquina dita republicana que, no entanto, experimenta uma relação de tensão ou mesmo de repulsão diante da coisa pública. Eis a questão da qual não podemos nos furtar: o funcionamento de uma máquina Estatal em que a res pública está nela e contra ela (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Nessa aposta, a constituição e a gestão de política pública exige o exercício de habitar um campo de tensão entre o movimento centrípeto da máquina de Estado e o movimento de resistência dos movimentos sociais (organizados ou não). No limite, uma política pública não só se distingue do Estado, como guarda em relação ao Estado uma relação de tensionamento. O processo de institucionalização de políticas públicas, nestes termos, implica na criação de um conjunto de estratégias e diretrizes que apresente uma concepção de público baseada numa nova democracia, em que a gestão não deve estar submetida exclusivamente ao controle do Estado. As funções públicas instituídas no Estado devem sofrer modulação frente aos poderes constituintes dos múltiplos movimentos sociais. “Não mais identificado ao estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva.” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 16). O “público”, nestes termos, busca não se reduzir a uma função estatal, sendo este identificado a um movimento gerado pelo embate entre as forças constituídas e estabilizadas enquanto políticas de Estado e as forças constituintes que conferem as políticas de saúde uma permanente dinâmica de criação.

Se o público diz respeito à experiência concreta dos coletivos, ele está em um plano diferente daquele do Estado como figura da transcendência moderna. O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem. Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a PNH levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Não podemos, portanto, a partir disso concluir que este sentido de público aponta para um lugar ideal que, uma vez alcançado, podemos descansar em paz. Essa nova definição de público se impõe como força de direção ético-política no movimento de consolidação de um sistema de saúde democrático em constante luta.

Entretanto, o sentido de “público” é muitas vezes entendido ora com o Estado, ora com os interesses imediatos das “camadas populares”. Nos dois casos o público é reduzido a uma unidade localizável. Cabe lembrar que a crescente demanda populacional por medicação e reconhecimento da saúde como consulta médico ambulatorial demarcam concepções privatizadas e modos de produzir saúde arraigadas na sociedade de um modo geral. Isso é uma importante indicação de que o sentido de “público” está sempre a se produzir e não se encontra dado em um lugar específico, como se fosse um sentido preexistente e diretamente associado aos interesses de um grupo social específico. Seguindo nesta direção devemos tomar o “público” menos como um problema tópico (*topos*), no qual poderíamos atribuí-lo a um lugar de direito. Trata-se de um problema ético (*ethos*) no sentido de uma “atitude pública”, uma “produção comum” que os diferentes atores sociais devem assumir dentro de um campo heterogêneo de forças e desejos.

Nesses termos, não podemos nos furtar a afirmar que as Políticas Estratégicas do DAPES são Políticas de Estado, uma vez que foram instituídas conforme as normativas legais que regem o Estado brasileiro e o SUS. Mas isso é insuficiente para que essas políticas sejam públicas. O desafio vivido pelos gestores foi de como criar uma dinâmica de gestão que mantenha comunicação com a multiplicidade que compõe a sociedade e os distintos territórios. Caso contrário, uma política estaria mais submetida ao poder soberano no sentido hobbesiano, de uma unidade que governa (Estado) outra unidade (o povo). O desafio posto para a constituição de políticas públicas seria a de ativação de uma potência da multidão como contraponto ao poder soberano.

É com Hobbes que nasce a teoria moderna da soberania. Bodin já havia tentado fazê-lo – com a inteligência que nós conhecemos: toda forma de governo, ele defende, é monárquica. Monárquico: quer dizer, tanto o governo aristocrático, quanto o democrático, porque são um e outro governados pelo princípio do Um. Eles são, conseqüentemente, monárquicos, qualquer que seja a forma hipócrita pela qual seu poder se dá uma legitimidade. Mas será preciso aguardar Hobbes para que os próprios cidadãos se tornem fundamentais na construção do caráter absoluto do poder. Hobbes é, com efeito, a transferência da potência dos sujeitos civis ao soberano. [...] Não bastava impor a regra soberana e permitir assim o impulso do capital, era preciso igualmente retirar dos sujeitos a possibilidade de reconhecer sua própria potência singular; era preciso justificar a expropriação dessa potência e a consciência de sua própria alienação por um estado de necessidade; era preciso enfim suprimir todas as razões de uma eventual rebelião, de uma resistência possível. A alienação torna-se, então, inevitável e paradoxalmente útil. A construção dessa condição representa o giro essencial nas teorias políticas que se desenvolvem em torno da transcendência da soberania. Esta passagem é aquela da invenção do público. A expropriação do comum que se desenvolveu no seio do processo de acumulação originário foi transfigurada e mistificada a través da invenção da utilidade pública. Neste contexto, a teoria da vontade geral de Rousseau é, de uma certa maneira, perfeitamente inteligível (NEGRI, 2010, p. 20)

A defesa de um público que não se reduz e, em certa medida, resiste ao poder estatal passa pela aproximação da noção de público ao conceito do comum (HARDT; NEGRI, 2005), afastando assim a noção de público da unidade do povo ou da indiferença da massa, mas associando-o a heterogeneidade da multidão. Para o Estado Moderno o público é constituído dentro da noção de utilidade pública, portanto como estratégia de expropriação do comum, submissão das singularidades ao poder soberano.

Esta face contra-revolucionária da modernidade, sua face soberana, se assenta em uma concepção de contrato social que garante um acordo entre os indivíduos na medida em que a força e a vontade desses sejam desenvolvidos e sublimados para a construção de uma vontade geral e que esta vontade geral provinda da alienação das vontades isoladas garanta a soberania do Estado (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 567).

Daí a necessidade de reinvenção do público, para além do poder constituído da soberania. Segundo Negri (2002), toda constituição é efeito de um jogo de forças, de uma agonística em que o interesse comum ganha expressão e espaço político, ou seja, é efeito de um “poder constituinte”. Entretanto, todo poder constituinte resiste ao que está constituído, uma vez que o constituinte é um processo de acumulação de potência que produz novas constituições e instituições.

Esse ponto é extremamente importante: isso lhe permite fundar e desenvolver uma dinâmica constitutiva própria às instituições políticas, que seja radicalmente crítica da concepção transcendental do poder própria à corrente hobbesiana da filosofia política, ideologicamente ativa até a modernidade rousseauísta. A acumulação dos produtos ou dos efeitos das potências sociais apresenta, assim, uma perspectiva monista e ela é a imagem mais forte da recusa imanentista de toda forma de ‘contrato’ sócio-estatal: ela suprime toda possibilidade de se transferir uma parte da potência imanente a um poder transcendental (NEGRI, 2010, p. 19)

Enquanto o poder constituinte é o poder imanente e ilimitado da democracia, a constituição estabelece um limite, um ordenamento a esse poder e uma transcendência (NEGRI, 2002). As teorias jurídicas clássicas insistem em reduzir o paradoxo que movimenta uma constituição a um ciclo vicioso, em que o poder constituinte é sempre regulado pelo ordenamento jurídico. O direito constituído reabsorve o poder constituído por meio de uma máquina de vários estágios que, à medida que a interioriza ao aparelho de Estado, exclui a sua criatividade original.

Negri (2002) propõe uma reversão nas teorias clássicas e nos auxilia a entender determinados paradoxos que nos provocam a pensar o poder constituinte que anima o SUS. Segundo este autor, o poder constituinte não é uma etapa do processo de constituição, mas sim um movimento que se mantém vivo no cerne de toda constituição, sendo, portanto, coextensivo e sincrônico ao direito constituído. Segundo este ponto de vista, a democracia possui um primado no “movimento constituinte”, não na norma que deste movimento advém. O autor avança ainda mais ao atentar que o poder constituinte transborda a própria constituição à medida que emana de um espaço exterior ao Direito e ao Estado: poder da multidão. Entendendo multidão como um movimento de multiplicidade de desejos e singularidades que podem ser mobilizados em torno de um projeto comum, entendido como movimento desejante por uma nova institucionalidade.

A ausência de um projeto comum conduz a multidão à dispersão e à segmentação pelo poder constituído. Os processos de institucionalização são desse modo pensados como acumulação de potência.

Para dizê-lo de modo ainda mais eficaz: desta maneira, se trabalhamos com a ideia de uma acumulação da potência, nos desembaraçamos de todas as ideologias teológicas que acompanham, à maneira de Schmitt, ao mesmo tempo de direita e de esquerda, a restauração pós-moderna do conceito de soberania (NEGRI, 2010, p. 16-17).

Essa passagem é importante, porque deixa claro que o alvo principal de seu combate é a noção de soberania hobbesiana e todos os seus desdobramentos na modernidade, abrindo perspectiva para se pensar os processos constituintes a partir da imanência dos processos de acumulação de potência. Portanto, a noção de “poder constituinte” está claramente em tensão com a noção de soberania! E, dentro desse processo constituinte, dá-se uma “unificação tendencial da potência constitutiva e da positividade jurídica” (da *potentia* e do *jus*).

O desafio encontra-se na inclusão dessa produção nas políticas de governo, na experiência da gestão. Abrir passagens institucionais que criem novas institucionalidades a partir do processo constitutivo da potência da multidão. O processo constitutivo da potência se desenvolve por meio de uma série de interações sucessivas e de construções institucionais que no centro desse processo estão tanto o desejo quanto a imaginação. O desejo enquanto movimento de mobilização de uma multiplicidade de desejos (*connatus*) e imaginação enquanto movimento de antecipação de uma nova institucionalidade.

Uma vez que a multiplicidade de desejos se organiza na experiência social, produz-se a imaginação. “A imaginação é uma antecipação da constituição das instituições, é a potência que aflora da racionalidade e estrutura seu percurso – ou mais exatamente: que a exprime. [...] É a imaginação que leva as singularidades, da resistência em direção ao comum.” (NEGRI, 2010, p. 19). É como se durante anos uma militância por uma saúde universal mobilizassem diferentes desejos em torno desse novo projeto comum e o SUS passa a ser imaginado como uma utopia possível.

Existe, portanto, nos processos constituintes, uma “irreducibilidade do desenvolvimento do desejo constituinte (social, coletivo) à produção (contudo necessária) das normas do poder” (NEGRI, 2010, p. 18). Entretanto, todo o desafio de qualquer movimento constituinte encontra-se, por um lado, na capacidade de formulação de novas institucionalidades que permitam a expressão da originalidade do poder constituinte e, por outro, na potência de mobilização apesar da força regulatória do poder constituído.

Diremos que o desafio da gestão é o de criar zonas de passagens entre os interesses do comum e a máquina de Estado (SOUZA, 2009). Nesse movimento de passagem, as políticas públicas são acionadas por um “poder constituinte” (NEGRI, 2002), à medida que o Estado abre-se para a gestão comum das políticas.

A defesa de um sentido forte, portanto, de política pública, implica na capacidade de sustentação nas instituições nessa nova acumulação desejante frente a uma estrutura de poder soberano que resiste a expressão de singularidades. Coloca-se como questão: de que modo as

redes podem efetivamente se tornar estratégias de gestão para dar sustentação e passagem para essa nova acumulação de potências desejanças até então marginalizadas das instituições? Seguindo nessa direção achamos válido aproximar o exercício da gestão à teoria do conflito proposta por Spinoza e continuada por Negri.

Spinoza e, antes dele, Maquiavel são aqueles que se subtraem ao jusnaturalismo moderno (Hobbes/Rousseau) e formulam um pensamento teórico do conflito. Para ambos, a relação entre direito e conflito possui um ritmo complexo, fora de qualquer esquema dialético de composição ou de síntese dos dois termos. O poder de decretar é o poder daquele que ganhou a guerra – mas ninguém jamais ganha realmente a guerra. A história apresenta-se, em consequência, como feita de encavalamentos e enfrentamentos, isto é, mais como um dualismo do que como um processo unitário. Negri (2010, p. 24) faz repetidas vezes essa advertência, numa aproximação com o referencial marxista, afirmando que não podemos perder de vista “a duplicidade e a ambiguidade que caracterizam a relação entre as potências ontológicas e as instituições políticas – ou, para dizê-lo melhor: entre as forças produtivas e as relações de produção.” O processo institucional nasce do interior da luta! Daí se considerar “a potência de desenvolvimento de uma verdadeira democracia revolucionária das lutas da multidão.” (NEGRI, 2010, p. 25).

Dizer que ninguém ganha definitivamente a guerra é o mesmo que afirmar que o poder soberano nunca se completa absolutamente, há sempre algo que escapa ao poder de decretar, ao direito constituído. Há sempre um fora que insiste e resiste ao movimento centrípeto de interiorização da máquina de Estado (SOUZA, 2009).

Dizíamos que malgrado o fato de a máquina de Estado tendencialmente dobrar para dentro as linhas de capilarização do poder, há sempre um lado de fora do que se dobra. Este fora que insiste no interior da máquina do Estado é o plano do coletivo, aí onde a política se consolida como experiência pública ou res pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Como já dissemos anteriormente, fora e o dentro, neste caso, diz de um lugar, mas de uma relação com a soberania estatal. Podemos produzir movimentos de interiorização e centralização, assim como podemos produzir movimentos de abertura e descentralização. Da máquina de Estado nos interessa menos demarcar um lugar interior e mais um movimento de interiorização e centralização frente a qual uma política pública deve resistir.

Dessa perspectiva é possível entender por que a constituição de coletivos é compromisso da gestão de políticas públicas e por que o poder soberano resiste aos coletivos. Coletivos entendidos como campo de expressão de singularidades que se governam é algo totalmente avesso ao exercício da soberania. O coletivo se governa, não é governado. A soberania insistirá em qualificar a multiplicidade de um coletivo como dispersão, confusão e no limite caos e barbárie. As linhas segmentares da máquina de estado repartem e organizam as diferenças em setores. Uma vez divididas é possível governá-las, pois estabilizam a força da multidão que emerge da composição das diferenças, que criam linhas transversais que desestabilizam as linhas verticais, que operam por uniformização das diferenças. A tensão posta entre comum e soberania é antes de tudo a tensão entre potência (*potentia*) e poder (*potestas*). “E o que seria

a ‘acumulação’ de potências, senão isso? Nada mais que a ação da *potentia*, ao mesmo tempo, no interior de e contra a *potestas*.” (NEGRI, 2010, p. 43).

Portanto, há apenas um fazer-multidão que é, igualmente, um fazer-instituição, porque o fazer é a própria realidade da multidão. Entende-se perfeitamente que só há multidão para a liberdade, na liberdade; [...] a multidão se constrói de maneira contínua, produzindo a experiência comum e a instituição (NEGRI, 2010, p. 28-29).

Não existe, portanto, um dualismo ontológico entre potência e poder, entre comum e soberania. A acumulação de potência tem como um dos efeitos o poder, embora não exista um primado do poder, somente da potência. É um contraste que não cessa de se produzir, um conflito que se dá continuamente e que é, continuamente, resolvido, que se repropõe imediatamente num outro nível, uma tensão ética que emerge por intermédio das dificuldades e dos obstáculos do percurso. Além disso, a *potentia* constrói o comum, isto é, ela dirige a acumulação das paixões em direção ao comum.” (NEGRI, 2010, p. 43-44).

Durante esta pesquisa, entendemos que as “temáticas” são por si mobilizadoras de multiplicidade de desejos em busca de nova institucionalidade. As “temáticas” são a expressão da acumulação de nova potência em plena ebulição na sociedade brasileira que resiste à velha institucionalidade do poder constituído e mobilizam campo de forças de onde advêm algumas políticas públicas. Certas singularidades, até então sem expressão no campo social, fosse porque inseridas na categoria de anormal ou marginal fosse porque estivessem sem condições de ganharem expressão na institucionalidade moral vigente, encontram nas redes sociais um território aberto para a emergência de novas expressões.

O caráter global das redes sociais possibilitou que singularidades isoladas e marginalizadas passassem a interagir na luta por direitos humanos. Tal processo não ocorreu sem que houvesse uma reorganização das forças conservadoras: direito reprodutivo, direito ao uso de drogas, direito dos homossexuais, direito dos negros, direito das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, direito das pessoas com deficiência são temáticas biopolíticas diretamente relacionadas a problemas de saúde que se tornam prioridade de governo e da agenda do Ministério da Saúde sob a consigna de Redes Temáticas. O compromisso contemporâneo com o outro, na sua singularidade, torna-se uma pauta pulsante das Redes Estratégicas do DAPES, ao mesmo tempo em que a força da soberania estatal torna a multiplicidade de singularidades numa totalidade a ser governada. Entre o geral e o singular é um novo sentido de equidade que se expressa como caminho possível para a gestão de políticas públicas: um sentido de equidade que se aproxima da gestão do comum (HARDT; NEGRI, 2005; NEGRI, 2010).

Conclusão

As novas bases de consolidação de um sistema universal e equânime de saúde possibilitou avançar na definição do próprio sentido de “público”. Torna-se evidente que o sentido de público não pode se reduzir a letra da lei. Esta deve ser acompanhada de um conjunto de proposições que sejam capazes de ativar processos que tornem viáveis a realização de direitos sociais. A constituição, uma vez formulada, deve ser posta em exercício, animada por um amplo movimento que deve ser capaz de gerar uma alteração também nos processos institucionais e subjetivos.

A macropolítica deve ser coetânea a produção de uma micropolítica por meio de processos institucionais que tornam inseparáveis produção de saúde a produção de subjetividades. O público nestes termos aponta para uma dimensão necessariamente coletiva agregadora de sentidos e disparadora de movimentos que se fazem a partir de processos instituintes. O sentido de democracia precisa ser uma prática nos serviços de saúde como concepção norteadora de todo processo de trabalho em saúde, seja na assistência, na gestão, na regulação ou na vigilância. É nesta esfera que o poder constituinte continua ativo, gerando processos que se diferenciam e se articulam.

Foi sob este espírito republicano que se desencadeou um processo institucional de passagem de formulação e gestão de políticas que buscassem superar uma tradição focal, especialista e fragmentada de programas. Esse movimento, contudo, não se inicia nesse ciclo de gestão (2011-2014). De 2003 a 2011, importantes iniciativas já demarcaram um processo de mudança institucional em torno da elaboração de políticas públicas, como foi o caso da Política Nacional de Humanização e da substituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983 pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004. Especificamente no DAPES, tal movimento passou a ser vivenciado mais recentemente pela Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, pela Saúde da Criança e pela Saúde da Pessoa com Deficiência que de 2011-2014 passaram a formular e pactuar novas políticas do SUS. Como vimos essas mudanças não são meramente semânticas ou retóricas, mas indicam um novo movimento institucional que se esforçam para dar passagem a uma nova institucionalidade na sociedade brasileira, atenta a uma produção comum de novas subjetividades e luta por novos direitos. Entretanto, cabe analisar, a partir do concreto da experiência de gestão, como tais políticas foram formuladas e como uma lógica programática ainda permanece atuante.

■ Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

FIGUEIREDO, V.; LANSKY, S. Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014. p. 77-108. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

HARDT, Michael; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, A. **O poder constituinte**: ensaio sobre as alternativas da modernidade. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

NEGRI, A. **Spinoza et nous**. Paris: Galilée, 2010.

SOUZA, T. O fora do estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In:

CARVALHO, S. R; FERIGATO, S. E.; BARROS, M. E. (Org.). **Conexões**: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. p. 42-52.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (USA). **Human Development Report 2014**: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Bulding Resilience. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

Redes territoriais e a insistência da lógica programática: narrativas da gestão

Tadeu de Paula Souza
Ricardo Teixeira

O Ministério, ele se desenvolve em caixas. E as caixas são muito recheadas de coisas e de atividades, né? Então cada um tá muito preocupado com suas caixas; com seus objetivos, com suas... com suas metas... e, pra além disso, eu acho que tem que ter um exercício muito grande, porque é muito mais atividade, né? Então a gente, pra entrar nesses campos, tem sempre uma dificuldade, uma rigidez muito grande. De interseção. E isso, a gente tem percebido... tem percebido desde que eu já vinha de outras áreas do Ministério. Normalmente os departamentos todos funcionam desse jeito... é a forma que o Ministério funciona. (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES, 2014).

Uma iniciativa institucional para a cogestão das Redes Temáticas foi a constituição dos Comitês Gestores das Redes Temáticas que, de acordo com a Portaria nº 1.473, de 24 de julho de 2011, que os instituiu, deveria contar com a participação de diversos departamentos e áreas das diversas secretarias do Ministério da Saúde. Além dos Comitês, a mesma Portaria instituiu os Grupos Executivos e os Grupos Transversais. O Grupo Executivo deveria ser composto por cinco representantes do Comitê Gestor, mas necessariamente deveriam participar representantes do Departamento de Atenção Básica (DAB) e a Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), e estaria sob coordenação da área temática. A função desse Grupo seria fundamentalmente operacional: planejamento, monitoramento e avaliação das redes. Enquanto os Grupos Transversais teriam a função de elaborar diretrizes e subsidiar a gestão das redes nos temas Educação Permanente, Regulação e Financiamento; Pactuação e Articulação. Embora o desenho de gestão estivesse coerente com a proposta de redes, tendo a Atenção Básica importante função para a organização das redes, não avançou conforme indicam as análises a seguir:

A gente sentiu muito essa dificuldade mesmo no campo de desenvolvimento da política pública, de matriciamento com parceiros diretos. O DAB, por exemplo: até hoje a gente não consegue falar direito com o Departamento de Atenção Básica [...] e é uma política do DAB, né? Só como que a nossa política, ela tem uma perna muito grande dentro do DAB. A política DAPES ainda tem uma perna muito grande dentro do DAB (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES).

Mais do que criar estruturas próprias, essa lógica, induz a uma fragmentação da gestão de redes. Embora as redes temáticas tenham enfatizado na sua formulação o papel da Atenção Básica, as articulações internas ao Ministério da Saúde avançaram pouco, pois esbarrou em espaços de governança já instituídos (e que buscavam responder a outros propósitos) uma vez que os Departamentos e as Secretarias envolvidas não têm mandatos umas sobre as outras, exigindo o fortalecimento de espaços de cogestão. O desafio de construir um Ministério da Saúde mais articulado, embora tenham sido criadas iniciativas importantes, segue sendo um desafio que, uma vez não superados, induz a uma lógica gerencial e programática.

Eu acho que essa visão do ministro Padilha, de responsabilizar, é assim: Rede Cegonha é mulher e criança. Então mulher e criança vão gerenciar a coisa. Raps é mental, então a Coordenação de Saúde Mental vai gerenciar a coisa. Empoderou! Só que, eu brinco que é a história do rabo abanando o cachorro. De início, existiu uma estrutura de gestão que foi pensada, o Comitê Gestor das Redes. Nós teríamos diretores presentes das várias áreas necessárias pra coisa funcionar, que estaríamos do ponto de vista da estrutura que temos uma gestão da rede garantida. Como esse dispositivo faliu, a Coordenação de Saúde da Mulher, por exemplo, e as outras áreas começamos a ter que estruturar uma área de monitoramento, de informação e monitoramento. Quantas áreas de informação e monitoramento têm no Ministério? Foi muito corajosa e correta, na minha opinião, essa proposta de Grupo Executivo – que quem coordena a Rede Cegonha são as áreas de Saúde da Mulher e da Criança. Só que o fato de não ter um Comitê onde essas decisões fossem capilarizadas pra daí a gente criar compromisso entre todos, criar uma rede de compromisso com todas as áreas necessárias, isso acabou ficando manco e cada área começou a ter que ir criando e replicando estruturas já existentes (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES).

Segundo os relatos dos gestores essa estratégia foi muito mais um recurso alternativo diante das impossibilidades de avançar na transversalidade do que uma racionalidade de gestão desejada. A cogestão das redes temáticas foi uma iniciativa institucional contra o centripetismo e o verticalismo do Ministério da Saúde. Mas observa-se como a verticalidade e a fragmentação se recompõem em novas bases e que são, no fundo, bem velhas. Pois se trata da velha lógica programática, que combina “verticalidade” com a lógica das “caixinhas”. A relativa “suficiência” das áreas acabam por causar mais concentração onde deveria haver mais articulação. Isso se volta contra as próprias áreas, sempre como uma tarefa grande demais num ciclo difícil de quebrar. Pois a suposta suficiência das áreas acaba por gerar mais encargos administrativos e afastam os agentes da política da própria política.

Eu acho que a gente tem conseguido montar isso, mas acho que é muito aquém, sabe, eu acho que é muito aquém. Aquém do que é a tarefa! A gente faz isso, a gente tem conseguido, mas o quanto efetivamente a gente tem conseguido transformar dessa conversa? Ou seja, dessa perspectiva de colocar o público na política do governo, o quanto isso efetivamente tem se tornado decisivo? Nós fazemos uma ação que é muito mais técnico-política do que política-técnica, entendeu? (Entrevista Diretor do DAPES, 2014).

Não se trata aqui de “vitimizar” um Departamento e “culpabilizar” outro, mas de apontar como uma lógica programática se conforma e se codetermina. A falência de espaços de cogestão das Redes para dentro do Ministério da Saúde induziu, em parte, ao fortalecimento de uma estruturação por dentro de áreas temáticas. Esta análise foi também ratificada pelo artigo do então diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB):

A nosso ver a ação do próprio Departamento de Atenção Básica (DAB) tem ficado excessivamente mobilizada pela operacionalização de etapas como a adesão, monitoramento de indicadores, ofertas de instrumento para autoavaliação, avaliação externa, certificação das equipes e o repasse do incentivo financeiro. Diversas ações debatidas neste ensaio e importantes para promover a ação da gestão municipal e local, para provocar a mobilização dos demais atores do território e que ocupou a maior parte da ação governamental federal no caso da PNH e PNEPS tem ocupado

pouco o MS. Não se pode dizer, por exemplo, que o modo de agir das referências descentralizadas do MS esteja pautado também com esses objetivos. Talvez porque o *modus operandi* do MS seja o de ofertar orientações sobre suas políticas e aquilo que ele oferece ou normatiza, mas, mesmo quando consegue relacionar a oferta com a demanda específica, talvez faça menos que o necessário para o fortalecimento do nível local no sentido de que crie, implante e faça a gestão de políticas próprias que adequem e reiventem as ofertas nacionais à sua realidade e necessidade (AURÉLIO, 2015, p. 90).

Acompanha-se, a partir das narrativas dos gestores, que o MS “para dentro” segue, apesar de importantes iniciativas político-institucionais mobilizado por umas linhas segmentárias e verticais. Haveria de se construir linhas de fuga, o território como o lado de fora do MS.

■ **Redes e Territórios: o desafio da produção comum das redes temáticas**

Uma importante estratégia de aproximação do MS com os distintos territórios deu-se por meio do apoio institucional. Observa-se que o apoio institucional como metodologia de gestão redefiniu o lugar e a função do Ministério da Saúde no SUS. Tradicionalmente o Ministério da Saúde é o ente que formula políticas e induz por recursos e portarias e estabelece uma relação com os demais entes a partir de uma prática fiscalizadora. Entretanto, agendas desafiadoras que exigem mudanças de práticas (de gestão e atenção) requerem um refinamento da relação interfederativa exigindo outro *modus operandis*. A proposta do apoio, como processo de constituição de uma nova institucionalidade para o MS, nasceu ainda em 2003 (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014) na tentativa de constituição de algo que ficou apelidado de Ministério Único da Saúde (MUS).

O apoiador, ele entra na agenda política do Ministério da Saúde a partir de 2003, com vinda de Gastão Campos aqui pra Secretaria-Executiva e uma turma envolta Benevides, Adail, Cipriano, Márcia Amaral, eu mesmo, e outros companheiros, essa ideia do apoio ela começa a ganhar algum sentido. E nós chegamos a criar em 2004, se não me engano a ideia do apoio integrado, foi um conceito que nasceu lá, com duas diferenciações da ideia como o Ministério trabalhava, de um lado é apoio, portanto, pressupõe outra ética da relação do Ministério com outras esferas de governo, mais de se colocar ao lado, mais da produção da corresponsabilidade, mais essa atitude mesmo colaborativa, ou seja, não é a gente do Ministério fazendo *check list* do que é feito ou não é feito, mas acionando a ideia de cooperação técnica, eu diria de uma forma mais diferenciada; de outro lado, que era a ideia do integrado (Entrevista Diretor do DAPES, 2014).

A proposta do apoio surge com dois objetivos, o primeiro ligado ao Departamento de Apoio à Descentralização com foco na mudança da relação interfederativa e o outro ligado à Política Nacional de Humanização com foco na mudança dos processos de trabalho nas instituições e redes de saúde (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014; PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014). Essa proposta, enquanto projeto institucional do MS denominada de Apoio Institucional Integrado, foi interrompida em 2005, sendo adotada como compromisso de gestão exclusivamente pela PNH, sendo retomada como compromisso institucional no MS em 2011 a partir das redes temáticas (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014). De 2004 até 2012 a

PNH elaborou um instrumento de gestão com o Programa das Nações para o Desenvolvimento (Pnud) para o desenvolvimento tecnológico da metodologia do apoio institucional como modo de implementação da Humanização no âmbito do SUS. Esse acordo de cooperação técnica entre PNH/MS e Pnud, que durou oito anos, conclui em 2012 com uma avaliação de que o Apoio Institucional e a Humanização estavam incorporadas como tecnologia de gestão do SUS.

Por ser uma política que tem como objeto de investimento a mudança nos processos de trabalho, a PNH ofertou um campo concreto de práticas como referência para o MS e para o SUS de outro modo de estabelecer contratos de gestão interfederativos que norteou, em parte, as metodologias de implementação das Redes Temáticas (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

A missão, a tarefa do apoio, e essa aposta do Ministério é que a gente consiga pondo pessoas ao lado de pessoas, e não instâncias com instâncias, mudar esse modelo de atenção e essa forma de nascer.

O que a gente tem como ideal e método do apoio institucional: a gente apoia coletivos. Se a gente quer mudar realidades [no caso da Rede Cegonha] e tem esse desejo de reduzir mortes e garantir direitos das mulheres e das crianças, toda a nossa aposta é que isso se faça coletivamente.

Os gestores todos mais as pessoas que coordenam setores e trabalhadores, semanalmente sentam para discutir o seu cotidiano. Acho que esse é o grande ganho, gestores e trabalhadores juntos tomando a decisão. Então, quando a gente trabalha com cogestão, quando a gestão é mais democratizada, cada trabalhador é gestor do seu processo de trabalho.

Nós queremos sair da ideia que alguns pensam e outros executam, porque historicamente sabemos que quem é mandado, se não se sentem corresponsabilizado, não faz.

(Diálogo Apoiadora de Maternidade Rede Cegonha e Coordenadora do Apoio da Rede Cegonha [hipervídeo Saúde da Mulher - http://www.redesestrategicassus.org/#/mulher](http://www.redesestrategicassus.org/#/mulher)).

A novidade trazida pelo apoio institucional, adotada como metodologia por parte das Redes Temáticas, foi a abertura para possibilidade de estabelecer relações de cooperação técnico-política para mudança de processos de trabalho, intervindo na organização das redes nos territórios. Esse processo passa pela construção de novos espaços instituintes de encontro entre trabalhadores e gestores e usuários, como no caso do Fórum Perinatal. O apoio institucional não limita sua atuação a espaços formais e a uma comunicação exclusiva com os gestores, uma vez que parte do pressuposto e princípio ético-político que a mudança das práticas exige a inclusão de diferentes atores num processo de democratização das instituições.

Assim, percebe-se a partir das falas dos gestores do DAPES que o forte investimento nos territórios, a partir da prática do apoio, consolidou-se numa importante linha de fuga às linhas fragmentárias do MS. As redes, formuladas enquanto redes territoriais, exigiram outro modo de pensar a relação interfederativa, como forma de escapar a lógica centrípeta e fragmentária do Ministério da Saúde.

Vir pra cá teve esse desafio de não ser cooptado e engolido por essa máquina das coisas, pegando uma rede que já vem com problemas de nome, de nascimento [Rede Cegonha] [...] Eu acho que o nascimento de redes temáticas também foi um problema, porque, de certa forma separa a Rede Cegonha no DAPES da Atenção Básica que fica no DAB. Não é um território integrado, isso a gente já conversou, sobre essa posse em redes temáticas, e não em redes territoriais, onde você olha tudo. E isso, com toda dificuldade de construção aqui pra dentro do Ministério. Mas, eu acho que assim, a marca que eu vejo no DAPES, e já tinha experimentado isso na PNH é a questão do fazer junto, do apoio. Esse apoio é responsabilizar as pessoas, imprimir essa questão da implicação e intensidade fazendo junto, experimentando, não tendo medo de se perguntar o tempo todo, de fazer mais perguntas e com esse olhar crítico que você fala, com essa avaliação política (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES).

A constituição de um conjunto de estratégias e dispositivos que amplificassem o grau de articulação entre o Ministério da Saúde e os territórios produziu uma oxigenação da própria gestão. O apoio institucional, constituição de grupos condutores interfederativos de redes, fóruns de participação social criaram uma agenda experimentada pelos gestores com uma importante inflexão e desfragmentação das políticas.

e o que foi feito [...] foi transformar num movimento vivo instituinte nos territórios, onde deu um reencantamento com o SUS [...]; com toda contradição que tem, com toda a questão, que o SUS vem passando da crise [...] a gente foi construindo em termos de estruturação da política, ou arranjos da política nos territórios, trouxe possibilidade das pessoas poderem sair desse lugar mais burocrático (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES).

No território as necessidades em saúde não estão segmentadas exigindo uma convergência das ações das redes temáticas. Pensar em redes territoriais de produção de saúde envolve um movimento de territorialização da própria rede. Toda rede de saúde produz e intervém nos territórios geográficos, sociais e subjetivos.

De acordo com Righi (2010), as redes assistências produzem normas próprias que tendem a desconsiderar os valores e regras dos territórios existenciais, porque operam articulações funcionais entre equipamentos.

A construção de redes territoriais de produção de saúde busca superar a percepção de que o território é apenas um lugar produtor de demandas que requerem ofertas técnicas, e busca afirmar que o território é um espaço vivo que requer diálogos e coproduções de ordem política e social.

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010, p. 64).

Por exemplo, uma Unidade de Saúde da Família em que os pacientes são medicados com antidepressivos porque se queixam de tristeza produz uma intervenção no território, produz

um novo território: um território atravessado pela rede do mercado de medicamentos. Vemos que todo território geográfico está articulado em redes, diversas redes que extrapolam a rede de serviços de saúde. Essas redes, portanto, interferem e interagem com a rede de serviços de saúde: a rede do tráfico, as redes da internet, a rede de transporte, a rede de relações afetivas, a rede de prostituição, a rede de venda de bebidas alcoólicas etc., tudo isso compõe o território e interfere na rede de serviços de saúde. Não existe, portanto, rede de um lado e território de outro. A rede de saúde é uma das redes que compõe um território. Uma rede de produção de saúde (Brasil, 2009) é, por conseguinte, uma rede de redes produtora de um novo território. Entre as redes que compõem uma rede de produção de saúde se entende que é fundamental, mas não suficiente, a estruturação das Redes de Atenção em Saúde. O desafio imposto pela perspectiva territorial de produção de redes é justamente essa articulação de redes no território.

A gente tem um desafio grande na implementação das redes nos territórios. Primeiro a gente tem que pensar os territórios e para isso as regiões de saúde precisam estar fortalecidas. Os pontos de atenção precisam estar articulados. Por exemplo, a Rede Cegonha é muito importante para a Rede de Cuidado para Pessoa com Deficiência no caso de identificação precoce, se há alguma deficiência, no momento do nascimento, existem vários exames: a triagem pré-natal, exame do pezinho, do olhinho, da orelhinha, que é uma agenda da pessoa com deficiência mais articulada à saúde da criança e à saúde da mulher. (Entrevista hipervídeo – Coordenadora-geral da Saúde da Pessoa com Deficiência. <http://www.redesestrategicassus.org/#/deficiencia>).

É, portanto, frente a uma nova *práxis* de apoio no território que se abre a possibilidade para que as temáticas sociais organizadas em redes possam produzir um comum das políticas estratégicas. Como produzir um comum entre usuário de drogas, gestantes, pessoas com deficiência, pessoas privadas de liberdade? Como estas problemáticas se agenciam no território? Como organizar rede de produção do comum que resistem as linhas de fragmentação que reforçam uma lógica programática? Não seria essa produção do comum um caminho necessário para combater as iniquidades? Não é por acaso que quando olhamos para os determinantes sociais de saúde nos deparamos com a estratificação histórica que reparte a sociedade brasileira, que recai principalmente sobre negros, pobres e mulheres.

Cria-se assim a necessidade de uma dupla agenda: por um lado diminuir os padrões de desigualdade que interferem nos padrões de morbimortalidade e por outro avançar na garantia de direitos individuais/singulares. Assim, o problema do uso de drogas não se dissocia da política de drogas que criminaliza e extermina jovens, na maioria negros pobres. Do mesmo modo, a pauta pela redução da mortalidade materno-infantil não se dissocia das políticas reprodutivas que criminalizam e gera mortes de mulheres, na maioria negra e pobre, que abortam voluntariamente.

O território imprime uma força sobre as redes, uma vez que suas desarticulações podem produzir novas iniquidades. Na desarticulação entre a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Rede Cegonha será a gestante usuária de *Crack* em situação de rua que ficará sem um fluxo de cuidado, com ofertas clínicas específicas. Desse modo, o território traz a força de denúncia, uma vez que a fragmentação do próprio MS se torna mais pública, como apontam os gestores:

o Ministério, cada uma das áreas, dos setores, tem seus agentes, e eles se relacionam de uma forma não articulada das suas agendas. Então é comum você ir, ainda hoje, à época mais ainda, para determinados territórios e ter outros agentes do Ministério, às vezes com as mesmas equipes, ou com outras equipes, sem nenhuma conversa. Aqui a ideia é que o Ministério pudesse pensar a sua intervenção nos territórios, o território regional, o território estadual, os grandes municípios né, então como é que a gente produz determinados projetos de gestão de um estado como um todo, de uma região como um todo, e nessa região tem vigilância, assistência, assistência farmacêutica, tem tudo um pouco e a gente devia articular isso (Narrativa Grupo Focal Gestores DAPES).

A dificuldade de articulação da gestão das redes temáticas em espaços coletivos que ampliassem o grau de comunicação entre departamentos e secretarias do MS acaba por se expressar na dificuldade de articulação do apoio integrado nos territórios. Apesar dessa dificuldade, cria-se uma abertura para que o território também afete as linhas verticais do MS. Trata-se de constituição de uma nova institucionalidade, que, malgrado a insistência de linhas verticais e segmentárias, abre-se para novas possibilidades geradas pela aproximação com o território. Na lógica do *check-list* e indução exclusiva por normativas e recurso, o MS constituiu-se como instituição blindada com pouca porosidade para os movimentos do território. O apoiador, como agente político de articulação nos territórios, passa a estar mais diretamente exposto a outras forças sociais que mobilizam o SUS. É preciso negociar, sentar para conversar, escutar e analisar as demandas, criar ofertas e trazer, a partir da especificidade do território, novas propostas para o projeto institucional do MS.

■ Limites e brechas da/na gestão

A avaliação geral dos gestores do DAPES aponta para um movimento de oscilação entre as alegrias das conquistas e as tristezas dos limites encontrados. Mais do que tomar essas narrativas como um movimento particular de um grupo, tomaremos como analisadores de um processo político que expressa a agonística entre poder constituinte e poder constituído, aos quais estão postos os desafios de não se enredar nas linhas do poder que insistem em limitar a potência criadora de novas institucionalidades.

Mas eu não sei, a gente percebe uma certa situação que a gente vive, e nosso tom aqui foi com certo pessimismo... Estrutural... Talvez a gente... esteja um pouco... intoxicado, né, ? Uma certa intoxicação... por estar... por demais tempo nessa própria máquina. E não poder ver os alcances, as próprias mudanças... que temos imprimido, de alguma forma, de alguma forma se imprimiu... é... talvez isso, e isso um pouco que nos compõe aqui como grupo. A gente é crítico, um legado da esquerda... faz parte do campo ético da esquerda olhar para si, e dizer “olha, temos muito o que avançar, avançamos, mas ainda temos muito o que avançar”. Mas a gente bateu em algum limite; que eu acho que passa um pouco pela decepção do governo federal, duma disputa que virou pela governabilidade... governos que têm feito negociações pra se sustentar, e que... e que muitas vezes colocam... ao lado... questões ideológicas, ou políticas que conformou o mandato nas urnas. (Entrevista Diretor DAPES 2011-2014)

A difícil conciliação entre a garantia de acesso a serviços de saúde e ampliação da pauta por garantia de direitos singulares esbarra na institucionalidade moral vigente, que tem imposto sérios limites para a mobilização do comum e avanço da democracia no Brasil. A pauta da governabilidade passa a ter grande força dentro de um cenário de manutenção de alguns avanços sociais que inevitavelmente tem posto na gaveta outros avanços tão necessários e caros para a constituição de outra subjetividade sensível aos direitos humanos.

Acho que isso é um grande desafio. Agora do ponto de vista político mesmo, da agenda da mulher, uma das dificuldades que a gente tem é nesse campo dos direitos reprodutivos. A onda que a gente tá vivendo não é conservadora, ela é mais que conservadora, é uma onda retrógrada que a gente vive hoje no campo moral, ela tem impactado com muita força trazendo muitas dificuldades para nós. Hoje qualquer candidato, qualquer governante, pra governar, tem que pedir quase permissão pra determinados movimentos, isso atenta contra os direitos, isso atenta contra o bom senso. Você tratar a questão do abortamento no Brasil como problema fora da saúde pública, é uma questão moral, ela atenta contra a vida, nós estamos perdendo mulheres e crianças as pencas por conta disso. Então, eu acho que estamos vivendo um momento muito difícil e acho pouco provável que a gente vai conseguir reverter isso em curto prazo, acho que vai ter muita dificuldade (Entrevista Diretor DAPES, 2011-2014).

Responder institucionalmente por uma agenda de compromisso nacional é abarcar um conjunto de vetores que exige ao mesmo tempo o enfretamento com posições antagônicas e por outra composição com diferentes perspectivas. Acompanhando o trabalho dos gestores do DAPES adentramos o desafio da difícil arte de governar políticas públicas. As críticas sofridas pelos gestores podem demarcar um campo de oposição entre dois polos antagônicos ou demarcar um campo de tensão entre forças heterogêneas que não são necessariamente antagônicas. Do ponto de vista dos gestores, muitas reivindicações e pressões dos movimentos sociais eram legítimas e marcavam um campo de forças heterogêneas, enquanto alguns movimentos de macropolítica governamental expressavam direções ético-políticas antagônicas ao projeto do SUS.

Do meu ponto de vista, que sou uma coordenadora, vou aterrissar numa área do Ministério, coordenadora de uma rede, eu não tô resolvendo o problema do País, entendeu? Que a pergunta já tá quase assim: então desse ponto de vista, eu sou uma coordenadora... vim pra cá, assumi uma função social, dentro de um departamento, com apoio, ajuda de colegas... muito avanço. Muito avanço, muito ganho. Eu vejo isso em cada uma das áreas. Agora, se isso é suficiente... Não, nunca é o suficiente...- Nunca vai ser... Isso é uma estratégia. Uma tática. Entendeu? Porque tudo tem que ser tudo? Um dispositivo tem que dar conta de algo. Isso aí pode ser só um dispositivo pra dar conta de algo... que pode movimentar uma onda, ele não vai resolver tudo...ele não resolve tudo, mas ele é potente! Isso... legal. Porque eu acho avançou e isso é um legado da esquerda. É de olhar sua obra como não definitiva! Olhar sua obra com isso, como algo que mudou algo, mas que ela é insuficiente na história! (Narrativa Grupo Focal gestores DAPES).

■ Conclusão

A cartografia da gestão das políticas do DAPES trouxe um crivo de análise sobre a gestão de políticas públicas no que concerne aos desafios de se habitar um espaço com diversas limitações que fogem a governabilidade do gestor e no qual é possível criar novos espaços e estratégias para consolidação de movimentos que caminham em prol da defesa da vida e da coisa pública.

O território, como plano de expressão de uma multiplicidade de forças sociais, subjetivas e históricas criam linhas de resistência à verticalidade da máquina de Estado. Ao mesmo tempo em que, no plano da gestão ministerial, observa-se uma grande dificuldade de superação da lógica fragmentada que reforça a manutenção de uma lógica programática. No limite, a baixa capacidade de construir arranjos institucionais que ampliem o grau de transversalidade e a cogestão das políticas estratégicas dentro do Ministério da Saúde reproduz um modo fragmentado de atuação nos territórios. Nesse sentido, apesar de as estratégias criarem uma desestabilização da lógica verticalizada de atual intra-áreas, a ação fragmentada entre as áreas reproduz no conjunto da obra uma lógica verticalizada.

■ Referências

- AURÉLIO, H. P. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Redes**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde**. Brasília, 2009. 48 p.
- PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Revista Interface**, Botucatu, v. 18, p. 809-820, 2014. Supl. 1.
- PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Revista Interface**, Botucatu, v. 18, p. 895-908, 2014. Supl. 1.
- RIGHI, L. B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 59-74. (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).

PARTE II

MEMÓRIAS E NARRATIVIDADES DA GESTÃO

(Rede Cegonha, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Pessoa Privada de Liberdade)



SAÚDE DA MULHER

Aspectos históricos da luta pelos direitos da mulher e sua repercussão na saúde pública: desafios para a integralidade das respostas às diferentes necessidades das mulheres

Tatiana Silva Tavares
Tadeu de Paula Souza

Introdução

Considerando a proposta de pesquisar o processo histórico de constituição da política de Saúde da Mulher, gerida pela Coordenação-Geral de Saúde da Mulher (CGSM)¹⁰, serão apresentados aspectos relevantes para a delimitação de um campo problemático histórico, social e institucional que permitem tecer as relações de poder constituídas no passado para se fazer uma cartografia dos processos atuais de gestão de políticas. Destaca-se a participação dos movimentos de mulheres e feministas nesse processo. A história desses movimentos revela a constituição das mulheres como sujeito coletivo, passando a atuar no espaço público e publicizando temas até então confinados à esfera privada (FARAH, 2004). Este capítulo tem como objetivo apresentar a cartografia da produção de políticas públicas, programas e estratégias da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher, do período de 2003 a 2013¹¹, tendo como foco de análise a constituição de políticas públicas na tensão entre Estado e movimentos sociais. Para isso organizaremos nossa narrativa em dois momentos: aspectos históricos e institucionais que antecederam o atual ciclo de gestão (2011-2014) e o movimento de constituição da Rede Cegonha (RC), como rede estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aspectos históricos do movimento institucional da Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Coordenação-Geral de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), definiu, em 2003, como suas atribuições: formular, em parceria com outras áreas do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; apoiar e incentivar a formação de profissionais de saúde para a implantação e implementação da atenção qualificada à saúde da mulher; investir na ampliação e fomentar a criação de tecnologias adequadas para a atenção integral à saúde da mulher; criar instrumentos gerenciais para apoiar a implementação, acompanhamento, controle e avaliação das políticas, ações e serviços de saúde; e apoiar as organizações de mulheres para o controle social (BRASIL, 2003).

¹⁰ A designação da área foi alterada no segundo semestre de 2013 de Área Técnica de Saúde da Mulher para Coordenação-Geral de Saúde da Mulher.

¹¹ A cartografia da produção de políticas públicas, programas e estratégias da CGSM foi realizada a partir da identificação de seus produtos institucionais, no período de 2003 a 2013, para a construção de uma linha do tempo. Foi realizada busca documental no site da CGSM, no qual são disponibilizadas publicações e legislações, e no site Saúde Legis. A seleção foi orientada por referências citadas no documento da Política Nacional de Saúde da Mulher (2004) e da Portaria nº 1.459 de 2011 que instituiu a Rede Cegonha, sendo realizada uma busca retroativa. Essas publicações foram definidas como fontes documentais para nortear a busca devido à relevância no contexto de produtos institucionais no período. A linha do tempo foi validada por duas técnicas da CGSM com atuação na Rede Cegonha e uma técnica que atua no enfrentamento da violência. Após apresentação da linha do tempo, foi questionado aos técnicos se existiam outras publicações ou legislações que gostariam de destacar e se identificavam outros marcos relevantes no processo de constituição do trabalho da área de Saúde da Mulher nesse período, sendo então realizadas as alterações sugeridas.

No período de 2003 a 2006, a saúde da mulher foi tomada como prioridade de governo, sendo elaborada e divulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, um marco relevante para a área. O documento foi elaborado pela equipe da CGSM, em parceria com diversos setores da sociedade, principalmente com o movimento de mulheres e feministas; o movimento negro e o de trabalhadoras rurais; sociedades científicas; pesquisadores e estudiosos da área; organizações não governamentais; gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004).

A PNAISM apresentou princípios e diretrizes para nortear a atenção à saúde da mulher no Brasil, explicitando compromisso com a garantia dos direitos humanos das mulheres e a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. No documento foram incorporados, com um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores (BRASIL, 2004).

Os objetivos da política são (BRASIL, 2004):

- Promover a melhoria das condições de vida e a saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de nenhuma espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Para a elaboração da PNAISM, foram considerados a evolução das políticas, a situação sociodemográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil (BRASIL, 2003). Dessa forma, é importante considerar que a formulação da PNAISM, assim como de outras propostas para a atenção à saúde da mulher posteriormente, foi influenciada por marcos históricos, políticos e sociais do País, delineados a partir de 1980.

Na década de 1970, a atenção à saúde da mulher era focalizada no ciclo gravídico-puerperal, destacando-se a visão da mulher como mãe. Em 1974, foi elaborado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil com ações voltadas ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, direcionadas ao corpo das mulheres-mães, visando ao nascimento de crianças saudáveis (COSTA; AQUINO, 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na década de 1980, no âmbito internacional e nacional, fortaleceram-se os debates sobre os problemas de saúde e os direitos das mulheres, por meio dos movimentos feministas, que reivindicavam dos governos mudanças nas políticas de saúde (COSTA, 2009; COSTA; AQUINO, 2002; FARAH, 2004). No Brasil, em um contexto de reivindicação por políticas de acesso aos métodos contraceptivos, foi proposto, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), subsidiado na vertente da saúde pelo movimento da reforma sanitária e na vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres pelo movimento de mulheres e de feministas (COSTA; AQUINO, 2002; COSTA, 2009).

O PAISM foi fundamentado na concepção de integralidade, apresentando princípios e diretrizes programáticas para as ações de saúde destinadas ao atendimento das necessidades prioritárias das mulheres. O programa compreendia a assistência a diversos ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, abrangendo assistência clínico-ginecológica, pré-natal, ao parto e ao puerpério imediato. Foi afirmada a autonomia das mulheres para a escolha dos padrões de reprodução que lhes convinham (BRASIL, 1984; COSTA, 2009; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher representa um marco histórico nas políticas públicas, sendo a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas e programas na área de saúde da mulher. Destaca-se, com esse programa, a desvinculação da atenção prestada à mulher da atenção à criança, que foi abordada em um programa específico. Além disso, o programa teve enfoque nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, revelando uma concepção de mulher como sujeito de direito (COSTA, 2009; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 41) destacam que:

[...] gênero não aparece como texto no PAISM, mas como ação, ou seja, como se constituiu esse programa e como vem se constituindo a forma como pensamos esse sujeito-mulher-cidadã da saúde, que passa a se organizar em um coletivo de mulheres reivindicando direitos sobre seu corpo, sobre si. Gênero aparece marcando a diferença para obter um tratamento mais igualitário na sociedade, isto é, a mulher não apenas vista como um corpo no social, mas no social por seu corpo. A diferenciação do corpo, tomado no cuidado em saúde, promovendo direitos, integrava um anseio pelo direito de ter/viver uma sexualidade, uma marcação política de um sujeito político e de alguns de seus direitos, que passam a ser assegurados, visibilizados culturalmente, pela organização integrada de vários segmentos sociais, denominada engajamento no coletivo. Integralidade passa a ser colocar esse sujeito no social, e não apenas atender a seu corpo. As mulheres passam a figurar de outro jeito no social: que constroem e são construídas como cidadãs da saúde.

O fortalecimento dos movimentos de mulheres e a presença de lideranças de mulheres nos partidos políticos possibilitaram a criação dos conselhos nacional e estaduais dos direitos da mulher e a implantação das delegacias para mulheres, em 1985. A atuação das mulheres na 8ª Conferência Nacional de Saúde desencadeou a convocação imediata da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986, organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher, com o apoio dos movimentos de mulheres do País, do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência (COSTA, 2009).

Nessa Conferência, as diretrizes do PAISM foram reafirmadas e transformadas em resoluções programáticas, que orientaram a elaboração da “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes”, instrumento político no qual foi defendida a saúde como um direito de todos e dever do Estado e o direito da mulher à atenção a sua saúde, independente do seu papel de mãe. As reivindicações dos movimentos de mulheres com o movimento sanitário permitiram avanços na Constituição de 1988, com a definição da saúde como direito universal e dever do Estado e a ampliação das concepções de saúde e de saúde da mulher, instalando uma nova ordem nas relações entre Estado, governo e sociedade (COSTA, 2009).

Os movimentos feministas continuaram exigindo a garantia dos direitos e respeito à mulher e ao enfrentamento da violência de gênero. Em 1991, foi criada a Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, uma articulação política nacional do movimento de mulheres, que atua junto às diferentes instâncias públicas do País visando garantir o acesso e a assistência integral à saúde das mulheres, e assegurar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres (REDE FEMINISTA..., 2013).

Em 1993, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil, incluindo diversos profissionais de saúde, em defesa do atendimento humanizado ao parto e ao nascimento, compreendendo-os como um processo natural e fisiológico, de protagonismo da mulher. A rede atua por meio da divulgação de assistência e cuidados perinatais baseados em evidências científicas (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO, 2013).

A ReHuNa é o movimento nacional pioneiro na defesa de uma atenção humanizada e respeitosa, em contrapartida a violência institucionalizada no parto e no nascimento vigente no País. Evidencia-se que o movimento em defesa de uma atenção humanizada é plural, entre as variantes tem-se, entre outros, o trabalho com a comunidade das proximidades do Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte/MG, a estruturação nacional das doulas como acompanhantes de parto, a organização das parteiras tradicionais (RATTNER et al., 2014).

Destaca-se que esses movimentos de mulheres, a Rede Feminista e a ReHuNa, lutam pelos direitos e saúde das mulheres com enfoques diferenciados, a Rede Feminista defende a igualdade de gênero e a autonomia da mulheres, buscando seu reconhecimento além da maternidade, já a ReHuNa defende a humanização da atenção ao parto e ao nascimento, visando a sua qualificação para que a mulher tenha autonomia nesse processo e para a redução da violência e da mortalidade obstétrica.

Costa (2009) analisa que nos anos 1990, os movimentos de mulheres instituem-se em organizações não governamentais, profissionalizando a atuação militante. Entidades desses movimentos passam a atuar como parceiras do Ministério da Saúde na produção de materiais educativos e técnico-normativos para a atenção à saúde das mulheres.

Paralelamente, nas décadas de 80 e 90, foram realizados eventos internacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o combate a todas as formas de violência contra a mulher, destacando-se a Conferência sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994. A internacionalização das agendas dos movimentos de mulheres com essa conferência teve como reflexo a rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema saúde da mulher na pauta governamental (COSTA, 2009). Defendeu-se a abordagem do parto como um processo fisiológico, sendo elaboradas recomendações para a assistência, com redução das intervenções, do uso de tecnologias e da medicalização, visando ao respeito à autonomia da mulher e à redução da morte materna (UNFPA, 1994).

Os anos 1990 foram marcados por restrições na interlocução dos movimentos de mulheres com o governo por meio Conselho Nacional de Direitos da Mulher, limites à implementação do SUS, forte ênfase nos programas de saúde fragmentados e pressões internacionais pela adoção de políticas de planejamento familiar. Representaram avanços à atenção integral à saúde

das mulheres, nesse período, a expansão das coberturas de atenção básica a toda população brasileira com a estratégia do Programa de Saúde da Família e os processos de mudança no modelo de atenção às mulheres com iniciativas destinadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto (COSTA, 2009).

Em 2000, o Estado brasileiro assumiu o compromisso de cumprimento da Declaração do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) – um pacto a ser assumido pela comunidade internacional para reduzir a pobreza e promover o desenvolvimento, no qual foram integrados os compromissos de conferências mundiais realizadas ao longo da década de 1990. Nessa declaração foram definidos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deveriam ser alcançados até 2015, por meio de ações específicas de combate à fome e à pobreza associadas à implantação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004).

Entre os oito ODM, considerando a atuação da CGSM, destacam-se os objetivos: promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; melhorar a saúde materna e combater o HIV/aids, a malária e outras doenças. No que diz respeito ao ODM Melhorar a saúde materna, as metas propostas foram reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna e alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva. O Brasil incluiu também as metas: promover, na rede do Sistema Único de Saúde, cobertura universal por ações de saúde reprodutiva e ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência da época (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Em 2002, estimava-se que a taxa de mortalidade materna no Brasil era de 75,3 por 100 mil nascidos vivos, sendo considerada faixa de alta mortalidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹². As principais causas de morte materna eram hipertensão arterial, hemorragia, infecção pós-parto e complicações relacionadas ao aborto, destacando-se a elevada proporção de mortes evitáveis de mulheres por causas ligadas à gravidez, ao parto ou ao puerpério (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004).

Portanto, alcançar os ODM configurava-se como um desafio, sobretudo a redução da mortalidade materna, tornando-se determinante na definição de prioridades e propostas da CGSM a partir de 2000. Ainda nesse ano, foi elaborado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Portaria n° 569, de 1 de junho de 2000) buscando concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e adotar medidas para assegurar o aumento da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério. O programa procurou também ampliar as ações já adotadas, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e de cursos de capacitação de parteiras tradicionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004).

Até 2002, constatou-se que as ações do Ministério da Saúde, relacionadas ao pré-natal, à assistência ao parto e à anticoncepção, priorizaram a saúde reprodutiva, dificultando a

¹² Taxa calculada utilizando um fator de correção das estatísticas obtidas por meio dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, devido à alta incidência de subnotificação de óbitos maternos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004).

elaboração de uma agenda ampliada de atenção à saúde da mulher e a implementação do PAISM (CORREA; PIOLA, 2003; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004). Costa (2009) argumenta que o PAISM permaneceu como norteador das ações no nível teórico, mas na prática não resistiu à fragmentação em programas por agravo ou condição que foram sucessivamente criados.

Em 2003 e 2004, na 12^a Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, respectivamente, retornam à pauta do movimento feminista os problemas da saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM, além da necessidade de considerar as especificidades, como das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas. Nesse contexto, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, que retoma as proposições do PAISM atualizando-as e adequando-as às necessidades presentes nos últimos anos (COSTA, 2009).

A constituição da Rede Cegonha em tensionamento com os movimentos de mulheres: um novo campo de forças entre as mulheres.

No período de 2003 a 2013, a CGSM desenvolveu diversos programas e estratégias. A revisão documental de publicações do Ministério da Saúde, nesse período, permite identificar que as ações desenvolvidas destinavam-se, principalmente, à redução da mortalidade materna e neonatal; à redução da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero; e ao enfrentamento da violência de gênero. Evidencia-se uma associação desses eixos de ação à ampliação, à humanização e à qualificação do atendimento à mulher.

O eixo destinado à redução da mortalidade materna e neonatal concentra o maior número de ações da ATSM. Em 2003, foi instituída a Comissão Nacional de Mortalidade Materna (Portaria n° 652/2003) para realizar o diagnóstico permanente da situação da mortalidade materna no País, definir estratégias de redução da mortalidade e acompanhar ações do Ministério da Saúde no processo de articulação das diferentes instituições e instâncias envolvidas. Nesse ano, foi ainda instituída a notificação compulsória do óbito materno (Portaria n° 653/2003) para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos.

No eixo de enfrentamento da violência de gênero, em 2003, foi regulamentada a Notificação Compulsória do Caso de Violência contra a Mulher, atendida em serviços de saúde públicos ou privados (Lei n° 10.778, de 24 de novembro de 2003), instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovado o instrumento e fluxo para notificação (Portaria n° 2.406, de 5 de novembro de 2004).

Em 2004, no eixo destinado à redução da mortalidade materna e neonatal, foi definido o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com objetivo de redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal, por meio da pactuação entre gestores e sociedade civil, com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas para a promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio. O pacto apresentava, principalmente, estratégias de humanização do pré-natal e do parto. Para garantir o cumprimento das metas do pacto, em 2005, foi formada a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Portaria n° 427, de 22 de março de 2005).

Nesse ano foi também instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005) com objetivo de desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria foi revogada posteriormente.

2005, no eixo de enfrentamento da violência de gênero, foi elaborada, por meio de pareceria entre vários ministérios, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, com as diretrizes para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando o planejamento familiar. Em relação às ações na área da Saúde, foi definida a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para mulheres na idade fértil, o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução assistida no SUS (BRASIL, 2005).

Foram garantidos posteriormente, no eixo destinado à redução da mortalidade materna e neonatal, por legislação os direitos de acompanhante à parturiente, de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005) e de vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007).

O balanço do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, realizado em 2007, apresentou as diversas ações propostas para atender aos objetivos definidos como: organização da atenção humanizada ao abortamento inseguro e sensibilização de profissionais de saúde das grandes maternidades a respeito; qualificação de equipes de maternidades em seminários de atenção obstétrica e neonatal humanizada com base em evidências científicas; qualificação de parteiras tradicionais; formação de doulas comunitárias; apoio técnico e financeiro para cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todos os estados; apoio técnico e financeiro para a qualificação da atenção ao parto domiciliar, capacitando profissionais de saúde para atuarem como multiplicadores e parteiras tradicionais; incorporação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) com ênfase no acolhimento e na garantia dos direitos dos usuários à saúde; fortalecimento do programa de humanização do parto e nascimento; implantação do Projeto Nascer em maternidades; instalação de Comitês Estaduais de Mortalidade Materna e ampliação dos Comitês Regionais, Municipais e Hospitalares; apoio à organização de Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

O balanço evidenciou a realização de ações dentre as propostas e a aproximação do cumprimento de algumas metas, porém permitiu constatar que os números do óbito materno mantiveram-se estáveis, não apresentando o progresso desejado (a mortalidade materna foi de 1.658 mulheres em 2002 e de 1.620 em 2005) e revelando o desafio para o enfrentamento desse problema (BRASIL, 2007). Nos últimos 20 anos, os indicadores da saúde das mulheres evidenciaram melhor nutrição, diminuição do tabagismo, menor número de filhos com intervalos maiores entre os partos, melhor imunização, maior número de consultas de pré-natal, melhor rastreamento para o diagnóstico de infecções e maior número de consultas no pós-parto (DINIZ, 2009). Evidencia-se nesse contexto o paradoxo perinatal, no qual maior acesso aos serviços

de saúde, aos insumos e equipamentos tecnológicos biomédicos e à assistência de profissionais de saúde não garante a reversão do quadro de mortalidade materno e infantil (DINIZ, 2009; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010; ROSENBLATT, 1989).

Esse paradoxo sinaliza que o uso intensivo de tecnologia na população de baixo risco desencadeia intervenções inapropriadas e causa danos iatrogênicos às mães e aos recém-nascidos, o que pode ser evidenciado pelos altos índices de cesáreas desnecessárias e os índices crescentes de prematuridade. Porém, na realidade brasileira, além de convivermos com a morbimortalidade por excesso de tecnologia, temos também a morbimortalidade por falta de tecnologia apropriada. O modelo tecnocrático de assistência ao parto, hegemônico no País, é pouco apoiado em evidências científicas e marcado por uma relação autoritária e degradante entre profissional e usuária, com submissão da mulher ao saber biomédico (DINIZ, 2009; RATTNER et al., 2014).

Para a reversão desse panorama, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de novas estratégias que propiciassem a mudança do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento no SUS, para diminuir a mortalidade materna e infantil e qualificar o cuidado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Para esse propósito, foi apresentado, como uma das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), em 2009 (BRASIL, 2010). Com contribuições da Política Nacional de Humanização, foram definidas como diretrizes a gestão democrática das maternidades; o acolhimento com classificação de risco; o direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidado perinatal. O apoio institucional foi apresentado como estratégia para fomentar mudanças nas 26 maternidades prioritárias, para uma nova ética no trabalho, baseada na construção coletiva e cooperativa de soluções aos problemas identificados, o que requer a produção de mudanças na lógica e nos modos de organização do trabalho (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

As informações sobre óbitos infantis e maternos das 26 maternidades apoiadas pelo PQM indicaram mudanças na atenção e na gestão das maternidades, e na organização do cuidado em Redes Perinatais, possibilitando redução da mortalidade materna e infantil. Embora essa diminuição não possa ser relacionada estritamente ao plano, sendo influenciada por outras variáveis, como aumento de renda e melhorias nas condições gerais de vida da população, o PQM construiu um modo de trabalho para qualificação de maternidades, que gerou bons resultados e passou a ser adotado como modo de trabalho na transição para a Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha para atenção à mulher e criança (Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011) foi instituída em 2011, considerando a situação epidemiológica apresentada, os compromissos políticos assumidos desde a instituição do SUS e a Portaria que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (Portaria n° 4.279/2010). A RC visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Foram definidos como objetivos da Rede Cegonha:

- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento, ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses.
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, que se refere ao transporte sanitário e à regulação. A organização da RC visa possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, a partir das diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

No eixo de redução da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, em 2011, destaca-se a instituição dos Comitês e Rede Colaborativa para Qualificar Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama (Portaria nº 427/2011). Foram formalizados o Comitê de Mobilização Social e o Comitê de Especialistas, para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama, e a rede colaborativa, para qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Foram estabelecidas, em 2013, no eixo de enfrentamento da violência de gênero, as diretrizes para atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013) e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação. Ainda nesse ano, foi instituído o Programa Mulher: Viver sem Violência (Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013), que objetiva integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, configurando a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Esse programa, sob coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), integra a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, elaborada pela SPM, e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, lançado em 2007, como parte da Agenda Social do governo federal (BRASIL, 2011a; 2011b).

Em síntese, da década de 1970 ao período atual, evidencia-se a ampliação da concepção de mulher nos documentos que abordam a atenção à saúde da mulher. Desde uma abordagem materno-infantil, para mulher como sujeito da saúde reprodutiva, até o reconhecimento da mulher como sujeito de cidadania, considerando questões de gênero. Esse movimento reflete

nas propostas para a ampliação e a qualificação da atenção à saúde da mulher no País. Contudo, constata-se a ênfase das ações desenvolvidas pela CGSM no eixo de redução da mortalidade materna e neonatal.

A ênfase nesse eixo pode ser compreendida, em parte, ao se analisar a situação epidemiológica do País – altos índices de mortalidade materna e infantil, altas taxas de cesáreas e violência na atenção ao parto – e considerar o compromisso de cumprimento dos ODM. Nesse sentido, a atual política toma a situação do parto e do nascimento como parte do compromisso de garantia dos direitos das mulheres, defesa de sua autonomia e combate à violência contra a mulher.

Identificam-se diversos programas para redução da mortalidade materna, com o desenvolvimento de diferentes estratégias ao longo dos anos para superar os desafios verificados para se atingir as metas definidas. O PQM e a RC destacam-se como propostas por revelarem um acúmulo conceitual e inovações metodológicas, visando mudar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento para reduzir a mortalidade materna e neonatal.

Entretanto, questiona-se o risco de redução na abrangência dos problemas de saúde da mulher considerados na definição das ações governamentais, que pode representar um limite para a garantia de uma política condizente com o princípio da integralidade. Nas políticas e respostas governamentais aos problemas de saúde, a integralidade remete à abrangência de ações contempladas, que corresponde à articulação de ações de alcance preventivo e assistenciais; e às configurações das políticas especiais, especificamente desenhadas para dar respostas às necessidades de um grupo populacional, como o das mulheres. A integralidade implica na ampliação do horizonte de problemas a serem tratados pela política, considerando o contexto dos sujeitos e seus problemas de saúde em suas mais diversas dimensões (MATTOS, 2004).

Essa questão foi debatida pelos movimentos sociais. A Rede Feminista de Saúde considerou a proposta da Rede Cegonha, divulgada em 2011, um retrocesso na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina, conforme explicitado em entrevistas realizadas no mesmo ano. A RC, segundo as feministas, reiterava a noção de que a mulher e a sua saúde estariam orientadas para a maternidade, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade e a descriminalização do aborto. A imagem da cegonha foi associada ao retorno da concepção materno-infantil de saúde e ao retrocesso da atenção integral à mulher proposta desde o PAISM e da garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. Já o movimento pela humanização do parto e do nascimento, que critica a prática obstétrica brasileira desde 1990, considera a situação do parto e do nascimento como um problema de saúde pública em nossa sociedade a ser considerado na agenda política e na plataforma governamental (CARNEIRO, 2013).

A ReHuNa buscou contribuir na formulação de políticas nacionais que considerassem o parto e o nascimento, atuando como consultores das políticas públicas e na elaboração dos documentos técnicos, conduzindo projetos de implementação das políticas, contribuindo no delineamento e realização do PQM e interagindo participativamente, entre outros, nos Comitês de Especialistas e de Mobilização Social da Rede Cegonha. A ReHuNa considera a Rede Cegonha a convergência de várias políticas e o cenário mais favorável possível para a implementação prática de seu ideário (RATTNER et al., 2014).

Nesse sentido, observa-se a partir da Rede Cegonha a conformação de um novo campo de forças das lutas pelos direitos das mulheres. O movimento de defesa da humanização do parto e do nascimento reconhece na Rede Cegonha uma possibilidade de avanço, porém, parte do movimento feminista entende na Rede Cegonha um retrocesso devido à redução da saúde da mulher ao tema do parto e do nascimento. Tal tensionamento é, por um lado, reflexo de um contexto nacional em que os anseios legítimos do movimento feminista se veem limitados por uma realidade epidemiológica que exige que a pauta central ainda seja o parto e o nascimento. Por outro lado, é reflexo dos limites impostos pelas forças conservadoras que não permitem que a própria pauta do parto e do nascimento seja levada a sua radicalidade necessária, dificultando os avanços no campo dos direitos reprodutivos.

Diante dos tensionamentos nesse campo de forças, o movimento pela humanização do parto e do nascimento reivindica sua inserção no movimento feminista, alegando que a maternidade é desejo de muitas mulheres – sem desconsiderar que muitas podem não optar pela maternidade – e que as questões relacionadas à gestação e ao parto, como o direito dessas mulheres à autonomia no parto e à redução da violência obstétrica, devem ser pautas reconhecidas por esses movimentos. Esse argumento é reforçado pelo significativo número de mulheres que atualmente não tem possibilidade de fazer escolhas em relação ao parto, que são submetidas a procedimentos desnecessários e atitudes autoritárias e desumanas no parto, pois a atenção ao parto e ao nascimento no País é medicalizada e baseada no uso inapropriado de tecnologias¹³, revelando um modelo que apresenta vieses de gênero, conforme discutido por Diniz (2009). Assim como o movimento feminista entende e reconhece a legitimidade do desejo das mulheres que querem interromper de modo seguro sua gestação, buscando incluir a pauta da humanização do parto nela.

Diniz (2009) argumenta que o parto e sua assistência são fenômenos complexos, sendo as práticas de assistência ao parto formatadas sob influência de diversas dimensões da sociedade, como a cultura sexual e reprodutiva, suas hierarquias e valores de gênero, raça, classe social, entre outras. Na categoria de gênero – entendido como o sexo socialmente construído –, podem ser discutidos os vieses de gênero, que demarcam a maneira como a pesquisa/prática em uma área do conhecimento pode enxergar apenas aspectos que confirmam o paradigma dominante, deixando de valorizar aspectos fundamentais relacionados à saúde da mulher.

Na assistência ao parto, esses vieses levam profissionais a aceitar crenças da cultura sexual e reprodutiva, construídas socialmente, sobre o corpo feminino, como explicações científicas sobre o corpo e a sexualidade. Um exemplo é a crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso e imprevisível, precisando da correção e tutela, asseguradas pelas intervenções no parto. Dessa forma, atribui-se excessivo valor aos benefícios das tecnologias e reduzido valor aos efeitos adversos das intervenções, como a episiotomia de rotina. Além disso, a dimensão cultural pode influenciar o não reconhecimento nos serviços de saúde dos direitos das mulheres a sua expressão sexual evidenciada pela gravidez, integridade corporal, autonomia e não discriminação (DINIZ, 2009).

¹³ Informações disponíveis em sites da internet:

<<http://www.ongamigasdo parto.com/2011/03/humanizacao-do-parto-e-feminismo.html>>.

<<http://femmaterna.com.br/violencia-obstetrica-causa-feminista/>>.

<<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2013/12/maternidade-e-violencia-obstetrica.html>>.

Carneiro (2013, p. 57) destaca que:

[...] nos encontramos perante a problemática realidade da assistência materno-infantil da rede pública de saúde; de uma tentativa de sua reversão, a Rede Cegonha; das críticas feministas ao referido programa e pedido de atenção para a questão do aborto como tema de saúde pública, e, por fim, das impressões e demandas das mulheres brasileiras envolvidas com o ideário da humanização do nascimento. Esse cenário, longe de nos apresentar respostas, coloca ainda mais questionamentos com relação à eficácia e às consequências de uma política universalista de saúde. Por um lado, temos a urgência da resolução da falta de infraestrutura das instituições hospitalares, dos altos índices de mortalidade materno-infantil e da qualidade da assistência prestada pelas equipes médicas e pelo próprio Estado, todos, pontos importantes. Porém, em contrapartida, temos mulheres pedindo pelo reconhecimento de sua diferença no momento do parto, para que tenham o parto e não mais um parto, para que sejam tratadas como a mulher e não como uma mulher a mais, o que, em nossa opinião, retrata uma volição de singularidade e de reconhecimento da diversidade [...] Essas mulheres, a despeito disso, também recorrem à noção da igualdade, na medida em que se aliam ao movimento do parto humanizado e geram uma certa identidade – a das críticas ao modelo obstétrico vigente.

Considerando o dever do Estado em assegurar o direito de todas brasileiras à saúde de qualidade com igualdade de oportunidades, a Rede Cegonha é uma proposta governamental que visa garantir o direito ao exercício e à segurança do parto e ao nascimento do cidadão. Entretanto, Carneiro (2013) defende que também é preciso reconhecer as diferenças entre as mulheres, ressaltando os riscos da RC, como uma política nacional, garantir a igualdade, mas desconsiderar as diferenças e o desejo de singularidade. É preciso considerar, além do modelo humanizado, as diferentes concepções de saúde-doença e de parto, e os conhecimentos e ações populares no parto nas diversas regiões do País.

A abordagem da diferença é um aspecto relevante na formulação de políticas públicas para que garantam os direitos de mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, lésbicas, pobres, ricas, nos diversos ciclos de vida, com distintos saberes, orientações religiosas, crenças e modos de vida. Essa abordagem deve nortear o planejamento de ações desenvolvidas para mudança do modelo de parto e nascimento e redução da mortalidade materna e neonatal, mas também permitir a definição de outras ações que possibilitem atender, integralmente, às necessidades das mulheres considerando suas singularidades e a liberdade de não optar pela maternidade, ou seja, uma abordagem norteadas pelo desafio de produção do comum.

Os movimentos sociais e o comum das mulheres

As mulheres não são uma categoria universal, mas também uma multiplicidade de desejos, apostas e modos de vida. Tal multiplicidade pode ser vivenciada na atual tensão posta entre os movimentos feministas e suas nuances frente à pauta da humanização do parto e do nascimento que coloca para a gestão de políticas públicas a produção de um comum, entendo a legitimidade destas lutas e suas diferenças como elementos da produção da política, sob o risco de reforçar falsas polaridades e fortalecer a dimensão identitária de determinadas pautas.

Os movimentos sociais forçam as políticas públicas a se relacionarem e se conectarem com um campo de multiplicidades mobilizados pela multidão. O conceito de “multidão” pode ser uma ferramenta para a reflexão sobre a esfera pública contemporânea. A multidão representa uma pluralidade que persiste como tal na cena pública, é a forma de existência política e social dos muitos enquanto muitos (VIRNO, 2003). As múltiplas diferenças internas que compõem a multidão não podem ser reduzidas a uma identidade única, pois existem diferentes culturas, raças, etnias, gêneros, orientações sexuais, formas de trabalho, maneiras de viver, visões de mundo e desejos.

Essas diferenças sociais mantêm-se diferentes na multidão (HARDT; NEGRI, 2005). Porém, Virno (2003) ressalta que os muitos da multidão também necessitam de uma unidade, que está na linguagem, no intelecto, nas faculdades comuns do gênero humano; já não é mais a convergência para o Estado, como quando é considerado o conceito de povo. Essa unidade é a base para a diferenciação dos muitos, que consente a existência político-social dos muitos enquanto muitos. A partir dessa reflexão, existe a possibilidade de, mesmo mantendo os diferentes, descobrir pontos em comum que permitam a comunicação entre os muitos para agir conjuntamente (HARDT; NEGRI, 2005).

Segundo Hardt e Negri (2005, p. 12):

[...] também a multidão por ser encarada como uma rede: uma rede aberta e em expansão na qual todas as diferenças podem ser expressas livre e igualmente, uma rede que proporciona meio de convergência para que possamos trabalhar e viver em comum.

Portanto, temos como contribuições do conceito de multidão a possibilidade de democracia a produção do comum que permite agir com relações colaborativas em uma organização política em rede (HARDT; NEGRI, 2005).

A convergência dos movimentos sociais para apropriação sobre as políticas públicas de saúde gera diferentes frentes de luta coletivas que combatem as políticas de Estado instituídas, em uma dimensão constituinte de uma função comum das políticas de saúde. A tensão das forças dos grupos sociais organizadas contra o Estado garantem uma gestão comum do SUS, por meio do atravessamento dos movimentos sociais entre o “dentro” da máquina e o “fora” – onde fluxos livres de produção fogem do controle do Estado –, que possibilita que a potência da multidão se atualize no interior da máquina estatal. Esse “fora” se localiza muitas vezes com os grupos invisíveis aos olhos do Estado, que podem estar ignorados ou imperceptíveis e, em um dado momento, seus atores se organizam numa luta comum para reivindicar compromissos do Estado (SOUZA, 2009).

Avaliar a relação entre políticas de Estado e políticas públicas implica compreender a relação que se estabelece entre máquina de Estado e os movimentos sociais. A tomada de atitude dos movimentos sociais, que podem estar mais interiorizados ou exteriorizados, não excluiu o Estado na construção das políticas, mas antes de tudo, inclui a multidão (HARDT; NEGRI, 2005), como força crítica ao instituído. O “público” é gerado pelo embate entre o poder constituído e estabilizado como políticas de Estado e o poder constituinte dos movimentos sociais (NEGRI, 2002; SOUZA, 2009).

Evidenciam-se modos de operar distintos construídos pela máquina de Estado e pelos movimentos sociais. O Estado opera repartindo a cidade em diferentes segmentos que são interiorizados em secretarias, como a de saúde, que por sua vez reparte seu campo em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental... Este é um modo de operar identitário, no qual as demandas populacionais têm correspondência com a formatação de uma identidade e de uma especialidade; mãe, lésbica, privada de liberdade, usuária de drogas, conformando repartições e programas. Esse modo de operar constitui “segmentaridades duras” (DELEUZE; GUATTARI, 2008) que tendem a não se comunicar, que representam obstáculos de difícil transposição no campo da Saúde (SOUZA, 2009).

O modo de operar dos movimentos sociais podem liberar “segmentaridades flexíveis” (DELEUZE; GUATTARI, 2008) ao criarem linhas transversais que resistem às divisões do Estado. Assim, os movimentos sociais podem combater forças que diminuem a potência da vida à medida que fazem valer um efeito de multiplicidades. O público é revigorado justamente porque o **sentido coletivo** é resistente às repartições, uma vez que se expressam não em formas identitárias, mas por meio de forças múltiplas e heterogêneas (SOUZA, 2009).

Nesse sentido, cabe aos gestores não tomarem as pautas dos movimentos sociais como antagônicas, mas como registro de um campo agonístico que acolhe o desejo das mulheres de serem mães promovendo práticas humanizadas que superam a violência institucional pautada numa tecnicidade mercadológica, ao mesmo tempo em que outras pautas, como a do direito ao aborto e diferentes formas de violência, para além do parto, possam ganhar mais consistência na agenda político-governamental, com vistas a fortalecer o campo das políticas públicas.

A participação dos movimentos sociais é fundamental para a garantia dos direitos das mulheres e mudança de paradigmas (COSTA, 2009; RATTNER et al., 2014) e pode ser potencializada pela produção da luta pela autonomia da mulher para conduzir sua vida, sendo respeitadas suas escolhas, como comum; assim como, pelo reconhecimento do Estado das multiplicidades das mulheres.

■ Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: balanço das ações**. 20. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste: relatório final**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2003**. Brasília, 2003.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. 82 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. 24 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília, 2010. 184 p.
- _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011a. 68 p.
- _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011b. 44 p.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, mar. 2013.
- CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília, 2003.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago. 2009.
- COSTA, A. M.; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: MERCHÁN-HAMMAN, E. et. al. (Org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora da Universidade, 2002. p. 181-202.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: MIL PLATÔS. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008. p. 83-116. v. 3.
- DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.
- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan. 2004.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2004.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.
- MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan. 2009.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, set. 2005.

NEGRI, A. **O poder constituinte**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/87/showToc>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Brasil). **Melhorar a saúde materna: nosso trabalho pelo objetivo**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

RATTNER, D. et al. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 109-132. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). **Apresentação institucional**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/institucional.php>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (REHUNA). **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

ROSENBLATT, R. A. The perinatal paradox: doing more and accomplishing less. **Health Aff**, Millwood, v. 8, p. 158-168, 1989.

SOUZA, T. O fora do estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: CARVALHO, S. R; FERIGATO, S. E; BARROS, M. E. (Org.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. p. 42-52.

UNFPA (Brasil). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo**, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

VIRNO, P. **Gramática da multidão: para uma análise das formas de vida contemporâneas**. [S.l.: s.n.], 2003.

Rede Cegonha: cartografia do trabalho da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher

Tatiana Silva Tavares
Tadeu de Paula Souza

Introdução

A cartografia dos produtos institucionais da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher (CGSM), apresentada no capítulo anterior, permitiu evidenciar a tensão entre Estado e movimentos sociais, como o movimento feminista e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), na constituição das políticas públicas. Este capítulo tem como objetivo apresentar a cartografia dos movimentos políticos institucionais da CGSM relacionados ao processo de produção políticas públicas e estratégias para dar respostas para as necessidades de saúde das mulheres, no período de 2003 a 2013. Destaca-se o período de 2011 a 2014, do atual ciclo de gestão, no qual a constituição da Rede Cegonha teve desdobramentos em relação às demandas de movimentos sociais, gestores e profissionais que atuam na prática dos serviços de saúde nos estados e municípios do País.

Governar a política pública de saúde da mulher, na relação entre Estado, sociedade civil e mercado, impõe a mediação de interesses diversos relativos ao processo de gestão e atenção à saúde da mulher, sendo preciso desenvolver uma arte de governar um campo heterogêneo, em disputa e difuso. Considerando que o governo se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas (BENEVIDES; PASSOS, 2005b), propusemo-nos a investigar como a CGSM participa desse jogo de forças.

Benevides e Passos (2005b) ressaltam que avançar da política de governo, expressa em legislações ministeriais e programas, para a política pública, requer a conexão com as forças do coletivo, mobilizadas nos movimentos sociais e nas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. A Rede Cegonha para atenção à mulher e criança foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, sendo a CGSM responsável pela sua formulação e implementação no território nacional. A análise desse capítulo tem como enfoque os processos de construção da RC, sobretudo as estratégias propostas para a articulação com os diversos atores nos territórios, como o apoio institucional e os Fóruns Perinatais.

Este capítulo é resultado de pesquisa, orientada pelo referencial da cartografia, e apresenta a narratividade da CGSM (2011-2014) a respeito de seu processo de trabalho.

Percurso metodológico

Foi realizada pesquisa avaliativa participativa em saúde, orientada pelo referencial teórico-metodológico da cartografia. A partir do percurso de aproximação da experiência da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher foram traçadas as metas da pesquisa, considerando as pistas do método cartográfico. Entre estas, destaca-se a inseparabilidade entre pesquisar-intervir e os efeitos do processo de pesquisa sobre o objeto, o pesquisador e os resultados (PASSOS; BENEVIDES, 2009a).

A prática cartográfica permite estudar o processo de trabalho da CGSM, de forma a considerar movimentos realizados, impasses e indícios de mudança. A cartografia como método de pesquisa-intervenção permite descrever processos mais do que estados de coisa. A realidade, em constante transformação e movimento, é composta por diversas narrativas e contextos, que devem ser tomados em sua complexidade e singularidade (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

O contato com os técnicos da CGSM ocorreu por meio da participação em seus encontros, nos quais foram realizadas observações do processo de trabalho dos técnicos e conversas com os participantes para o mapeamento dos movimentos da CGSM, com registro no diário de campo de pesquisador. O mapeamento realizado, tanto dos produtos institucionais quanto dos movimentos da área atualmente, possibilitou a definição dos eventos a serem investigados e dos sujeitos da pesquisa, por sua atuação relevante no processo de constituição da CGSM.

Foi proposta a utilização para geração de dados do grupo focal e da entrevista individual, orientados por roteiro semiestruturado. Os dados gerados a partir dos grupos focais e entrevistas indicam maneiras de narrar dos participantes da pesquisa e do pesquisador. A posição narrativa que tomamos está articulada às políticas de saúde, de pesquisa, de subjetividade e cognitivas, evidenciando nossa implicação política (PASSOS; BENEVIDES, 2009b).

Os dados gerados no grupo focal com os profissionais da CGSM permitiriam a construção de uma narrativa, que foi elaborada seguindo os núcleos argumentais. Foi proposta a apresentação da narrativa aos profissionais da CGSM em um segundo grupo focal, de forma a proporcionar nova discussão sobre o tema e a validação do texto, segundo a proposta metodológica dos Grupos Focais Narrativos (MIRANDA et al., 2008) amplificando o efeito de intervenção no grupo.

A análise do conjunto de dados gerados foi realizada a partir da identificação de analisadores, dispositivos reveladores de um momento de grupo, acontecimentos e contradições que permitem desvelar o caráter parcial e polifônico da realidade (PAULON, 2005).

A participação nas discussões realizadas na Reunião de Apoiadores da Rede Cegonha e as conversas com técnicos da área e apoiadores (duas apoiadoras institucionais de serviço e uma apoiadora temática) permitiram mapeamento de movimentos prioritários no âmbito da CGSM e de atores que tiveram atuação importante em seu processo de constituição, permitindo identificar informantes-chaves para a coleta de dados.

Essas conversas tiveram enfoque no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais (PQM) e na Rede Cegonha, que se configuram como eventos analisadores relevantes do período, pois indicam mudança ético-política no processo de constituição da área, principalmente pela utilização do apoio institucional como estratégia para fomentar mudanças e pela busca de articulação dos serviços em redes. Destacou-se, entre os movimentos relacionados ao PQM, a parceria com o Hospital Sofia Feldman (HSF), de Belo Horizonte, Minas Gerais, por ser referência de boas práticas no parto e no nascimento.

Embora, atualmente, os movimentos estejam centrados na Rede Cegonha, a definição da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher configura-se como marco político-institucional

que produz aberturas para que os eventos atuais pudessem se desenvolver. Nas conversas realizadas foi mencionado que a política está em processo de atualização¹⁴.

Considerando as informações obtidas em relação a esses eventos analisadores e atores que atuaram em seu processo de constituição, foram definidos como informantes-chaves dois apoiadores matriciais da Rede Cegonha, uma apoiadora temática da Rede Cegonha e uma representante do Hospital Sofia Feldman nas atividades desenvolvidas com o Ministério da Saúde. Do DAPES, foi definido o diretor. Da CGSM, foi definida a coordenadora da área, a subcoordenadora e técnicos responsáveis pelas temáticas prioritárias.

Apesar da dificuldade de agendamento foram realizadas em julho: i) uma entrevista com o diretor do DAPES; ii) uma entrevista com a coordenadora da ATSM; iii) um grupo focal com os profissionais da área técnica. Foi solicitada pelos apoiadores que, em vez do grupo focal, fosse realizada entrevista individual diante da impossibilidade em conciliar uma data em comum. As entrevistas individuais foram realizadas em agosto com duas apoiadoras (matricial e temática), não sendo possível agendar com um apoiador (matricial). A entrevista com a representante do HSF foi realizada em junho.

O estudo foi desenvolvido respeitando as determinações do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

■ Cartografia do trabalho da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher

Evidenciou-se que as ações do eixo de redução da mortalidade materna e neonatal permaneceram como uma prioridade do trabalho da CGSM nos últimos dez anos. As ações do eixo de enfrentamento da violência de gênero passaram a ser priorizadas na gestão atual, principalmente, a partir do ano de 2013, com o programa 'Mulher, Viver sem Violência', coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Porém, identificou-se atuação restrita da área no eixo de redução da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero no período. A busca por ampliação, humanização e qualificação do atendimento à mulher permaneceu perpassando as ações desses eixos.

■ Do PQM à Rede Cegonha: diretrizes da Política Nacional de Humanização

A cartografia da produção de políticas públicas e estratégias desenvolvidas pela CGSM, desde 2003, permite apreender mudanças na organização do processo de trabalho com incorporação de novos sujeitos e instrumentos para buscar dar resposta às necessidades de saúde das mulheres brasileiras. Essas mudanças foram influenciadas, sobretudo, pela atuação da Política Nacional de Humanização (PNH) no desenvolvimento do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), que propôs outro modo de trabalho, posteriormente incorporado na transição para a Rede Cegonha, estratégia prioritária na gestão presidencial/ministerial de 2011 a 2014.

¹⁴ Na Reunião de Apoiadores da Rede Cegonha, realizada em abril, foi programada a realização de uma oficina com apoiadores para elaboração dos planos de ação das maternidades e discussão sobre monitoramento e avaliação, nos dias 16 e 17 de maio de 2014, em Brasília. Participei de parte da oficina, sendo possível acompanhar o processo de trabalho dos apoiadores. Para mapear os movimentos da CGSM, participei ainda da Oficina "Implementação dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento das Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal", realizada nos dias 27 e 28 de junho, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte.

O novo modo de gestão, definido por estratégias como apoio (institucional, matricial e temático), intervenção no território, cogestão e trabalho em redes, que no relato das profissionais da CGSM está associado, sobretudo, à Rede Cegonha, tem relação com a proposta do PQM, desenvolvido com orientação da PNH. Essa relação é destacada nos relatos dos informantes-chaves que participaram da elaboração e da condução do PQM (diretor do DAPES, coordenadora da CGSM, apoiadoras matricial e temática). O modo de trabalho construído para o PQM produziu bons resultados, tornando-se referência para a construção da proposta da RC.

A formulação da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde (PNH), em 2003, pretendia influenciar a mudança na formulação e na condução das políticas de saúde no Ministério da Saúde. Diante das condições precarizadas de trabalho, das dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS e da fragmentação dos processos de trabalho em saúde que induzem a práticas que atentam contra a vida, buscou-se problematizar os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão. A PNH foi construída como política pública transversal na saúde com princípios e modos de operar no conjunto das relações no SUS (BRASIL, 2009). A PNH é uma política que sistematiza, a partir de intervenções exitosas no SUS, diretrizes para a gestão do cuidado, a partir do método do apoio institucional, para logo em seguida devolver para outros territórios do SUS estas diretrizes a partir de estratégias de intervenção *in loco*. O modo coletivo e cogestivo de produção de saúde e de sujeitos, implicados nesta produção, determinariam mudanças no modelo da gestão dos processos de trabalho e de atenção dos usuários, com qualificação das práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). A mudança de uma lógica programática, desenvolvida até então pelo Programa Nacional de Humanização da Atenção (PNHA), para uma lógica de política pública, inaugurada pela Política Nacional de Humanização, tornou-se referência e influenciou a gestão do PQM que buscou desde o início criar condições que alcançassem estabilidade além da letra da lei (portarias e decretos) e além de um programa focal.

A PNH participou da elaboração da proposta do eixo Qualificação da Atenção ao Pré-Natal, Parto e Recém-Nascido, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros, na gestão presidencial anterior, nos anos de 2008 e 2009. Com coordenação da PNH em cogestão com as áreas técnicas de saúde da mulher e da criança foi desenvolvido o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais para humanização do parto e do nascimento.

A elaboração do pacto foi decorrente das avaliações das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizadas nos anos anteriores, que indicavam que o País teria dificuldade para atingir a redução da mortalidade infantil e a qualificação da saúde da mulher, com redução da mortalidade materna. A PNH argumentou que não deveria limitar-se a um pacto macropolítico com governadores e secretários a ser incluído na agenda política de ações para redução da mortalidade infantil e materna, com contrapartida de reforma e equipamentos para serviços de saúde, mantendo a lógica de atuação predominante até o momento. Foi defendido que era necessário alterar, além das estruturas físicas e equipamentos dos serviços, os processos de trabalho e de gestão, pois a mortalidade infantil e materna estava relacionada ao modelo de parto e nascimento.

A partir dessa discussão foi elaborada a proposta do PQM:

[...] Tinha uma série de iniciativas desde 2000, da saúde da mulher, consideráveis, principalmente o PHPN¹⁵, muito interessante a proposta, mas a gente queria ousar mais, a gente queria e a gente fez isso acontecer, esse movimento pra dentro do Ministério, articulando a Política Nacional de Humanização e essas duas áreas [**criança e mulher**] que era muito separadas e muito distantes (Entrevista – Apoiadora temática. Grifo do autor).

No PHPN a gente organizou a rede de atenção perinatal, mas a partir de 2002, 2003 a gente viu que tinha que aprofundar na questão do modelo, não é só organizar a rede, que são exatamente os dois componentes da Rede Cegonha, organizar a rede e mudar modelo. O PHPN também era para organizar a rede com a programação local a partir do número de mulheres do território e a necessidade de cada uma delas com a programação, regional, municipal, estadual, ou as vezes interestadual [...] mas já tinha essa vertente da humanização do parto e nascimento, que é a questão do modelo. Não adianta a gente organizar a rede e querer ser mais o mesmo, a gente tem que organizar a rede e fazer uma oferta diferente. Porque o nosso modelo de atenção obstétrica e neonatal é falido (Entrevista – Apoiadora matricial).

Entre os anos 1999 e 2002, foram propostos programas e ações, pelo Ministério da Saúde, voltados para o campo da humanização que estava se definindo. Dentre outros, vale destacar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000). Os programas e as ações propostos no período apresentavam diferentes intenções e nem sempre citavam a palavra humanização, entretanto, pode-se apreender a relação que foi se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário. Tornava-se evidente a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, por um lado os usuários reivindicavam o direito de atenção com acolhimento e resolutiva; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho; por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da Saúde apontavam que as iniciativas em andamento, em geral, não possibilitavam efetivamente pôr em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. A humanização impõe o enfrentamento dos desafios conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

A proposta do PQM foi desenvolvida considerando o paradoxo perinatal e a aproximação entre os conceitos de humanização do parto e nascimento com o referencial da PNH. De forma a operacionalizar a humanização na prática, foram incorporadas as boas práticas indicadas pela Organização Mundial da Saúde e as diretrizes da Política de Humanização do SUS.

Para ser trabalhada a mudança de modelo de assistência e gestão ao parto e ao nascimento, foram definidas, com a vigilância, 26 maternidades das duas regiões, com alto índice de mortalidade materna e neonatal. O plano foi desenvolvido nas maternidades e também na rede de cuidado.

Nas maternidades, procurou-se traduzir esse movimento humanizador em intervenções para produzir mudanças concretas nos serviços, sendo priorizadas quatro diretrizes norteadoras: i) cogestão: as maternidades deveriam experimentar um novo modo de gestão,

¹⁵ Referência ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000.

utilizando dispositivos como colegiados e rodas para que os diferentes atores dialogassem sobre os modos de cuidar e os modos de gerir os processos de trabalho e deliberassem sobre as estratégias de mudança; ii) acolhimento: todas as maternidades deveriam ter acolhimento com classificação de risco, sendo usado como referência o protocolo do Fórum Perinatal de Belo Horizonte, adaptado a cada uma das maternidades; iii) direito do usuário: em todas as maternidades deveria ser garantido o direito ao acompanhante a parturiente; e iv) ambiência: as maternidades deveriam ter projetos de ambiência criando condições especiais que possibilitem o parto humanizado.

Os relatos dos informantes-chaves evidenciaram que o modo de trabalho, diretrizes e dispositivos utilizados no PQM, em 2010 e 2011, foram a base para a proposta da Rede Cegonha, divulgada no ano seguinte:

Então, o PQM passa a ser um lugar importante de experimentação e de reconhecimento da humanização, que além de ser de valor discursivo, tem também um valor prático, consegue mexer e mudar as práticas. O que nos permitiu, em pouquíssimo tempo, nos apresentarmos à Rede Cegonha. [...] É um governo de continuidade, é um governo em que a intervenção é muito tranquila, foram absolutamente republicanos nessa intervenção, e na sequência para pensar no planejamento a gente faz uma oficina com o ministro [...] [A Rede Cegonha foi a] primeira rede a ser anunciada e organizada pelo acúmulo que nós tivemos com o PQM. Então, aqueles dois anos e meio de PQM foram o ápice estratégico para pensar e há uma transição, porque o PQM passa a ser uma estratégia feita como uma política pública. Ele era um plano, um programa, uma coisa que nós fomos construindo dentro de uma gestão. Agora a Rede Cegonha se apresenta como política pública, uma estratégia de política pública na qual o PQM passa a ser a nossa experimentação (Entrevista – diretor do DAPES).

A formulação da proposta da Rede Cegonha evidencia fatores do modelo de múltiplos fluxos para análise de políticas públicas, no qual o processo de tomada de decisão nas políticas é representado pela confluência dos fluxos dos problemas, das propostas/soluções e da política (GOTTEMS et al., 2013). Segundo esse modelo, a formação dessa agenda governamental pode ser explicada pela janela de oportunidades propiciada pela convergência dos três fluxos: o reconhecimento dos problemas de altos índices de mortalidade materna e infantil, altas taxas de cesáreas e violência na atenção ao parto, evidenciados por indicadores; a existência do PQM, embasado na PNH, com ideias e alternativas para o problema, originadas de experiências exitosas e empreendedores políticos atuantes na CGSM; e a mudança no governo, com início do governo da presidente Dilma, delineando um contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação.

É possível reconhecer, na proposta do PQM e da RC, princípios e modos de operar propostos pela PNH. Em vez de um modelo determinado de forma vertical e normalizadora pelo MS para organização dos modos de atenção e de gestão na saúde, as intervenções foram produzidas nas experiências concretas encontradas no SUS, em processos de discussões e pactuações coletivas, por meio de tecnologias relacionais e dispositivos como grupos de trabalho e atividades de apoio institucional. É no plano coletivo, além da máquina do Estado, que a política se consolida como experiência pública, sendo construída em uma relação de tensão paradoxal com essa máquina, que pode criar novos modos de atenção e de gestão do processo de trabalho em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Nessa concepção, os fóruns perinatais são estratégias potentes por propiciarem a relação entre o domínio do Estado e do público, ao reunir representantes da máquina de estado, das práticas no cotidiano dos serviços de saúde e dos movimentos sociais (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014). Outra estratégia acionada para viabilizar a realização dessa proposta nas maternidades de duas regiões com gestão do Ministério da Saúde foi a do apoio institucional (CAMPOS, 2007).

■ As mudanças de gestão produzidas pela aposta no Apoio Institucional

Os técnicos que compõe a CGSM atualmente analisam que, no período anterior a 2011, a atuação da área era voltada para o *advocacy*, por meio de representações e articulações ministeriais (áreas do MS, como Atenção Básica e Especializada, e outros ministérios) e com entes federativos para fornecer diretrizes para as ações. Na perspectiva do grupo, foi determinante para a mudança dessa forma de atuação a CGSM ter assumido a coordenação da Rede Cegonha, em 2011, devendo priorizar sua implementação e operacionalização. Essa mudança trazida pela RC trouxe mudança radical do papel político e institucional da área para dentro do MS e com os demais entes federais.

Foi reconhecido um esgotamento do modo de atuação das áreas técnicas do DAPES, centrado no *advocacy*, em um contexto de demanda de ações dessas áreas que favorecessem a consolidação do SUS, contribuindo para que os entes federativos cumprissem suas responsabilidades na formação de redes de atenção à saúde e organização de regiões de saúde. Para isso, a ATSM precisou buscar uma forma de atuação que permitisse aproximar as discussões realizadas no MS da realidade dos estados e municípios, favorecendo a divulgação, a discussão e a implementação da política e das legislações:

É sair desse centro e fazer o encontro com a ponta, diminuir a distância que existe entre esses dois lugares, que não é o lugar só de fazer a política, mas o lugar de também fazer compreender essa política, fazer com que o outro participe desse movimento. (Narrativa – grupo focal CGSM)

Essa forma de atuação foi iniciada no PQM por meio da atuação dos apoiadores. Os apoiadores para as maternidades foram identificados nos territórios, deveriam ter proximidade com a prática, e eram acompanhados por apoiadores de supervisão (designação utilizada inicialmente para apoiadores temáticos) e apoiadores matriciais.

Temos que pensar no modo de fazer que junte gestores, trabalhadores das maternidades, representação de usuário pra gente conhecer essas maternidades a partir de uma fotografia que eles trouxeram e desenharmos juntos estratégias na perspectiva da redução da mortalidade materna e neonatal. Fizemos uma série de oficinas e discutimos que o nosso modo de fazer seria o fazer diferente, pensar no apoio como uma grande estratégia pra gente poder trabalhar pra dentro das maternidades, mas já fazendo movimentos na perspectiva de construção, fortalecimento das redes, da rede de atenção à saúde da mulher e da criança (Entrevista – apoiadora temática).

Então, todo o acionamento disso se deu pelo apoio, [...] tinha o apoiador de maternidade, sujeito que está lá em uma maternidade, ou em duas maternidades. O apoiador

matricial que eram aqueles que eram referências importantes do ponto de vista técnico e que podiam aportar a esses apoiadores de maternidade, *expertises* técnicas, porque é muito duro esse processo de mudança de modelo de atenção nessas maternidades, é muito difícil, e a dureza em geral se dá utilizando muitas vezes argumentos e linguajar técnico superespecializado, então às vezes, eu preciso do especialista pra entrar numa discussão técnica, de fundo ético-político, mas que tem uma dimensão técnica importante [...] E ainda havia um supervisor, mais ou menos, estadual, alguém que poderia abotoar essas questões todas que tão acontecendo em um dois ou três estados. Então, a gente foi constituindo uma certa nomenclatura e uma certa dinâmica de trabalho, esse supervisores de território, com uma agenda muito próxima da coordenação central do projeto (Entrevista – diretor do DAPES).

Após a identificação dos apoiadores, foi realizada uma fase de preparação e planejamento com encontros em Brasília. Eram convidados técnicos das áreas para participar, de forma a permitir o compartilhamento de informações e a reduzir a fragmentação do trabalho. Contudo, devido aos modos de trabalhar serem diferentes, foram vivenciados obstáculos a essa participação.

Foi definido que seria realizado um diagnóstico situacional de cada maternidade que nortearia a elaboração de um plano de ação. A entrada nas maternidades foi precedida do contato com gestores estaduais e municipais da região e com os diretores desses serviços, sendo explicitado que o apoiador é “alguém que vem, não pra fazer por e nem para, mas para fazer com”, o que se diferenciava da postura adotada geralmente pelo MS, de cobrança de cima para baixo.

Duas diferenciações da ideia como o Ministério trabalhava, de um lado é apoio, portanto, pressupõe outra ética da relação do Ministério com outras esferas de governo, mais de se colocar ao lado, mais da produção da corresponsabilidade, mais essa atitude mesmo colaborativa, ou seja, não é a gente do Ministério fazendo *check list* do que é feito ou não é feito, mas acionando a ideia de cooperação técnica [...] de outro lado, que era a ideia do integrado, o Ministério ainda hoje se comporta um pouco melhor que a época, mas não mudou muito, o Ministério, cada uma das áreas, dos setores, tem seus agentes, e eles se relacionam de uma forma não articulada. Então é comum você ir, ainda hoje, à época mais ainda, ir para determinados territórios e ter outros agentes do Ministério, às vezes com as mesmas equipes, ou com outras equipes, sem nenhuma conversa (Entrevista – diretor do DAPES).

Foram constituídos grupos estratégicos para elaborar, a partir da problematização com o coletivo, o diagnóstico e o plano com indicadores. Estes instrumentos eram discutidos nas oficinas trimestrais de formação, planejamento e avaliação em Brasília, mas também com os supervisores por telefone, *Skype* ou *e-mail*. Dessa forma, os planos foram implementados concomitantemente ao acompanhamento avaliativo, sendo um ponto de tensão interna ao próprio MS a proposta de fazer intervenção direta em serviços:

A questão do planejamento junto com a avaliação e monitoramento começa aqui, porque estamos mexendo com objeto que não é natural pro Ministério da Saúde à época, inclusive muitos diziam que isso não é função do Ministério. A tarefa macropolítica do Ministério não permite a gente fazer intervenção em serviço, essa é uma questão que pairava muito. Ou seja, o Ministério não tinha, em exceção de usar a rede própria ou

de alguns grandes serviços ou de intervenções administrativas que aconteciam, esse era o espaço de atuação do Ministério. Agora ordinariamente, trabalhar em instituição, que pese eram 26 maternidades, 26 realidades muito distintas. E os planos são muito diferentes, e a agenda pra conseguir os resultados são muito diferentes uma da outra (Entrevista – diretor do DAPES).

A experiência do apoio permite progredir na construção de concepções mais participativas e democráticas no âmbito hospitalar, com um movimento gradativo de inclusão, responsabilização e construção de trabalho em equipe na busca persistente de outras práticas de saúde, baseada nos princípios e nas diretrizes da PNH. A inserção do apoiador institucional, ampliando a equipe da maternidade, expressa abertura institucional para a democratização das relações e o reconhecimento de que acolher, com a intenção de resolver os problemas de saúde implica a responsabilização e a postura ética de todos os atores envolvidos em uma aposta na mudança, que surge para expressar o interesse público e o bem comum (ANDRADE; FERREIRA, 2014).

Na Rede Cegonha, a realização do apoio institucional tem sido a estratégia para induzir mudanças nas articulações no território. A RC conta com apoiadores matriciais, apoiadores temáticos para cada estado e apoiadores de serviço para as maternidades prioritárias. O modo de trabalho adotado foi o utilizado no PQM, no qual o apoiador institucional atua formando coletivos para discussão dos processos de gestão e atenção nas maternidades visando à humanização e à qualificação:

[o apoiador] vai ficar nessa função do entre, ele não é nem da maternidade, nem do Ministério, ele não está nem na defesa de um, nem na oposição ao outro, muito antes pelo contrário, ele está aqui, tentando conciliar e tentando colocar em discussão esse processo (Narrativa – grupo focal CGSM).

O grupo ressaltou que o aprendizado para desenvolver a função de apoio ocorreu, principalmente, a partir da prática no cotidiano dos serviços. Buscou-se formar os apoiadores, fornecendo uma “caixa-ferramentas”, destacando que essas deveriam ser adaptadas ao coletivo de cada realidade. A formação dos apoiadores ocorreu concomitante à realização do apoio nos serviços por meio de reuniões bimensais para discussões teóricas e práticas. Estes espaços se configuram como espaços de gestão e formação do trabalho de apoio, numa lógica do apoio do apoio como condição para a sustentação de um modo de gestão que busca conciliar contratos comuns com exigências singulares de cada território. Foram ainda elaborados instrumentos para direcionar os apoiadores na identificação de aspectos críticos na realidade que deveriam ser explicitados e discutidos no coletivo para permitir criar outros processos de trabalho:

Então é gerar constrangimento na equipe pra a partir desse constrangimento, que não paralisa, criar novas situações, criar novas formas pra atuar. Então essa é a potência que tem (Narrativa – grupo focal CGSM).

Para a implementação da RC, os apoiadores de maternidade e temáticos deveriam atuar nas regiões de saúde, com o Comitê Intergestor Regional (CIR) e Grupo Condutor Estadual (GCE), na configuração dos planos de ação e na definição das maternidades prioritárias, segundo critérios definidos em cada região. O GCE, composto por Secretaria Estadual de

Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e o apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), permite ampliar a discussão para além do MS, incluindo os entes federados no planejamento para a construção da rede. Destacou-se, também, a proposta de contratualização dos planos de ação, sendo o repasse financeiro às maternidades condicionado ao acompanhamento/monitoramento de indicadores. A equipe explicita o desafio de criar instrumentos para dirigir suas atividades possibilitando realizar mudanças no modelo de atenção ao parto e ao nascimento do SUS:

Para fazer mudanças no SUS [...] No território! E com indicadores a serem perseguidos. Então tem aí uma abertura para isso e a nossa capacidade de realmente estar presente e fazer isso acontecer, se recriar [...] Com essa sustentação ética-política que a gente esta falando (Narrativa – grupo focal CGSM).

Esse modo de trabalhar da CGSM evidencia a compreensão de que não se alteram modelos de gestão e atenção com o desenvolvimento de ações circunscritas as maternidades, sendo preciso estender o apoio aos outros pontos da rede. Os relatos a respeito do modo de trabalho da CGSM nos últimos anos evidenciaram a aposta e a confiança no apoio como estratégia para mudança do modelo, por permitir articular com o território, aproximando o MS do cotidiano dos serviços:

[Apoio] é umas das maiores possibilidades hoje de mudança de modelo. É ter capilarizado esse processo no território, logicamente com todas as particularidades, tem apoiadores e apoiadores, têm territórios e territórios, com todos os limites disso. [...] Ter as maternidades prioritárias que aderiram a Rede Cegonha praticamente todas com apoiadores, ter apoiador temático em todo territórios, é uma forma do Ministério estar lá [...] garante a proximidade entre o que o que é pensado lá em cima e o que acontece lá em baixo. Você *linka* essa conexão. Isso pra mim é uma das coisas centrais e vem com tudo o que tem sido discutido na própria Rede Cegonha, os instrumentos que têm sido construídos pra produção dos indicadores para dar visibilidade para situação da assistência à mulher e ao recém-nascido, as próprias portarias que vêm sustentando e formalizando, isso vai amarrando o que se deseja e o que se espera [...] grande parte das ações que eu tenho conhecimento da área técnica vem contribuindo pra isso (Entrevista – representante HSF).

Observamos que a experiência do apoio trouxe grandes modificações para o modo tradicional do que cabe ao Ministério da Saúde formular, as Secretarias Estaduais de Saúde aderirem e as Secretarias Municipais de Saúde executarem. O apoio permitiu agregar as funções de *advocacy* e de regulador a função de coformulação com os demais entes. Nesse sentido, a CGSM passou a ter que incluir permanentemente nos seus processos de análise e tomada de decisão as perspectivas dos territórios trazidos pelos apoiadores. Em vez de uma linha vertical e unilateral de comando o apoio insere múltiplas vozes que traduzem a heterogeneidade do território nacional. Não nos propomos a analisar os efeitos dessa estratégia nas redes locais, mas sim nos modos de gestão. Nesse sentido, é notório que tal estratégia modifica radicalmente os eixos de comunicação entre MS e demais entes no sentido da ampliação do diálogo e cogestão.

■ Fóruns Perinatais: espaços de encontro e diálogo para a construção de redes

Para favorecer a inserção das maternidades em uma rede de cuidados, a experiência da Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi adotada possibilitando a realização de discussões sobre indicadores e a definição de contratualização com outros serviços da rede, Ministério Público e movimentos sociais. O relato do diretor do DAPES revela a concepção da proposta dos fóruns perinatais:

Porque era necessário organizar os processo de cuidado e gestão na maternidade e isso significava o desafio de melhorar porta de entrada, e a gente vai trazendo alguns problemas importantes: mulher não peregrina, mulher grávida não pode ser misturada naquele caos que são as urgências dos hospitais, essa mulher tem que ter feito pré-natal de qualidade (Entrevista – diretor do DAPES).

E se toda maternidade tem que estar inscrita em uma rede de cuidados como é que a gente vai promover isso? Como que a gente vai fazer efetivamente que as maternidades se inscrevam numa rede? E aí a gente foi usando a experiência de BH [Belo Horizonte], criou a ideia dos fóruns perinatais, ou seja, a ação no território vai ter que trabalhar com o pressuposto de que essa maternidade tem um gestor, esse gestor é de um território e que nesse território se contrata responsabilidades, se contrai responsabilidades, e nós vamos produzir esse movimento num dispositivo que é o fórum perinatal [...] (Entrevista – diretor DAPES).

Os fóruns foram incorporados, a partir de 2008, com o Plano de Qualificação das Maternidades, proporcionando experiências práticas e de construções coletivas desenvolvidas pela equipe de apoiadores institucionais e supervisores. Nesse processo, foram realizados debates constantes com integrantes da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, espaço de construção e de consolidação da linha de cuidado materna e infantil, que foi referência para os fóruns perinatais existentes (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014).

Foi abordada pelo grupo a configuração dos Comitês de Mortalidade e dos fóruns perinatais, sendo estes espaços coletivos territoriais e interinstitucionais, com composição plural, que possibilitam analisar e tomar decisões para a construção, a organização e o fortalecimento de uma rede perinatal, com o estabelecimento de uma linha de cuidado integral de saúde materna e infantil. Esses espaços são um dispositivo potente de envolvimento e mobilização dos trabalhadores, gestores e sociedade civil no apoio à implementação das práticas adequadas de atenção no parto e no nascimento. Os fóruns configuram estratégia de enfrentamento do paradoxo perinatal brasileiro, embasada pela diretriz da cogestão da Política Nacional de Humanização, modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, promovendo a interface entre Secretarias de Saúde, Conselhos de Saúde, entidades voltadas para o direito, instituições formadoras, conselhos de classes profissionais e ONGs em um trabalho centrado no direito e na ética (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014).

Em 2011, os fóruns foram integrados à Rede Cegonha e a experiência tem sido um desafio. Os gestores avaliam que, em alguns contextos, os fóruns perinatais têm sido um espaço importante de enfrentamento da lógica corporativa e garantia dos direitos das mulheres, já em outros contextos, os fóruns estão aparelhados operando numa lógica técnica com baixa mobilização social.

Na transição do trabalho dos apoiadores institucionais do PQM para a Rede Cegonha, a importância dos fóruns se amplia, pois se trata de arranjo político-institucionais para a democratização dos processos de trabalho, a qualificação da atenção e da gestão e a conformação da rede de saúde materno-infantil para todo o País. Para transformá-los em fóruns perinatais como estratégia para a implementação da RC, torna-se essenciais dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades em torno de objetivos e metas coerentes com as necessidades das mulheres, das crianças e dos trabalhadores do SUS (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014).

Para isso, é preciso esforço continuado de construção desses espaços de efetiva comunicação por equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas. Resultados efetivos parecem depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser mais bem compreendidos e trabalhados se forem baseados no fazer cotidiano dos serviços de saúde, nos afetos, nos diálogos e nas ações que se efetuam nesse espaço de encontros que são os fóruns perinatais. Espaços onde se possa relacionar

objetivos técnicos com as finalidades mais amplas de mudança de práticas de gestão e atenção que represente necessidades das mulheres e das crianças brasileiras, em especial de gestantes, das puérperas e dos recém-nascidos (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 105).

Considerando a importância da qualificação das equipes de serviços, da Atenção Básica e das maternidades, para a mudança de modelo obstétrico e neonatal no contexto de apoio às maternidades, foi proposta a constituição de Centros de Referência de Boas Práticas na atenção obstétrica e neonatal, em uma ação conjunta da CGSM, da Coordenação-Geral da Saúde da Criança, da PNH e do Hospital Sofia Feldman. A proposta visa apoiar maternidades para que outros serviços, além do Hospital Sofia Feldman, possam ser referência para formação no País. Foram identificados inicialmente seis serviços com potencial para incorporação das boas práticas.

Os centros de apoio terão como atribuições: apoiar a qualificação de práticas de gestão e atenção à saúde em serviços que integram a Rede Cegonha a partir do referenciamento, de acordo com proximidade geográfica ou em razão do reconhecimento daquele serviço acerca de práticas relacionadas à gestão e atenção em saúde para assistência obstétrica e neonatal orientadas pela humanização e baseadas em evidências científicas; gestão participativa, com envolvimento do controle social; e monitoramento e avaliação das práticas de atenção e gestão em saúde.

Estão sendo desenvolvidas ações para qualificar o cuidado e a gestão a partir do estabelecimento de relações colaborativas nos espaços coletivos dos serviços, por meio de atividades como visitas técnicas e grupos de trabalho, com o objetivo de criar espaços de trocas de experiências e informações favorecendo o aprendizado. São considerados serviços estratégicos para mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal o centro de parto normal (com enfermeiro obstétrico) e a casa da gestante bebê e puérpera, vinculadas a serviços de alto risco. As ações ofertadas sinalizam a compreensão de que para garantir as boas práticas é preciso mais que capacitação dos profissionais para atuação na assistência, sendo necessárias

mudanças na gestão e na ambiência. De acordo com a realidade de cada serviço é definido um plano de ação com as ações a serem priorizadas.

Embora reconheçam os avanços possibilitados pela Rede Cegonha para a mudança do modelo de parto e nascimento, os técnicos analisam que os problemas obstétricos e neonatais ainda não estão resolvidos, sendo preciso continuar lutando por essa mudança.

[...] cada território há uma forma de fazer, não tem um modelo único, mas a gente sabe o quê que a área quer, mudar modelo de atenção, implantar boas práticas, garantir direitos na questão do planejamento reprodutivo, ampliar acesso à mulher em situação de abortamento ou vítima de violência, há um movimento claro, sabendo onde quer ir (Narrativa – grupo focal CGSM).

O grupo avalia o novo modo de trabalho da CGSM como potencial para avançar nessa mudança, apesar desse modo ainda estar em processo de incorporação e reconhecimento pelo grupo. Evidenciou-se que é um modo de trabalho em construção, a CGSM tem clareza das metas que pretende atingir, mas ainda está desenvolvendo a forma de alcançá-las, em articulação com o território. Para isso, o desenho de rede precisa incluir os movimentos do território, sendo os fóruns perinatais elemento político-chave para a construção de redes territoriais de produção de saúde.

Transversalidade e mudanças internas: novas estruturas e arranjos

Devido a essa mudança no modo de trabalho da CGSM foi preciso ampliar e diversificar a equipe, incluindo outras categorias profissionais, assim como alterar as atribuições de cada componente. Na gestão atual, a equipe é composta por técnicos com formação, experiência profissional e tempo de atuação diversos. Para qualificar a rede de serviços para a atenção às mulheres, o grupo mencionou a necessidade de compor com outros agentes, como outros departamentos e secretarias do MS (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI), outros ministérios, gestores e profissionais dos serviços de saúde dos estados e municípios. Além disso, a gestão da Rede Cegonha é realizada com a Casa Civil e com o Gabinete do Ministro da Saúde.

As ações dos profissionais da CGSM destinam-se a atender às necessidades de saúde das mulheres, sendo desenvolvidas, atualmente, nas seguintes temáticas prioritárias: direitos sexuais e direitos reprodutivos; redução da mortalidade materna; incentivo a mudança do modelo de atenção ao parto e ao nascimento hegemônico no Brasil; enfrentamento da violência contra a mulher; atenção e apoio a grupos específicos. As temáticas e ações estão explicitadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Temáticas das ações desenvolvidas pela ATSM, 2013

Temáticas prioritárias	Ações
Direitos sexuais e direitos reprodutivos	Planejamento reprodutivo. Reprodução humana assistida.

continua

conclusão

Temáticas prioritárias	Ações
Redução da mortalidade materna	Comitês de mortalidade para vigilância ao óbito materno. Ações estratégicas para redução da mortalidade materna. Videoconferências sobre mortalidade materna.
Incentivo a mudança do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento hegemônico no Brasil	Atenção humanizada e qualificada ao parto e ao nascimento. Atenção humanizada ao abortamento. Incentivo ao parto normal – Centro de Parto Normal, redução das cesáreas desnecessárias, incremento das boas práticas. Processos formativos – qualificação de parteiras tradicionais, aperfeiçoamento, residência e especialização em enfermagem obstétrica.
Enfrentamento da violência contra a mulher	Enfretamento da violência doméstica, sexual e qualquer outra forma de violência de gênero. Articulação com outros ministérios na área de violência e saúde.
Atenção e apoio a grupos específicos	Atenção e apoio a mulheres negras e população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), mulheres índias, mulheres privadas de liberdade. Ação transversal e intersetorial com outras áreas e setores do Ministério.

Fonte: Dados da pesquisa.

Além dos técnicos responsáveis por essas temáticas, atuam também na CGSM profissionais responsáveis por ações destinadas à realização de contratos, convênios e eventos; desenvolvimento de sistemas de informação (Sisprenatal e Sisparto); e implementação da Rede Cegonha nos territórios.

O grupo sinalizou temáticas que no período não compõem a agenda da CGSM, como as do câncer de mama e de colo de útero e do climatério, devido ao limite de profissionais na equipe. Os cânceres de mama e de colo de útero fazem parte da agenda do Instituto Nacional do Câncer (INCA), porém compreende-se que seria importante que a CGSM atuasse de forma articulada. A insuficiência de profissionais para dar conta de trabalhar todas as temáticas exige a avaliação e a priorização das pautas que são potentes.

Destacou-se que entre as ações desenvolvidas nas temáticas prioritárias estão algumas ações propostas desde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e outras incorporadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM):

Consideramos que várias pautas do programa [PAISM] permanecem atuais, algumas por serem permanentes, outras como pendência, pois ainda não foi possível avançar em relação a certas temáticas (Narrativa – grupo focal CGSM).

Diante das dificuldades de avançar em relação ao atendimento das necessidades das mulheres em determinadas temáticas, novos instrumentos de trabalho vêm sendo elaborados e utilizados pela CGSM. Contatou-se, a acumulação de saberes e aperfeiçoamento de práticas propostas a partir da década de 1980. O grupo mencionou o PAISM e o PNAISM como marcos importantes para a ATSM, por apresentarem diretrizes para orientar as ações destinadas a dar resposta aos problemas de saúde das mulheres.

Verificou-se também a incorporação de novos dispositivos na última década, como aqueles destinados a: pactuação entre gestores e sociedade civil; humanização do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento; formação de enfermeiros obstétricos, parteiras tradicionais e doulas comunitárias; apoio institucional; gestão democrática das maternidades; acolhimento com classificação de risco; garantia do direito a acompanhante e ambiência; contratualização, monitoramento e avaliação; organização e fortalecimento de Redes de Cuidado Perinatal em Fóruns; instituição de Centros de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e Centros de Referência de Boas Práticas.

Essa incorporação foi fundamental nas articulações com gestores e profissionais no território. Os técnicos consideraram fundamentais, para a concretização das propostas no cotidiano dos serviços, o diálogo e a garantia da estrutura necessária. O contato do MS com os entes federativos deve ir além da cobrança dos indicadores pactuados, fornecendo suporte político, técnico e financeiro.

A gente faz a política aqui e a gente leva pra dentro do sistema, porque você tem que passar pelo convencimento do secretário estadual de saúde, não é a portaria brilhante do MS que vai se desdobrar pelo desejo de cumprir, o secretário de saúde tem que se convencer que aquilo vai ter resposta e aí pra dentro, pra dentro, pra dentro [...] (Narrativa – grupo focal CGSM).

Destaca-se no relato do grupo a importância do significativo aporte financeiro disponibilizado para a implementação Rede Cegonha, que possibilitou viabilizar capacitações, publicações, reformas de serviços e aquisição de equipamentos. Anteriormente, a CGSM não contava com tal aporte de recursos financeiros, o que segundo o grupo representava um limite para concretizar mudanças.

[...] temos uma coisa que não tínhamos antes, quando o PQM chegou ao final, tínhamos convencido todo mundo do acompanhante, das boas práticas, mas nas maternidades falavam assim 'Mas eu não tenho como por acompanhante aqui, olha minha situação,' e a gente começou até a declinar algumas questões importantes porque não tinha possibilidade de investimento, de mudar realidade. Então, a ATSM teve um momento onde agitamos, articulamos territórios, sensibilizamos muitas pessoas, muitos serviços, mas tinha um limite para operacionalizar (Narrativa – grupo focal CGSM).

O financiamento, embora seja indutor de mudanças, em alguns contextos se torna a finalidade e a capacidade de acompanhar as mudanças, fica aquém do necessário, pois as

unidades apoiadas correspondem a uma parcela da rede financiada em todo território nacional. O grupo analisa que um novo processo de trabalho esta em construção na CGSM, com maior articulação dos profissionais dentro da área e com outras áreas:

Temos nos colocado nesse cotidiano e nesse processo de reconstrução dessa área efetivamente no cotidiano, o que eram frações dessa área, hoje tem cada vez mais a necessidade de ser coletivo, a discussão dos temas tem que ser coletiva. Essa nossa proposta não esta construída ainda, nós estamos costurando, mas a cada dia mais ficamos convencidos de que a Rede Cegonha enquanto estratégia de governo foi muito importante pra essa área, e ela não é só dessa área, porque ela também é costurada coletivamente com a Saúde da Criança, com a PNH e com outros parceiros. É um processo, não está concluído, essa mudança do nosso processo de trabalho esta em construção coletiva [...](Narrativa – grupo focal CGSM).

Além disso, as ações para enfrentamento da violência contra mulher têm sido desenvolvidas com a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Justiça, buscando estabelecer uma rede de serviços nos territórios e aprimorar o atendimento as mulheres vítimas de violência sexual, com o intuito de impedir que sejam revitimizadas nos serviços.

Foi mencionada ainda a proposta de desenvolver a cogestão na área técnica. Essa definição foi realizada em reunião de avaliação e planejamento com todos os profissionais da área, no início de 2013, quando optaram por vivenciar mudanças na organização do processo de trabalho visando à corresponsabilização. Os técnicos mencionaram dificuldades para conciliar as agendas da equipe dentro da área para realizar as reuniões do colegiado e reconheceram que ainda é preciso avançar no modo de condução das reuniões para atingir a corresponsabilização. A comunicação por *e-mail* foi uma possibilidade para maior participação dos técnicos nos processos decisórios. Apesar da experiência incipiente, consideraram que a cogestão é um dispositivo potente, que deve ser colocado em prática de forma contínua.

O grupo reconheceu dificuldades no processo de trabalho e desafios para a CGSM, como a insuficiência de profissionais para a demanda de trabalho; temáticas importantes para a saúde da mulher para as quais as ações ainda são incipientes; atuação restrita nos serviços na atenção básica; formação de profissionais de saúde que ainda favorece o modelo hegemônico de parto e nascimento; resistências políticas e sociais à abordagem de certas temáticas, como a do aborto.

Nesse contexto de reconfiguração, o grupo analisou a necessidade de redefinir a missão e os objetivos da CGSM. A designação da área foi alterada no segundo semestre de 2013 de Área Técnica de Saúde da Mulher para Coordenação-Geral de Saúde da Mulher. Destacou-se, entre as intencionalidades do processo de trabalho da CGSM, o projeto de transformação do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento hegemônico no Brasil em um modelo humanizado, permitindo a valorização da mulher como sujeito, redução da mortalidade materna/infantil e redução da violência obstétrica/institucional. Foi possível apreender que a finalidade desse processo de trabalho é a saúde das mulheres brasileiras, porém, diante do contexto de elevada mortalidade materna e de definição da Rede Cegonha como estratégia prioritária de governo, mantém-se a priorização da saúde reprodutiva. Contudo, evidenciou-se no relato da equipe uma busca por conciliar outras dimensões para uma agenda ampliada de atenção à saúde da mulher.

As mudanças no processo de trabalho da CGSM no contexto de implementação e avaliação da Rede Cegonha evidenciam a concretização de princípios e modos de operar relações construídas pela PNH, com relações em coletivos baseadas na comunicação, na discussão e na corresponsabilização pelas intervenções. A humanização é tomada como estratégia de interferência, considerando que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais são capazes quando mobilizados coletivamente de transformar realidades, transformando-se a si mesmos. Portanto, é preciso investir na produção de outras formas de interação e fomentar o protagonismo entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Mães-mulheres: caminhos para integralidade

O grupo reconheceu também a importância do respaldo dos movimentos de mulheres para a atuação da CGSM. Porém, o relato dos técnicos permitiu aprender que a relação com esses movimentos tem ocorrido de forma conflituosa desde 2007, quando devido à mudança na coordenação da área, os movimentos feminista passam a não se sentirem representados e adotam postura de distanciamento. Esse conflito culminou com a divulgação da Rede Cegonha, quando esse movimento se manifestou de forma contrária a proposta, por associarem a um retorno a abordagem materno-infantil. Recentemente, a CGSM conseguiu estabelecer um espaço de abertura ao diálogo, o que, na perspectiva do grupo, permitiu reaproximação com as representações do movimento feminista, que os técnicos avaliaram como uma conquista.

A equipe reconheceu a ampliação do objeto de trabalho da CGSM em seus diversos momentos de atuação. Esses momentos são diferenciados pelo enfoque da atuação: programa de saúde materno-infantil na década de 1970, programa de saúde da mulher a partir da década de 1980 e política de saúde da mulher após 2000. Essa ampliação ocorre, sobretudo, a partir da década de 1980, quando se contrapõe a ênfase materno-infantil da assistência à saúde desenvolvida no País até então. Nesse período, no contexto nacional e internacional, são defendidos os direitos da mulher, sua autonomia, seu protagonismo em relação ao corpo e sua valorização para além da maternidade. A PNAISM reforçou esses direitos, abordou a mulher como sujeito de cidadania e reconheceu as particularidades de diferentes grupos, adotando enfoque de gênero ao discutir seus problemas de saúde.

Quando a Rede Cegonha foi divulgada, a associação do nome ao enfoque materno, com risco de redução da concepção de mulher, gerou críticas à proposta, sobretudo, do movimento feminista. O grupo reconheceu que o nome foi inadequado, porém defendeu que a proposta não corresponde a um retorno ao materno-infantil.

O movimento de humanização do parto e do nascimento não foi prioridade da CGSM nem do movimento feminista na última década, mas vale destacar que a forma como a mulher é atendida no parto também é uma questão de gênero, que infringe seus direitos e autonomia:

O tratamento do parto do jeito que é, é uma questão de gênero, a morte materna é uma questão de gênero, o valor que se dá pra mulher na sociedade [...] as maternidades são os piores locais dos hospitais gerais, o pré-parto é o pior local da maternidade, puerpério é bom, UTI Neonatal é bom, o local onde a mulher vai ganhar neném eu

chamo de baia, uma baia que esta lá a mulher jogada de qualquer jeito, restrita ao leito, cheia de protocolos desnecessários, sem escuta apropriada, ela não tem voz, ela tem que ser submetida a ela, não é protagonista, é submissa, a gente assume esse lugar porque não conseguiu conquistar outro espaço, de protagonismo no parto, a gente assume entrega pro médico, pro poder, saber médico, então assim tem um caminho muito grande aí, de conflitos nas maternidades [...] (Entrevista – apoiadora matricial).

O grupo destacou a necessidade de mudança de modelo de gestão e atenção ao parto e ao nascimento para reduzir a violência obstétrica e mortalidade materna, portanto, analisou essa temática como relevante e prioritária para a saúde das mulheres brasileiras. A Rede Cegonha foi reconhecida pelos técnicos como uma oportunidade de efetivar essa mudança:

[Rede Cegonha] Ou pegamos e somos executores dessa política, mudamos a realidade das maternidades brasileiras, dos serviços de parto, que essa é a possibilidade, ou então nós vamos ficar com uma política de minorias [...] Somos uma política da maioria, das mulheres brasileiras, as organizadas e as desorganizadas, que a atuação da nossa área é pra todas as mulheres, pra incluir todos os tipos de violência e toda qualificação da atenção (Narrativa – grupo focal CGSM).

A coordenadora da área defendeu a importância de aproveitar que a Rede Cegonha é uma estratégia prioritária do governo para lutar pela mudança de modelo:

Quando eu cheguei aqui eu enfrentei muito as discussões das feministas culpabilizando a Rede Cegonha, como se a Rede Cegonha não fosse de interesse das mulheres. Eu enfrentei esse debate, 2 milhões de mulheres são violentadas no parto, são negligenciadas, morrem indevidamente, desnecessariamente. Isso não interessa a vocês feministas? 'Ah, mas está deixando outras agendas!' E a gente não deixou essas agendas e eu provei que a gente estava avançando em outras agendas até o ponto [...] Essa agenda da atenção obstétrica ela tem uma importância porque é uma marca de governo, vamos perder isso? Vamos reduzir essa agenda porque queremos estar no mesmo nível da possibilidade das outras? (Entrevista – coordenadora ATSM).

Dessa forma, apreende-se que a priorização da Rede Cegonha pela CGSM, não está relacionada à redução da concepção de mulher, desconsiderando seus diversos problemas de saúde, além dos reprodutivos. A ênfase na mudança do modelo de parto e nascimento justifica-se tanto pela constatação da insuficiência desse modelo para atender as necessidades das mulheres e dos riscos que representa a sua saúde quanto pelo momento político favorável.

A coordenadora ressaltou que a CGSM deve considerar para a definição de sua agenda a situação de saúde das mulheres brasileiras, a capacidade de trabalho do grupo e o contexto político e social. Nessa perspectiva, a CGSM buscou incorporar à Rede Cegonha ações referente a outros temas, como o enfrentamento a violência obstétrica e institucional, a atenção humanizada ao abortamento, reprodução humana assistida. Além dessas temáticas, o enfrentamento da violência contra a mulher e a saúde da mulher no sistema prisional também estão em pauta devido a prioridades do governo atual.

Porém, a maioria de nós reconhece a Rede Cegonha como um campo amplo de possibilidades de discussão de outros temas, como violência obstétrica e institucional,

reprodução humana assistida, mudança de modelo de atenção ao parto, atenção humanizada ao abortamento, planejamento reprodutivo [...] Temos uma agenda potente e conseguimos manter a Rede Cegonha com a cara da mulher (Narrativa – grupo focal CGSM).

A RC constitui-se como política nacional a ser operada transversalmente no SUS, considerando o contexto local para a construção coletiva de ações nos serviços e instâncias do sistema que permitam melhorar a qualidade das práticas de saúde. Em um processo contínuo de pactuação que se efetiva por meio do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos (BENEVIDES; PASSOS, 2005b), retomando a perspectiva de rede descentralizada e corresponsável que está na base do SUS: rede comprometida com a defesa da vida e humanizada por construir permanente e solidariamente laços de cidadania (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Outra proposta de trabalhado nessa gestão seria a atualização e a elaboração da portaria da PNAISM, por um grupo interministerial, incluindo a SPM. Em seminário, realizado no início de 2013, a CGSM buscou ouvir os movimentos de mulheres e discutir sobre a atualização da política, sendo possível ainda apresentar sua perspectiva sobre a importância e o potencial da Rede Cegonha. Foi definido adiar a atualização da política, a CGSM disparará encontros para escuta nos territórios, de forma a garantir que o movimento de atualização seja participativo e realizado em um momento político mais favorável, com menor risco de interferência dos fundamentalistas religiosos.

As discussões realizadas nesse seminário possibilitaram avanços na compreensão da equipe em relação à concepção de mulher e à operacionalização das propostas na prática para atender às necessidades das mulheres brasileiras. O grupo defendeu que as propostas da CGSM devem ser norteadas pelos princípios da integralidade e da equidade, de forma a responder às necessidades de saúde das mulheres brasileiras como um todo, mas também atender às singularidades dessas mulheres, reafirmando os marcos teóricos da PNAISM. Efetivar essa compreensão na prática, de forma a garantir o direito de essas mulheres terem atenção diferenciada de acordo com suas necessidades de saúde, de sua realidade, ainda configura-se como um desafio.

Quando a gente começou a discutir a questão da política nacional, agora no seminário, a gente chegou a conclusão que não se chamaria mais Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, mas Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, numa perspectiva de que a política não precisava trazer a leitura que traz hoje que em determinado momento aborda mulher índia, mulher adolescente, mulher na menopausa, mulher...[...] Então quando fomos ler a política, um diagnóstico de saúde da mulher, uma perspectiva de atuação política, como é que vamos promover a integralidade e a equidade de direito de fato, eu que tô lá na unidade básica de saúde indígena, eu que atendo dentro de uma comunidade quilombola, eu que atendo na periferia de São Paulo ou dentro da capital Brasília, o que que cada uma dessas pessoas podem ler numa política e saber que vou receber essa mulher e tenho que estar preparado pra atender a ela, que é bem diferente [...] (Narrativa – grupo focal CGSM).

Essa perspectiva do grupo, acerca das singularidades das mulheres brasileiras, pode ser aproximada da discussão de Benevides e Passos (2005b) de humanização. Os autores

entendem por humanização um processo de produção de novos territórios existenciais na experiência concreta de um homem em processo de produção de si e de sua saúde. A partir das experiências concretas de cada homem constrói-se o plano público. Dessa forma, deve-se descartar a compreensão da mulher normalizada, idealizada e descolada da realidade, sendo preciso resistir ao já dado e assumir a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, em um trabalho constante de produção de outros modos de vida e de novas práticas de saúde. Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde, para a PNH, requer considerar “a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas”. Portanto, de ações orientadas por uma noção idealizada da mulher desloca-se para aquelas comprometidas com a experiência singular de qualquer mulher em processo contínuo de humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005b), ou ainda, para aquelas comprometidas com a produção do comum da multidão (HARDT; NEGRI, 2005).

Considerações Finais

A cartografia do modo de trabalho da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher evidencia avanços e desafios de governar políticas públicas para a integralidade das respostas às necessidades das mulheres. Diversos movimentos políticos institucionais foram realizados pela área na última década buscando melhorar a produção de respostas aos problemas de saúde das mulheres brasileiras.

A redução da mortalidade materna persiste como um desafio, para o qual a mudança do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento é imprescindível. Nesse sentido, somam-se aos movimentos já estabelecidos desde a década de 80 os movimentos recentes que procuram inovar o modo de trabalho, aproximando a atuação da área técnica do território, por meio da estratégia do apoio e dos fóruns perinatais.

A ênfase nesses movimentos não compromete o reconhecimento da importância de outros necessários para garantir o atendimento das necessidades de saúde das mulheres brasileiras, considerando suas diversas dimensões e singularidades. Apesar disso, por limites de atuação da própria área técnica, das diversas realidades dos serviços de saúde nos territórios, da formação profissional e do contexto político e social, o trabalho da coordenação não contempla e avança na mesma proporção em todas as temáticas relevantes para a saúde da mulher. Nessa gestão, evidenciam-se, além dos progressos para a mudança de modelo de parto e nascimento, avanços, sobretudo, no enfrentamento da violência.

A aproximação da PNH, para o desenvolvimento do PQM e posteriormente da Rede Cegonha, pode ser considerada um marco para a mudança do modo de fazer da área de Saúde da Mulher e de outras áreas do DAPES. Embora o processo de trabalho esteja em reconfiguração com incorporação de novos sujeitos e instrumentos nos últimos anos, principalmente na gestão 2011-2014, dificultando dimensionar as mudanças produzidas, é possível apreender uma convicção do grupo em relação à necessidade de reconfiguração para aproximação do território com ativação de coletivos e a compreensão de que será preciso constante avaliação e adequação dos dispositivos utilizados, de forma a permitir obter os resultados esperados para a saúde das mulheres brasileiras.

■ Referências

- ANDRADE, M. A. C.; FERREIRA, P. B. Apoio Institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 61-76. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 561-571, 2005a.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, ago. 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, set. 2011.
- FIGUEIREDO, V. O. N.; LANSKY, S. Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 77-108. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).
- GOTTEMS, L. B. D. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, jun. 2013.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005. 530 p.
- MIRANDA, L. et al. Dos Grupos Focais aos Grupos Focais Narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-277.
- PASSOS, E; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009a. p. 17-31
- PASSOS, E; BENEVIDES, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009b. p. 150-171
- PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 18-25, set. 2005.

SAÚDE DA CRIANÇA

Marcos históricos e modos de produção dos programas e política à saúde da criança no Brasil nos últimos 10 anos

Paula Giovana Furlan

A preocupação com a saúde da criança tem sido constante na história brasileira. Podemos ver reflexos da conformação da sociedade e de seus modos de organização nas formas de entender a criança e cuidar de seu desenvolvimento. A atenção à saúde da criança teve influências dos períodos históricos de desenvolvimento da política de saúde no Brasil e atualmente aponta redirecionamentos na busca do cuidado integral. Com a Constituição de 1988, a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), houve modificações no papel do Estado principalmente em relação à forma de indução de ações nos níveis estaduais e municipais. Outro relevante marco histórico dessa época foi a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispôs sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), definindo e fundamentando a promoção e a defesa dos direitos humanos dessa população. O ECA assegura o acesso ao SUS e protege crianças e os adolescentes de situações de violência, hoje causa importante de morte e incapacidade nessa faixa etária. Analisar a construção de uma política brasileira de atenção à saúde da criança implica compreender os processos de trabalho e as lógicas de organização do cuidado que culminaram nos acontecimentos históricos e práticas de saúde vigentes.

Tendo como herança a influência dos ideais da puericultura no cuidado à saúde da criança e a dicotomia saúde pública versus assistência individual na organização dos serviços de saúde, até meados do século XX, as ações prioritárias ao grupo materno-infantil desenvolveram-se no cenário de exclusão dos que não estavam vinculados à previdência social e dos pobres. Visavam à educação de moradores pobres de regiões insalubres e zonas de epidemias, principalmente as mães, seus filhos e as professoras, normatizando a melhor forma de cuidar das crianças e associando péssimas condições de saúde às condições sociais da população (SUCUPIRA, 1998). Dessa forma, os altos índices de mortalidade infantil justificaram ações coletivas sanitárias, como prática ideológica e disciplinar, evidenciando o processo saúde-doença como uma questão de saúde pública.

As ações materno-infantis nas décadas de 1960 e 1970 acompanharam os modos de organização de um sistema de saúde baseado em ações programáticas, que resultaram em planejamento e ações de caráter verticalizado, com metas e normas criados por níveis centrais (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). O modelo econômico neoliberal impôs restrições financeiras ao setor social, sendo a saúde vista pela vertente economicista. Os principais aspectos na assistência à saúde destacados por organismos internacionais enfoca-os a partir da ótica do custo-benefício, divisão entre setor público e privado, ressaltando o papel do público nos serviços essenciais. Isso corresponderia a uma política de saúde que garantiria serviços básicos (entenda-se assistência médica) a toda a população e serviços especializados na dependência de formas de financiamento individuais ou coletivas (ELIAS, 2001). As ações programáticas apareceriam nesse período como meio de cumprimento de objetivos definidos epidemiologicamente com assistência médica individual na Atenção Básica para a população (SUCUPIRA, 1998), o que mais tarde será criticado por enfatizar a fragmentação do cuidado

e do ser humano nas práticas de saúde. Outro analisador histórico desse período de ação de cuidado à saúde infantil que poderíamos destacar foi a criação do Programa Nacional de Imunização em 1973 e a definição de vacinas obrigatórias para crianças menores de 1 ano em Portaria Ministerial de 1977 (Portaria MS n° 452).

Com a Reforma Sanitária, as críticas ao modelo assistencial vigente e a institucionalização do SUS, as propostas para o grupo materno-infantil ampliaram seu escopo, na tentativa de implementação dos princípios da integralidade e acesso universal, propondo, por exemplo, o alojamento conjunto em ambientes hospitalares, o início da amamentação imediatamente após o nascimento e o aumento da licença-maternidade. Foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), que buscava principalmente lidar com as altas taxas de mortalidade infantil, controle das infecções respiratórias agudas e assistência ao recém-nascido, por meio da qualificação da assistência e do aumento da cobertura dos serviços de saúde (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2008). Com a proposta de descentralização e regionalização, novos desafios foram colocados ao sistema público de saúde, como a criação de propostas que trouxessem resultados efetivos a nível local e maior relação interfederativa. Nos anos 1990, houve o reconhecimento da necessidade de mudança do modelo assistencial e da abordagem centrada no controle individual de doenças para a busca da atenção integrada, considerando o desenvolvimento infantil. A municipalização revelou um esvaziamento das funções do nível estadual e também das áreas programáticas que terminavam por encaminhar a operacionalização de projetos e programas que não foram por elas concebidos (SUCUPIRA, 1998).

Em 1998, o Paisc foi substituído pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), e em 2014 pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), vinculada ao DAPES/SAS/MS, sendo responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira até 9 anos de idade. A área construiu, nos últimos dez anos, uma história centrada no objetivo da redução da mortalidade infantil, com a realização de ações prioritariamente para o estímulo ao aleitamento materno e a prevenção de doenças prevalentes na infância.

Neste período de governo, a área teve cinco coordenadores atuantes (Tabela 1): Ana Goretti K. Maranhão (1990-2003), Alexia L. Ferreira (2003-2005), Ana Cecilia Sucupira (2005-2007), Elsa Regina J. Giugliani (2007-2010) (Brasil, 2011a) e Paulo V. Bonilha Almeida (2011-), sendo atualmente dirigida pelo último.

Tabela 1 - Coordenadores da área técnica de Saúde da Criança/período, de 1990 a 2015

Coordenador	Denominação/área	Período
Ana Goretti K. Maranhão	PAISC/ATSCAM	1990-2003
Alexia L. Ferreira	ATSCAM	2003-2005
Ana Cecilia Sucupira	ATSCAM	2005-2007
Elsa Regina J. Giugliani	ATSCAM	2007-2010
Paulo V. Bonilha Almeida	ATSCAM/CGSCAM	2011-atual

Fonte: Atualização (BRASIL, 2011a).

Vemos no período quatro linhas de cuidado, sistematizadas em Brasil (2011a), que tem norteado as ações: 1) Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 2) Prevenção de violências e promoção da cultura de paz; 3) Atenção à saúde do recém-nascido; e 4) Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Essa mudança da organização por linha de cuidado revelou uma aposta em formas diferenciadas de organização do processo de trabalho, influenciada pelo movimento sanitário em defesa do SUS. Durante os anos de 2012-2013, a área trabalhou no sentido de construir um texto da política nacional de atenção a esse segmento populacional, e na revisão das linhas de cuidado e estratégias. No site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) podemos, agora em 2014, encontrar a figura a seguir que demonstra a organização em eixos de cuidado:

Figura 1 - Eixos temáticos da política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança



Fonte: (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, propusemos uma pesquisa para a construção da memória das ações da área técnica¹⁶, priorizando o período entre os anos 2003 a 2013, com o destaque dos marcos históricos e dos modos de organização do processo de trabalho atual da área na proposição

¹⁶ Utilizaremos em diversos momentos a denominação de "área", referindo-nos à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, visto que a pesquisa, com a produção e análise de dados, ocorreu no ano de 2013, e a mudança de denominação em 2014.

das práticas e do modelo assistencial. A discussão contemporânea da ampliação do acesso, a qualificação da assistência, a organização em rede e a integralidade do cuidado, com foco nos direitos humanos, trazem novos desafios. Especificamente, a pesquisa também objetivou: garantir a documentação, sistematização e análise do que se produziu nos últimos anos no DAPES; tornar público o processo de construção das políticas e estratégias na área e criar estratégias de análise do processo de trabalho. Centralmente, portanto, visamos produzir a memória da área técnica, com análise do processo de trabalho, destacando seus marcos históricos e direcionamentos institucionais ético-políticos.

Desenho metodológico

Este trabalho é parte da pesquisa “*Ações estratégicas para o fortalecimento das redes de atenção à saúde no SUS*”, Eixo: *Cartografias e Memória das Áreas Técnicas do DAPES*, Carta Acordo entre Lappis/Cepesc/UERJ e DAPES/MS.

Para o processo metodológico, utilizamos o referencial da pesquisa qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 1994), com a construção de narrativas (RICOEUR, 1990; 2010) e métodos participativos de produção de dados, sob o referencial da hermenêutica crítica (GADAMER, 2008) para interpretação e análise.

O gesto hermenêutico deve reconhecer as condições históricas às quais está submetida a compreensão humana e destacar as vozes que falam sobre o tema na tradição (RICOEUR, 1990). Para isso, trabalhamos com diversas fontes de dados, considerando a multiplicidade das vozes e a abrangência da compreensão segundo diferentes atores e textos narrativos. O conceito de tradição apontado por Ricoeur (2010) nos auxiliou a destacar eventos analisadores do processo de trabalho, como marcos ético-políticos da escolha de caminhos e direcionamentos institucionais, considerando elementos da tradição discursiva e a sua apropriação crítica, a fim de, além da linguagem, esclarecer uma compreensão possível sobre o objeto de pesquisa.

No gesto hermenêutico, o texto é condição para interpretação, e não o contrário. Assim, o ato de leitura constitui-se em descontextualização da obra e sua recontextualização. A interpretação traz elementos da subjetividade do autor, pois o expõe, assim como a sua relação com o texto, à sua compreensão (GADAMER, 2008). A compreensão, para Gadamer, inclui a constante revisão do *projeto prévio*, ou seja, das expectativas e perspectivas do leitor diante de um texto. Não há então intenção oculta a ser procurada detrás do texto, mas um mundo a ser manifestado diante dele (RICOEUR, 2010).

Na pretensão de produzir um processo coletivo de emergência das possíveis interpretações, trabalhamos com diferentes atores interessados, não enfocando a análise somente do pesquisador sobre o campo. Os participantes potenciais da pesquisa foram, portanto, trabalhadores e profissionais implicados com o desenvolvimento da CGSCAM e da política institucional do cuidado a essa população no Brasil.

Partimos de diversas fontes de dados:

- a) Documentos, legislações, portarias, textos publicados, vídeos produzidos, materiais didáticos e demais produções impressas e disponíveis em *sites* da

internet (BVS, site MS, outros buscadores gerais); com busca ativa (no período de março e abril/2013) de materiais publicados, impressos, vídeos etc., em bases de dados físicas do MS, bases científicas (BVS) ou outras bases da internet (site Ministério da Saúde e buscadores gerais); e identificação/seleção presencial com profissionais da área de materiais tidos como significativos e demarcadores do processo de trabalho, entre o período 2003 a 2013. Validação da linha do tempo com os consultores da área, em encontros individualizados.

- b) Entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais da área ou outros setores relacionados (de maio a outubro/2013), identificados como informantes-chave no processo histórico do processo de trabalho na Saúde da Criança.
- c) Grupo focal, seguindo o referencial de Miranda et al. (2008), com os consultores da área, para discutir o processo de trabalho em suas diferentes dimensões temporais (maio e junho/2013); o grupo focal foi espaço também de validação dos marcos históricos e composição de narrativas coletivas sobre o discurso da tradição; um primeiro encontro foi feito para discussão coletiva e um segundo em que os participantes validaram uma narrativa composta pela pesquisadora a partir do discurso do primeiro grupo focal; de forma reflexiva e interpretativa (CAMPOS, 2005; RICOEUR, 2010), o segundo grupo focal propiciou que os participantes refletissem sobre a narrativa de seu próprio grupo, como numa espécie de meta-análise, de modo que pudessem se reconhecer ou não no texto construído (confirmar posições, rever argumentos, discutir diferenças entre aquilo que disseram e o modo como foram compreendidos) e reconfigurassem o texto, reposicionando-se diante do próprio discurso e da tradição discursiva que o sustentam (ciclo dos grupos focais narrativos de Miranda et al., 2008). Os grupos focais foram gravados, posteriormente transcritos e sistematizados para a elaboração da narrativa coletiva.
- d) Reuniões sistemáticas de acompanhamento da pesquisa, para discussão e avaliação do percurso de produção de dados, análise e composição coletiva da memória da área.
- e) Validação do texto final de análise, por meio da leitura do material pelos participantes e devolutiva ao pesquisador das modificações e alterações sugeridas.

■ Etapas da pesquisa

1. Identificação dos marcadores para composição de uma linha do tempo, tratando de dimensão linear dos produtos/eventos/acontecimentos destacados na tradição.
2. Destaque dos vetores e analisadores que compõem a linha do tempo: dimensão conceitual/ noções fundantes: eventos que indicaram ou dispararam mudanças e posicionamentos ético-políticos.
3. Composição da memória, destacando a atualização dos eventos, acontecimentos

e vetores. Para a composição da narrativa-memória, trabalhamos com a interpretação dos diferentes textos anteriormente produzidos e validados, em suas dimensões de análise e de construção (ONOCKO CAMPOS, 2005). A análise seria a dimensão da fragmentação, o trabalho de esmiuçar os seus constituintes para poder compreendê-los. E a construção, a dimensão fundamental para a elaboração de linhas de sentido que possam contribuir como saídas para os impasses encontrados (tema principal da narrativa). Adotamos a perspectiva da composição narrativa, como mediação e representação do tempo e da ação humana, que não se ordena de forma cronológica ou cosmológica, numa descrição linear dos eventos, mas que corresponda às experiências psicológica e filosófica do tempo, sendo o encadeamento lógico das ideias/da interpretação a sua característica fundamental (RICOEUR, 2010). A narrativa foi construtora e disparadora de processos: ao passo em que possibilitou emergir a discussão ético-política, abriu possibilidades de análise do trabalho.

Como eixos analíticos na composição da narrativa-memória: a integralidade como princípio orientador; o movimento de ação programática para política nacional de saúde da criança e aleitamento materno e o apoio institucional como estratégia de gestão, destacando os pressupostos teóricos, os valores ético-políticos e os fundamentos conceituais que orientaram e orientam os direcionamentos do trabalho na área.

Cenário da organização da rede de cuidados para atenção integral à criança

Dados do Censo 2010 (IBGE, 2012) destacaram que a mortalidade infantil no Brasil reduziu praticamente pela metade (47%) na última década (BRASIL, 2012a). Em 2000, 29,7 a cada mil crianças nascidas vivas não completavam o primeiro ano de vida. Em 2010, o índice reduziu para 15,6.

No entanto, os dados revelaram que se mantêm disparidades em relação às regiões brasileiras, enquanto na Região Sul constatou-se uma taxa de 12,6 por mil, na Nordeste apresentou a taxa de 18,5 por mil (Figura 2).

Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil por regiões brasileiras



Fonte: (IBGE, 2012).

Outras desigualdades foram identificadas em relação à especificidade populacional: dados de 2009 (IBGE) demonstram que a taxa de mortalidade infantil entre os indígenas e os negros é maior do que entre a população branca. Entre os indígenas, é de 48,5 por mil nascidos vivos, ou seja, 100% maior do que entre a população branca. Entre os negros, 27,9 por mil. É importante apontar o perfil de morbidade das crianças indígenas: desnutrição; altas prevalências de doenças infectoparasitárias (helminíase, diarreia, micose, pediculose e malária); a incidência da tuberculose chega a ser cinco vezes maior que a registrada entre a população não indígena; doenças do aparelho respiratório; doenças por causas externas (trauma simples e agressão). Tal realidade circunscreve a população indígena como a mais necessitada de ações efetivas para a redução de mortalidade materno-infantil. Além dos aspectos culturais marcados pela diversidade étnica e pelo genocídio histórico desta população, aspectos geográficos e a criação de um subsistema de saúde indígena apontaram desafios para o cumprimento da meta de redução de mortalidade materno-infantil junto a esta população.

Para o alcance de tais resultados na redução das taxas de mortalidade infantil, conforme já relatado, diversas ações foram implementadas pelo Ministério da Saúde, focando a mudança de modelo de cuidado, a ampliação de acesso aos serviços de saúde e a mudança nos modos de produzir saúde e cuidado às gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2012c).

Em 1998, tivemos a implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), que buscou alterar a organização do cuidado aos problemas de saúde com objetivo de atenção integrada às crianças menores de 5 anos de idade, apostando na maior resolutividade e eficiência e na clínica generalista; a proposta de atenção à saúde da criança também com informações e cuidado da mãe e organização da assistência desde o pré-natal.

Outras discussões de reorientação do modelo de atenção estavam em evidência no período, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetivava, principalmente, reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência (BRASIL, 2012c).

O Aidpi foi implementado pela área ao longo desse tempo, sendo rediscutido constantemente; foi publicada a primeira edição em 2007 e está atualmente em sua terceira edição lançada no ano de 2012. Tornou-se um manual relevante ao cuidado de crianças em locais com altas taxas de mortalidade infantil e doenças prevalentes. Na ocasião da gestão da Sra. Alexia Ferreira (2003-2005), iniciou-se o desenvolvimento de linhas de cuidado para a Aidpi.

Ao passo do Aidpi, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), traçando princípios da atenção integral, com definição de linhas de cuidado, em que traz a compreensão de responsabilidade na assistência à saúde não somente às doenças, mas também aos sofrimentos. Apontou como objetivo da publicação, proporcionar:

um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade (BRASIL, 2004, p. 6).

A Agenda organizou as principais diretrizes para o desenvolvimento de políticas de atenção à criança, como “ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para população infantil nos diversos níveis de organização do SUS” (BRASIL, 2004, p. 9), tendo como instrumentalidade o uso na gestão local para reorganização da rede de assistência à infância.

As diretrizes apontadas pela Agenda contemplaram: ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, assistência integral e resolutiva, responsabilização, equidade, trabalho em equipe, ações coletivas, participação popular e avaliação permanente da assistência. Pode-se notar convergência das diretrizes da Agenda com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, na tentativa de proporcionar a ampliação do acesso às ações de saúde, de forma humanizada, participativa e com responsabilização.

Outra estratégia interessante disparada no período foi a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), iniciada em 2009, em parceria do MS com a Fiocruz/Instituto Fernandes Figueira, que objetivou articular e desenvolver ações voltadas à saúde da mulher e da criança na primeira infância (até os 6 anos), incluindo determinantes sociais na construção de novas ofertas de cuidado em saúde (PENELLO, 2013). Para a mesma faixa etária, recentemente foi criado o Programa Brasil Carinhoso, um programa interministerial que faz parte do Plano do Governo Federal Brasil Sem Miséria, que tem como ações do eixo da saúde: ampliação do programa nacional de suplementação de vitamina A e ferro, ampliação do programa saúde na escola para creches e pré-escolas e garantia do medicamento de asma na farmácia popular, sendo essas ações centradas na prevenção de doenças e redução do risco de mortalidade e morbidade infantil. Em dezembro de 2012, a Presidência da República anunciou a aplicação da faixa etária para adesão ao programa para 15 anos de idade.

Também resultado de todo movimento e do acúmulo de experiências, o acontecimento atual na organização da assistência é a estratégia da Rede Cegonha em 2011, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. A proposta é que a Rede seja implantada em parceria aos estados e municípios no território nacional.

Traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal. Baseia-se na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção básica e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e a humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2012c, p. 17-18).

Dessa forma, a Rede Cegonha propõe garantir boas práticas de atenção, sustentadas por evidências científicas e pelos princípios de humanização:

clampeamento tardio do cordão, permanência do recém-nascido com a mãe na internação, contato pele a pele e apoio à amamentação (se possível, ainda na primeira hora de vida), estímulo à participação do pai, tentativa de se evitar procedimentos iatrogênicos “de rotina”, além de oferta de todas as triagens neonatais com o teste do pezinho, olhinho e orelhinha etc. (BRASIL, 2012c, p. 18).

Ainda preconiza investimento nas maternidades de referência do País, em estrutura física, equipamentos, ambiência, como por exemplo, ampliação de leitos de UTI, UCI, Método Canguru e transporte neonatal e desenvolvimento de estratégias para o seguimento da criança no contexto da família, desde o ambiente hospitalar até seu encaminhamento para a Atenção Primária.

Para desenvolvimento dessas ações e estratégias, de forma integrada e pactuada e em cogestão com municípios e estados, o Ministério da Saúde/ATSCAM, desde 2011, apostou na organização de seu processo de trabalho com a inserção de consultores regionais, trabalhando na lógica de Apoiadores Institucionais, e na realização intensiva e frequente de Encontros de Coordenadores de Saúde da Criança da Federação, dos Estados e das Capitais, para formação continuada de apoiadores, criação e implementação coletiva da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

A Saúde da Criança brasileira enfrenta um panorama de continuidade ao enfrentamento da mortalidade infantil e promoção à saúde nos primeiros anos de vida, porém há que se desenvolver ações para a redução da morbimortalidade por causas externas, em particular relacionadas à violência, que hoje se configura como uma das principais causas de morte na infância.

Figura 3 – Linha do tempo: Eixo de Análise: organização da rede de cuidados

1998	2000	2004	2007	2010	2011	2012
Aidpi	PHPN	Agenda de compromissos	1ª. ed. Aidpi	2ª. ed. Aidpi	– Rede Cegonha – Encontros de coordenadores	– 3ª. ed. Aidpi – Brasil Carinhoso – Encontros de coordenadores

Fonte: Elaboração própria.

Aleitamento e alimentação: nutrição infantil

As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas por diversas ações com objetivos de articulação das ações de promoção, proteção e de apoio ao aleitamento materno; combate ao uso indiscriminado de formas alternativas e industrializadas de nutrição infantil; redução da mortalidade infantil por meio da nutrição; e valorização da relação familiar/social e do afeto para o desenvolvimento infantil.

Uma das ações proporcionadas foi a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), que em 1994 foi lançada no Brasil a fim de assegurar práticas de incentivo e aumento do repasse financeiro aos hospitais que aderissem ao preconizado. A Ihac foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde e pelo Unicef para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo foi de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Tal iniciativa foi revisada em 2004 (Portaria n° 756) e estabeleceu normas para a habilitação do hospital, tendo

em 2008 a publicação de um manual instrutivo aos interessados parceiros. Em 2010, havia 335 Ihaç credenciados (BRASIL, 2010).

Os bancos de leite humano foram implantados no Brasil em 1988 e hoje são considerados a maior e a mais complexa rede mundial, com 186 bancos de leite humano (BRASIL, 2013a). Nos anos 2000, foram elaboradas normas para regulamentação e investimento financeiro e de pessoal para seu fortalecimento, assim como para a inibição do uso indiscriminado de alimentação industrial em lactentes (Portarias MS n° 50/1999; MS n° 812/1999; MS n° 2.051/2001; MS n° 698/2002; RDC n° 221/222/2002; Lei n° 11.265/2006 e n° 11.474/2007; RDC n° 171/2006; MS/GM n° 2.193/2006).

Em 2000, o Método Mãe Canguru já utilizado em várias localidades do País como experiência de sucesso foi incluído na norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, sendo regulamentado posteriormente em 2007, com normas para implantação na rede de saúde.

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS no 1.683, de 12 de julho de 2007 que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2011b, p. 7).

Porém, embora uma estratégia de atenção integral ao recém-nascido e para implementação de práticas de humanização, na experiência brasileira teve ressaltado seus potenciais resultados no incentivo ao exclusivo aleitamento materno (BRASIL, 2011a), como forma de expansão do método e adesão dos profissionais. Atualmente, debate-se a aplicação do Método não somente na rede hospitalar, mas o seguimento do bebê na atenção primária, como estratégia para a atenção integral.

Em 2008, foi lançada a Rede Amamenta Brasil, voltada para o incentivo de práticas de aleitamento nas Unidades Básicas de Saúde, a partir de 2012, integrada na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (parceria do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS e da ATSCAM/DAPES/SAS/MS), que reúne práticas de amamentação e alimentação saudável para crianças de até 2 anos de idade.

As práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intimamente relacionadas à morbimortalidade de crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como de ferro, zinco e vitamina A. Atualmente, no Brasil, 50% das crianças menores de dois anos apresentam anemia por deficiência de ferro e 20% apresentam hipovitaminose A (BRASIL, 2012b, p. 1).

Figura 4 - Linha do tempo: Eixo de Análise: aleitamento e alimentação: nutrição infantil

2000	2004	2007	2008	2012
Método Canguru	Revisão IHAC	Método Canguru	Rede Amamenta	Amamenta Alimenta Brasil

Fonte: Elaboração própria.

Publicações relativas à Saúde da Criança - DAPES/MS

Relacionado a esse cenário de organização da atenção à saúde da criança, identificamos todos os materiais disponíveis em bases de dados sobre a produção do período, que constam no site oficial do MS (<http://www.saude.gov.br>) e no site da Biblioteca Virtual em Saúde-Ministério da Saúde (BVS-MS: < <http://bvs.saude.gov.br> >). A Tabela 2 ilustra o diagnóstico dessa busca.

Tabela 2 - Diagnóstico do acervo de materiais DAPES/ ATSCAM - BVS/MS e site MS - 2003 a 2013

ANO	PUBLICAÇÕES	Texto	BVS	site MS
2003	-	-	-	-
2004	Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil	Livro		
	Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal	Livro		
	Violência faz mal à saúde: Prevenção a Violência contra Crianças e Adolescente	Livro		
2005	Trabalho Infantil: Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos	Livro		
	Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar	Livro		
	Humanizar a atenção ao parto e ao nascimento: direito da mulher e do recém-nascido	Folheto		
2006	Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania (3. ed.)	Livro		
2007	Álbum Seriado - Promovendo o Aleitamento Materno	Livro		
	Módulos de Autoaprendizagem sobre Saúde e Segurança no Trabalho Infantil e Juvenil	Livro		
	Manual AIDPI Neonatal (tradução e adaptação da publicação Manual AIEPI OPAS/OMS)	Livro		
2008	Dia Nacional da Doação de Leite Humano	Fôlder		
	Semana Mundial da Amamentação 2008	Fôlder		

continua

continuação

ANO	PUBLICAÇÕES	Texto	BVS	site MS
2008	Iniciativa Hospital Amigo da Criança: histórico e implementação (Módulo 1)	Livro		
	Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania (5. ed.)	Livro		
2009	Semana Mundial da Amamentação 2009	Fôlder		
	Iniciativa Hospital Amigo da Criança: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança – um curso para gestores (Módulo 2)	Livro		
	Iniciativa Hospital Amigo da Criança: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da Criança – curso de 20 horas para equipes de maternidade (Módulo 3)	Livro		
	Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar (Caderno de Atenção Básica nº 23)	Livro		
	A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde (2009)	Livro		
	O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional	Livro		
	Caderno do Tutor da Rede Amamenta Brasil	Livro		
	Rede Amamenta Brasil	Fôlder		
	II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal	Livro		
	Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal	Livro		
	PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: resultados sobre anemia e hipovitaminose A no Brasil	Folheto		
	Agenda da Criança	Livro		
	Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru	Livro		
Cadernetas de saúde da criança: menina e menino (6. ed.)	Livro			
2010	Semana Mundial da Amamentação 2010	Fôlder		
	Manual AIDPI Neonatal (2. ed.)	Livro		

continua

continuação

ANO	PUBLICAÇÕES	Texto	BVS	site MS
2010	Iniciativa Hospital Amigo da Criança: autoavaliação e monitoramento do hospital (Módulo 4)	Livro		
	Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta	Cartilha		
	Apoio à mulher trabalhadora que amamenta para manter a amamentação (2010)	Fôlder		
	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros	Livro		
	Manual de Orientações sobre o Transporte Neonatal	Livreto		
	Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias	Livro		
	Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes	Livreto		
	Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde	Livro		
	Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Sala de Apoio a Amamentação em Empresas	Livro		
	Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências	Livro		
	Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010	Livro		
O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis	Livro			
2011	Manual Técnico do Método canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso	Livro		
	Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde (volumes 1 a 4)	Livro		
	Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2011)	Livro		
	Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança: 70 anos de história	Livreto		
	Prêmio Bibi Vogel 2011	Fôlder		
	Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças	Livro		

conclusão

ANO	PUBLICAÇÕES	Texto	BVS	site MS
2011	Cadernetas de saúde da criança: menina e menino; passaporte da cidadania (7. ed.)	Livro		
2012	Manual AIDPI Neonatal: quadros de procedimentos	Livro		
	Manual AIDPI Neonatal: normas e manuais técnicos	Livro		
	Aleitamento Materno, Distribuição de Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação	Livro		
	Cadernos de Atenção Básica n° 33: Saúde da Criança Crescimento e Desenvolvimento	Livro		
2013	Cadernetas de Saúde do Menino e da Menina: passaporte para a cidadania (8. ed.)	Livro		
Sem Data	Saúde da Criança – Materiais Informativos	Coletânea		
	Criança saudável. Brasil com saúde.	Folheto		
	Série orientação sobre a síndrome de Down: destinada a pais: alimentação da criança	Folheto		

Fonte: Elaboração própria.

As noções fundantes da prevenção e da redução da mortalidade infantil e dos direitos humanos

No período de 2003 a 2013, a ATSCAM tem investido no acompanhamento dos índices de mortalidade visando a sua redução e aplicação nas ações de saúde. A reorientação de modelo, com vistas à garantia dos direitos da criança e da mulher gestante, tem sido pautada pela priorização de práticas seguras e humanizadas, demonstradas pelas evidências científicas.

Em 2004, foi instituído o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal (Portaria MS/GM n° 1.258), considerando o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, e as ações propostas pela ATSCAM na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. A meta do Pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal.

Os princípios do Pacto, entre outros, são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2013b, p. 1).

Ao Comitê foi atribuída a responsabilidade, entre outras, de estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, com atenção à identificação de problemas relacionados: a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e c) às condições sociais, da família e da comunidade, melhorando os sistemas de informação e proporcionando dados para elaboração de ações para melhoria dos índices.

Para que o Pacto acontecesse, destaca-se a formação da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Portaria MS/GM nº 427/2005). Em 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada em pauta principal do Pacto pela Vida, aprovada em CIT e inserida nos Pactos de Gestão em Defesa do SUS. Como marcos importantes desse processo tivemos: em 2009, a Portaria MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamentou a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde; em 2010, a Portaria MS/GM nº 72, de 11 de fevereiro de 2010, que estabeleceu que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS.

Vale apresentar que em relação às populações específicas, em 2008, pela Portaria Funasa nº 883, de 8 de agosto de 2008, foram instituídas as Comissões Nacional e Distrital de Investigação e Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Indígena e a Portaria MS nº 364 dispôs sobre o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e na Amazônia Legal.

Como estratégias para implementação do Pacto nos municípios brasileiros foram pautados em documento (aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde em 2004, atualizado anualmente até 2009), os princípios e ações: articulação com a sociedade civil, inter e intrasetorial; expansão da atenção básica; qualificação e humanização da atenção no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, abortamento previsto em lei; apoiar a criação de centros de parto normal e redução do número de cesáreas desnecessárias; garantir o direito ao acompanhante e alojamento conjunto no pré-parto, parto e pós-parto; redução da transmissão vertical de HIV/aids e sífilis congênita; saúde da mulher negra, indígena, em condição de restrição de liberdade, entre outras (BRASIL, 2013b).

Outro conceito norteador das ações da área de Saúde da Criança está relacionado à garantia de direitos fundamentais do ser humano. Ao longo da década, pode-se observar a inserção da área no debate político de defesa de ações humanizadas, das práticas obstétricas seguras, dos direitos sociais, colocando o direito à saúde como eixo transversal.

Vê-se, por exemplo, algumas pautas relacionadas à garantia dos direitos da mulher e o desenvolvimento da criança. Em 2005, tivemos um marco relevante da garantia do direito da mulher ao acompanhante no parto, ainda hoje pouco respeitado segundo evidências científicas. Em 2008, foi promulgada a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, que cria o programa Empresa Cidadã, estimulando a prorrogação da licença-maternidade para seis meses mediante concessão de incentivo fiscal. A partir de 2010, a ATSCAM tem trabalhado em iniciativas para apoio à mulher trabalhadora que amamenta, por exemplo, com estímulo à instalação de salas de amamentação nas empresas públicas e privadas.

Outra regulamentação de grande relevância na área de Saúde da Criança é a Resolução da Anvisa RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que estabelece padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Descreve que o serviço de saúde deve permitir a presença de acompanhante de escolha da mulher no acolhimento, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato; o serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento; proporcionar acesso a métodos não

farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos; estimular o contato imediato, pele a pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor; estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto; entre outros. Interessante neste caso é a atualidade de um órgão de fiscalização, não apenas com preconização de práticas sanitárias, mas de boas práticas obstétricas, pautadas nos princípios dos direitos humanos.

Tabela 3 - Sistematização da legislação relacionada à Saúde da Criança 2003-2012 (atualização BRASIL, 2011a)

Ano 2003		
PUBLICAÇÃO	EIXO	DESCRIÇÃO
Portaria MS/GM n° 1.893	Leite Humano	Institui o dia 1° de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano.
Portaria MS/GM n° 1.930	Atenção Integral	Qualifica os estados para o recebimento de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil às crianças expostas ao HIV verticalmente.
Ano 2004		
Portaria MS n° 1.117	Aleitamento Materno	Define valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança.
Portaria MS/SAS n° 756		Estabelece normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança.
Portaria MS/GM n° 1.258	Redução da Mortalidade Infantil	Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal.
Ano 2005		
Portaria MS/GM n° 427	Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências.
Portaria MS/SAS n° 386		Aprova o regimento interno da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

continua

continuação

Ano 2005		
Portaria MS/GM n° 964	Atenção Integral	Aprova Resolução Mercosul/GMC n° 04/05 e seu anexo "Informação básica comum para caderneta de saúde da criança".
Portaria MS/GM n° 1.058	Atenção Integral	Institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança (até 10 anos de idade).
Portaria MS/GM n° 2.261		Estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento de Brinquedotecas.
Lei Federal n° 11.108	Direitos humanos	Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS/GM n° 2.418		Regulamenta a presença do acompanhante para mulheres gestantes.

Ano 2006		
Portaria MS n° 618	Aleitamento Materno, Leite humano, Nutrição	Institui o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.
Resolução RDC n° 171		Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.
Portaria MS/GM n° 2.193		Define a estrutura e funcionamento dos Bancos de Leite Humano.
Lei n° 11.265		Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.
Portaria MS/GM n° 1.602	Atenção Integral	Institui os calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso.

Ano 2007		
Portaria MS/GM n° 1.683	Aleitamento Materno Nutrição	Aprova, na forma do Anexo, Normas de Orientação para a implementação do Método Mãe Canguru.
Lei n° 11.474		Altera a Lei n° 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.

continua

continuação

Ano 2007		
Portaria MS/GM n° 2.160	Aleitamento Materno Nutrição	Altera a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, instituído pela Portaria n° 618, de 23 de março de 2006.
Decreto n° 6.286	Atenção Integral	Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências.
Ano 2008		
Portaria MS/GM n° 2.799	Aleitamento materno	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Amamenta Brasil.
Portaria MS/SAS n° 09		Alteração da Portaria SAS/MS n° 756, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece Normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria MS/GM n° 2.800	Atenção Integral	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
Portaria n° 2.801	Redução da Mortalidade Materna e Infantil	Altera o art. 1° da Portaria MS/GM n° 427, de 22 de março de 2005, que Instituiu a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
Portaria Funasa n° 883		Institui as Comissões Nacional e Distrital de Investigação e Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Indígena.
Lei n° 11.770	Direitos Humanos/Atenção Integral	Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.
Lei n° 11.829	Direitos Humanos/Atenção Integral	Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet.
Resolução RDC n° 36		Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal

continua

conclusão

Ano 2009		
Portaria MS n° 2.394	Amamentação	Instituído a Semana Mundial de Amamentação no Brasil. – 1° a 7 de agosto
Portaria MS n° 364	Redução da Mortalidade Infantil	Dispõe sobre Pacto pela redução da mortalidade infantil Nordeste-Amazônia Legal. É um compromisso do governo federal para acelerar a redução das desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal.
Portaria MS/SVS n° 116		Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
Ato Portaria n° 2.395	Atenção Integral	Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação.
Lei no 12.010	Direitos Humanos	Dispõe sobre adoção; altera as Leis no 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, no 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências.

Ano 2010		
Portaria Anvisa n° 193	Direitos Humanos/ Aleitamento	Implantação adequada de uma sala de apoio à amamentação em empresas ou instituições.
Portaria MS/SAS n° 696	Aleitamento	Institui a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano
Portaria MS/GM n° 72	Redução da Mortalidade Infantil	Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ano 2011

Portaria n° 1.459	Atenção Integral	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Conjunto de iniciativas para mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros 2 anos e em especial no período neonatal. Articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de Atenção Básica e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação de serviços e profissionais.
Portaria MS/SAS n° 80	Aleitamento	Estabelece as normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde

Ano 2012

Portaria n° 2.387	Nutrição/ Aleitamento	Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 anos de idade.
Portaria MS/GM n° 111		Redefine o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (Cnam).
Portaria n° 930	Atenção integral	Define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ano 2013

Portaria MS/GM n° 1.920	Nutrição/ Aleitamento	Institui a Estratégia Nacional para a Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável- Estratégia Amamenta Alimenta Brasil.
-------------------------	--------------------------	---

continua

conclusão

Ano 2013		
Portaria MS/GM nº 1.498	Atenção integral/ Redução da Mortalidade Infantil	Redefine o calendário Nacional de Vacinação

Fonte: Tabela de BRASIL, 2011a com informações adicionadas/atualizadas para este capítulo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bancos de leite humano**. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil reduz taxa de mortalidade infantil em 47%**. 2012a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/30048-brasil-reduz-taxa-de-mortalidade-infantil-em-47>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/noticia>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/11-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12865-pnaisc>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, 2011a. 80 p., il. (Série I. História da Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012c. 272 p., il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

ELIAS, P. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2005.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2008.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

IBGE. **Censo Demográfico 2010, resultados gerais da amostra**. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

IBGE. Departamento da população e Indicadores sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-277.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: BARROS, N.; CECCATI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Ed. Unicamp, 2005. p. 161-271.

PENELLO, L. M. (Org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1990.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010 [1983].

SUCUPIRA, A. C. S. L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 61-78, mar./abr., 1998.

Saúde da criança: do movimento programático à gestão da política pública

Paula Giovana Furlan

A configuração do trabalho da área de Saúde da Criança está fortemente influenciada por uma posição política da gestão presidencial/ ministerial 2011-2014 que prioriza a atenção em saúde no território, o trabalho nas redes e a cogestão. A partir do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou as Redes de Atenção à Saúde e induziu a organização e a qualificação na lógica de ordenamento das redes, houve inclusão política da questão da saúde da população infantil na agenda brasileira, retratada principalmente pela criação da Rede Cegonha e do Programa Brasil Carinhoso.

Há uma análise por parte dos profissionais da área técnica que no período anterior a 2011, o Ministério da Saúde e a ATSCAM vinham trabalhando no referencial das Ações Programáticas, com ênfase no aleitamento materno e no cuidado ao recém-nascido. A implementação da Rede Cegonha pela Presidência da República induziu a área a trabalhar diferente, considerando maior integração entre as áreas do MS e a implementação das referências técnicas (consultores) para os estados a fim de potencializar a ação política nos territórios, na lógica do apoio institucional. Com a Rede Cegonha, a ATSCAM precisava aumentar sua interlocução com outras áreas como da Atenção Hospitalar e departamentos de Controle e Finanças, já que a proposta prevê garantia e ampliação do número de leitos hospitalares neonatais e custeio de equipamentos, por exemplo.

Outro ponto relevante foi a indução de uma atenção integral, pode-se dizer, mais generalista. A ATSCAM neste momento avaliou como relevante a priorização em sua agenda da pauta de publicação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, em sistematização desde então, um texto que considera as ações que já estão em desenvolvimento pela área, além de reunir programas e ações específicos sob a gestão de outras unidades do MS, no processo de cogestão com estados e municípios no território. Procura-se incorporar, além de diretrizes, um padrão mínimo da estrutura necessária para dar conta das demandas e necessidades de saúde, como, por exemplo, a garantia de coordenadores de Saúde da Criança nas capitais e estados brasileiros, por outro lado, a pactuação de contrapartida financeira para essa organização. Busca-se com isso dar institucionalidade à “política”. A Agenda de Compromissos (BRASIL, 2004) é um documento bastante utilizado como base ao que hoje se almeja da Política de Saúde da Criança, incorporando o trabalho das gestões anteriores.

Essa inclusão em redes de cuidado fez aumentar o reconhecimento (e avanço) de práticas já consolidadas e desenvolvidas há anos pela área como o banco de leite humano, as campanhas e ações de imunização, o apoio à amamentação e o cuidado ao recém-nascido, inclusive no cenário internacional em cooperação. Dois eventos anuais de impacto nacional nessas temáticas são realizados pela área, o Dia de Doação de Leite Materno e a Semana Mundial de Amamentação, além das Campanhas de Imunização.

Em relação à amamentação estamos com uma frente de ação para a mulher trabalhadora que amamenta, junto às empresas públicas e privadas para que tenham um local adequado para que a mãe amamente; a gente estimulava a amamentação exclusiva até 6 meses, mas não dava o respaldo para acontecer. Estamos discutindo junto à IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), desde 2011, a inclusão de boas práticas relacionadas à mulher, o Cuidado Amigo da Mulher, em relação à humanização do cuidado, em sintonia com a Rede Cegonha.

Gostaríamos de destacar que a área técnica hoje assumiu efetivamente a cogestão da rede brasileira de bancos de leite humano, que é de referência internacional, exporta tecnologia para 23 países. Quando vamos às reuniões fora do país, notamos o quanto o Brasil é respeitado, buscam saber sobre a nossa política de aleitamento materno, do cuidado neonatal; ainda não descobriram sobre a nossa forma de organizar o trabalho com o apoio (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

Percebe-se que a área ganhou destaque na pauta ministerial, o que impactou no cotidiano de trabalho da ATSCAM, quando, por exemplo, são convocados a reuniões e pautas que anteriormente tinham que solicitar. Atualmente, a coordenação das redes é de responsabilidade das áreas técnicas, o que difere de gestões passadas em que era centralizada, mas não houve consenso entre os profissionais sobre o grau de gestão participativa na relação entre Casa Civil e Gabinete do Ministro da Saúde.

Nós percebemos importância no atual processo de cogestão do MS, com participação sistemática da coordenação e técnicos da Área Técnica de Saúde da Criança no monitoramento de programas como Rede Cegonha e Brasil Carinhoso, junto ao Gabinete do Ministro e a Casa Civil. Porém, alguns de nós recordamos de experiências anteriores de monitoramento das ações da Saúde da Criança junto à Casa Civil e ao Gabinete do Ministro. Deve-se salientar que, na atual gestão, a grande diferença de modelo de gestão está em que a coordenação das redes é de responsabilidade das Áreas Técnicas (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

(Re)configurações do processo de trabalho: a aposta no apoio institucional para a implementação da lógica interfederativa

O Sr. Paulo Bonilha, coordenador da área técnica desde maio de 2011, apontou a encomenda da gestão presidencial para o desenvolvimento da Rede Cegonha nos últimos anos. Esses novos desafios, exigiram nova forma de organização do processo de trabalho, segundo Paulo, explicitada a seguir.

A primeira intervenção foi relacionada à lógica do apoio institucional, criando as referências dos profissionais da área técnica por estados e de uma forma generalista, e não nas tradicionais “caixinhas temáticas”. A organização anterior dos técnicos pelas especialidades, “Canguru”, “Aleitamento”, “Aidpi” etc., foi modificada pela dos apoiadores generalistas por estados na representação da área técnica, não mais de uma única especialidade. Não desprezando a especialidade de seus técnicos, caso fosse necessário uma *expertise* para resolver ou auxiliar uma demanda específica. Paulo Bonilha considera que sua formação acadêmica, militância no SUS e experiência profissional em gestão pública e no apoio institucional contribuíram para essa configuração do trabalho.

Hoje eles continuam trabalhando nos seus eixos temáticos, mas estão sendo demandados para serem referências técnicas de determinados estados. Isso é muito comum aqui no Ministério, mas aqui na Saúde da Criança nunca houve. Então, cada um dos técnicos hoje é responsável por dois ou três estados como uma referência técnica generalista, não só de maneira específica/especializada em relação a algum tema, para o país inteiro. Isso está sendo um grande desafio para os técnicos e para todos nós (Paulo Bonilha, entrevista, maio 2013).

Em 2013, a ATSCAM contava com 12 referências técnicas para cada 2 ou 3 estados brasileiros, com atuação generalista, além disso, cada pessoa, referência técnica tem uma subárea de responsabilidade (Aleitamento Materno, Método Canguru, Prevenção da Violência, Aidpi, Rede Cegonha, Caderneta da Criança), mas perante o estado apoia todos os temas de forma transversal. Esse modo de trabalho tem permitido maior interação entre a própria equipe e compartilhamento do conhecimento técnico.

A segunda mudança foi que, com o desafio da relação interfederativa e das redes, além das referências técnicas pelos estados, a coordenação da área apostou em uma lógica de funcionamento de Colegiados de Gestão, para estimular a corresponsabilização e a efetividade das políticas a nível municipal. Uma tentativa de modificar a forma de relação e pactuação do MS com estados e municípios. Foi estabelecido o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Criança, em que participam coordenadores dos estados e das capitais e que se reúnem a cada quatro meses nos “Encontros de Coordenadores de Saúde da Criança dos Estados e das Capitais”, sendo um espaço deliberativo em seu limite de governabilidade, de análise da situação local dos indicadores de saúde e de decisão das estratégias de trabalho.

Acho que está colaborando, isso baseado inclusive no discurso dos companheiros/coordenadores da Saúde da Criança dos estados e das capitais, para fortalecer esses atores na sua área de governo, criou um espírito de time em torno da Saúde da Criança, saiu de um astral de desconfiança por parte dos coordenadores em relação ao Ministério, desconfiança e certo desânimo, certa apatia de uma relação muito rígida, e hoje temos uma empolgação no ar com a possibilidade deles estarem participando (Paulo Bonilha, entrevista, maio 2013).

Além das referências técnicas por estado foi inserido o consultor/apoiador de Saúde da Criança em cada estado. Como o MS tem seus apoiadores temáticos com atuação mais transversal, como os responsáveis pela Rede Cegonha, a Saúde da Criança apostou em ter seus apoiadores. Segundo o coordenador da então ATSCAM, essa construção foi um momento delicado de sua gestão, visto que foi preciso delinear e argumentar sobre as atribuições desse novo apoiador para consolidar uma proposta de organização da área nesta lógica e com as novas contratações. Para essa construção, a ATSCAM contou com apoio da PNH e do DAPES, até chegar a formulação de uma proposta de consultor estadual que trabalhasse na lógica do apoio institucional e matricial. Havia uma construção da gestão anterior de uma ideia de ter um apoiador estadual para as ações de aleitamento materno, o que foi uma possibilidade, na visão de Paulo Bonilha, de ampliação do foco de trabalho desse apoiador, na direção da atenção integral à criança. Resultado dessa pactuação e inserção de novos atores, atualmente, são 27 consultores estaduais e 5 consultores nacionais que possuem o papel da supervisão direta do trabalho desenvolvido *in loco* (referência para cada 5 ou 6 consultores dos estados). Inclusive,

o consultor de Saúde da Criança nos estados tem trabalhado em conjunto com o apoiador da Rede Cegonha e representado o MS.

Outro aspecto interessante desta gestão (2011-2014) é a contratação de consultores, que fazem a interlocução entre território brasileiro e ministério, fortalecendo a relação interfederativa e instaurando um novo modelo de trabalho a partir do apoio. Nossa equipe já estava pequena demais para uma demanda enorme em função da extensão territorial. Construímos outro modo de trabalho do Ministério da Saúde com os estados e os municípios a partir dos consultores, como nossos “braços”, parceiros no território. Esse modo de trabalho possibilitou aproximar os coordenadores estaduais e das capitais para construção compartilhada da política de saúde da criança, corresponsabilização pela sua criação, execução, implementação. Os consultores trabalham de modo transversal, quer dizer, não atuam em uma área específica, devem responder pela atenção integral à saúde da criança e articulação das redes de atenção. [...] Foi difícil “banciar” a proposta inicialmente frente à gestão no MS, mas hoje esses consultores são reconhecidos, são elogiados (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

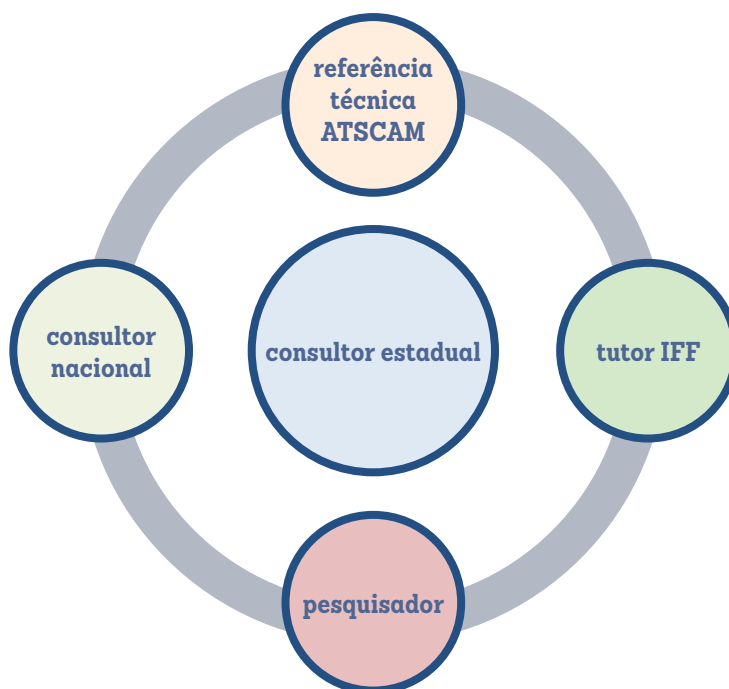
Em conjunto a essas mudanças, foi desenvolvido, em parceria ao Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz/RJ) com a equipe da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, um processo de formação e acompanhamento da implementação do trabalho dos consultores/apoiadores estaduais. Foram instituídos, nessa parceria, cinco tutores que tem função pedagógica e analítica e formam duplas de trabalho com os consultores nacionais para acompanhar o trabalho dos consultores estaduais.

Outro processo concomitante é a Pesquisa de Avaliação da Implantação da Política de Saúde da Criança, conduzida pelo pesquisador Carlos Gama Pinto, com metodologias participativas e da pesquisa-intervenção, que monitora e avalia os resultados/impactos dessa nova forma de organização da área com o arranjo do apoio institucional e da formação permanente dos consultores e coordenadores. Os pesquisadores participam dos espaços do Colegiado de Saúde da Criança, dos fóruns, encontros e da formação, a fim de avaliar o processo da política.

Os Encontros de Coordenadores, dessa forma, contemplam carga horária para discussão colegiada, formação dos consultores estaduais e a pesquisa de avaliação do processo. Foi criada também uma plataforma virtual que tem sido utilizada para comunicação, o que na opinião dos técnicos “diminuiu as distâncias com nossos consultores, coordenadores municipais e estaduais” (Narrativa ATSCAM, julho 2013), constituindo-se em um espaço de formação e de interação entre as referências técnicas e os estados e municípios.

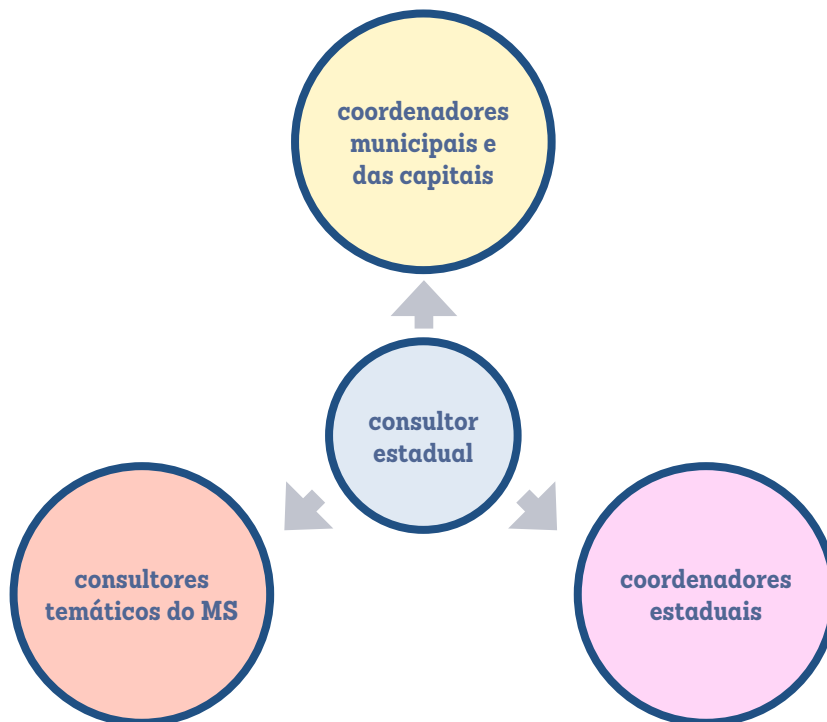
Então, cada consultor/apoiador estadual tem sido acompanhado diretamente por um “quarteto” de referência: uma pessoa da área técnica, um consultor nacional, um tutor da IFF e um pesquisador. Essa mudança na organização da equipe e do processo de trabalho revela significativa alteração da lógica programática e fragmentada das áreas temáticas.

Figura 1 - Composição do apoio institucional na Saúde da Criança/ATSCAM



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 - Composição do apoio institucional municipal/estadual



Fonte: Elaboração própria.

A equipe da área técnica avalia como positiva a inserção dos consultores estaduais e nacionais, potencializando e efetivando o trabalho no território, a implementação/aplicação local da política nos estados e nos municípios e a capilarização dos conhecimentos de capacitações. No processo de construção desse arranjo de trabalho encontraram resistências e desistências, porém os coordenadores aproximaram-se na parceria à medida que começaram a notar os resultados positivos. O processo também revelou fragilidades do cenário municipal, desde equipes fragmentadas, sem profissionais destinados à gestão da Saúde da Criança e dificuldades para operacionalização das ações. Percebe-se que há preocupação atual dos municípios ao escolherem seus coordenadores de saúde da criança, visto que deverão estar apropriados para conduzir e seguir o processo neste modelo de trabalho.

Nessa configuração, o consultor estadual tem um papel significativo na articulação das redes, na parceria com os demais atores e na garantia da pauta da criança nas agendas da saúde. As áreas temáticas seriam, na opinião da coordenação da ATSCAM, o *locus* de articulação das redes e de trabalho, conjunto entre os consultores/apoiadores, do acontecimento de uma política de atenção à saúde da criança.

■ **Novas demandas para a atenção integral à saúde da criança: qualidade dos trabalhos anteriores e avanços necessários**

Diante da concentração da demanda de trabalho em torno de uma agenda mais generalista e integral, com as reformulações no processo de trabalho, e em virtude da percepção de foco do trabalho da ATSCAM no aleitamento materno, atenção neonatal e redução da mortalidade infantil, em início de 2013, a área construiu oficinas coletivas de planejamento estratégico com os seus profissionais técnicos para desenvolvimento dos conceitos: visão, missão e objetivos gerais. As oficinas tiveram a condução e a participação de consultores da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com duração intensiva de dois dias, além de reuniões semanais da área técnica. Segundo os profissionais, não ter esses conceitos delimitados dificultava o planejamento das ações do trabalho e a metodologia adotada auxiliou neste sentido.

Figura 3 - Visão, missão e objetivo geral da ATSCAM, 2013



Visão: Ser grande promotora e protetora dos direitos da criança à vida, à saúde e à felicidade.

Missão: Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, em parceria com os órgãos federais, os estados, os municípios, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

Objetivo geral: Promover a atenção integral à saúde da criança, da gestação até os 9 anos de vida, e apoiar a implementação das redes de atenção à saúde, com especial atenção as áreas e populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade de crianças, em especial neonatal e infantil no País.

Os profissionais consideraram que o grande diferencial deste trabalho da definição dos conceitos está relacionado à promoção da felicidade, como ampliação da saúde, e à demarcação da população atendida, considerando-a desde a gestação materna e não desde o período pré-natal. Outro ponto de destaque é a corresponsabilização dos entes federados no cumprimento da missão.

Foram redefinidos os eixos estratégicos, com seus objetivos e estratégias específicos:

Tabela 1 - Eixos estratégicos da ATSCAM, 2013

Atenção Integral à Saúde da Criança		
Eixos estratégicos	Estratégias	Redes transversais
Atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido	Método Canguru	Rede Cegonha (RC) Rede Saúde da Pessoa com Deficiência (RPD) Rede de Urgências e Emergências (RUE) Rede de Atenção Psicossocial (Raps) Rede de Atenção às Doenças Crônicas (DC)
Aleitamento materno	Mulher trabalhadora que amamenta Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac) Rede Amamenta (RAM): Alimentação Complementar Saudável, Rede Amamenta Brasil e Rede Alimenta Brasil Bancos de Leite	
Desenvolvimento da primeira infância	Visita domiciliar	
Prevenção de violências e promoção da cultura de paz	Linha de cuidado	
Atenção à criança em situações específicas e de vulnerabilidades	Articulação intersetorial Saúde Indígena Saúde Prisional Situação de rua	
Prevenção e atenção às doenças crônicas prevalentes na infância	Aidpi Campanhas educativas e de imunização	

Fonte: BRASIL, 2013.

A equipe considerou que o eixo de atenção ao recém-nascido, antes centrado na atenção hospitalar atualmente busca a garantia do acompanhamento na Atenção Básica, além de incorporar o conceito de prática humanizada à definição do eixo, o que permitiu inclusive fomentar a discussão de boas práticas no parto.

Houve a inclusão de um eixo específico para as doenças crônicas, como o diabetes, a obesidade, a desnutrição. A equipe relatou que havia o cuidado a essas doenças, porém não estavam estruturadas em um eixo. Esse eixo, na opinião dos profissionais, favoreceu a inclusão das populações específicas no SUS. Foram acrescentados, recentemente, também os eixos “desenvolvimento da primeira infância” e “atenção à criança em situações específicas e de vulnerabilidade”.

No processo de rediscussão dos eixos, a equipe debateu a relevância das redes ficarem demarcadas em sua interlocução transversal aos eixos temáticos e a redução da mortalidade infantil antes como um eixo, agora como objetivo geral da área.

Conforme já apontado, anteriormente à gestão atual (2011-2014), o trabalho da área priorizava ações para o aleitamento materno e atenção neonatal, embora outras ações fossem trabalhadas. Atualmente, vemos uma priorização do trabalho para a criança em outras faixas etárias, para a promoção do desenvolvimento e a integralidade do cuidado, não só o aleitamento e o recém-nascido. Temos maior interlocução e trabalho mais próximo com outras áreas, como por exemplo: a) com a CGAN (Coordenação-Geral de alimentação e nutrição – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS), e a área de Saúde da Mulher, com ações conjuntas de aleitamento e alimentação complementar, o amamenta-alimenta; b) a Rede Cegonha; c) com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e o DAB/SAS/MS para cuidado da criança indígena; d) com as urgências, na elaboração da Linha de Cuidado do Trauma; e) com o DAB com a relação de procedimentos a serem ofertados para a criança na atenção básica; f) a Caderneta da Criança (não mais Caderneta da Saúde da Criança), que hoje traz informações da assistência social e da educação; g) participação nas comissões intersetoriais; h) Brasil carinhoso, junto à CGAN; i) Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem; j) Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência; k) Política Nacional de Humanização e; l) Área Técnica de Saúde Mental. Acreditamos que essa junção/articulação das áreas dá sustentabilidade às ações e fortalece as redes, inclui crianças na política que estão na extrema pobreza, em situações vulneráveis e/ou sem acesso ao SUS (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

Há reconhecimento de que essas mudanças no modo de trabalho foram possíveis diante de um trabalho realizado anteriormente de consolidação de experiências importantes na área de Saúde da Criança. A cartilha *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história* foi lançada em 2011, no período de coordenação da Sra. Elza Giugliani, com o intuito de sistematizar os feitos pela área técnica e recuperar os marcos institucionais, já valorizando as experiências anteriores e a continuidade na construção da política pública.

É inegável que houve um avanço significativo na área, considerando sempre que a gestão anterior deixou um bom alicerce, e isso é importante para gestões seguintes darem continuidade e nem sempre isso é uma verdade, nem sempre acontece. E a gestão tem por mérito ter considerado o que já tinha sido feito e a capacidade dos profissionais que aqui estavam para dar essa continuidade, não houve uma descontinuidade técnica. E as pessoas que aqui estavam foram incluídas e ouvidas; e acho que isso é importante dentro de uma gestão, porque não promove uma descontinuidade em função de mudança de gestão, descontinuidade técnica (Maria de Lourdes, entrevista, junho 2013).

Ressaltando a mudança de foco – do aleitamento e cuidado ao recém-nascido para a integralidade, a discussão da atenção integral e às populações vulneráveis foi possível também em decorrência da melhora do índice geral de mortalidade infantil, ampliando a possibilidade de a área desenvolver atualmente outras frentes.

As gestões anteriores foram valorizadas nesse sentido, na luta pela sobrevivência infantil possibilitando o trabalho com outras problemáticas atuais da população brasileira, como são os casos de violência, das situações de vulnerabilidade e do desenvolvimento na primeira infância. Na verdade, o desafio para a área foi de manter a qualidade dos trabalhos já desenvolvidos e também avançar em frentes para outras faixas etárias da infância, tendo os índices de mortalidade reduzidos, como garantir a vida dessas crianças enquanto crescem? Os recursos precisaram ser ampliados, o trabalho precisou ganhar outra configuração, a partir do apoio institucional, das articulações interfederativas, da intersectorialidade para que os profissionais pudessem aprofundar o trabalho dentro das temáticas já desenvolvidas de referência nacional e mundial em algumas experiências.

Temos trabalhado não só na prevenção de doenças específicas, mas na promoção do cuidado, trazendo a família para a promoção do desenvolvimento infantil, na humanização da assistência e do cuidado.

Salientamos que houve uma expansão da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Neonatal para todas as unidades da Federação, maior apropriação da área técnica na gestão do Aidpi e inclusão de protocolos nos programas, como por exemplo na Rede Cegonha.

Um ponto para avanços ainda é em relação ao princípio do SUS de equidade. Nosso departamento tem um olhar (seu próprio nome já diz), um foco para as populações mais vulneráveis; estamos olhando mais para as crianças em situação de rua, filhos de mulheres nos presídios, por exemplo, que implica um trabalho de parceria e que temos feito com mais consistência nessa gestão atual do governo federal, tanto que se tornou um dos nossos eixos estratégicos para a política de saúde da criança. Em relação às crianças indígenas, desde que passou a responsabilidade da Funasa para a Secretaria aqui no Ministério, passamos a olhar mais para a questão, a fazer alguns projetos em conjunto com a SESAI.

Conseguimos também avançar no fortalecimento da agenda de proteção e cuidado da criança em situação de violências, com o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), das 27 unidades da Federação, mediante a sensibilização de gestores e formação de multiplicadores para implementar a estratégia da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências no território (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

Outra ação importante no sentido da integralidade do cuidado foi a transformação da “Caderneta de Saúde da Criança” na “Caderneta da Criança”, versão “menino” e “menina”, integrando o Ministério da Educação e o Ministério do Desenvolvimento Social, com informações dos diferentes setores para os pais, responsáveis e serviços sociais, facilitando a comunicação sobre a criança na construção da rede de atenção.

Paulo Bonilha considera que ainda precisam avançar na atenção à primeira infância, na estimulação do desenvolvimento e do empoderamento das famílias pelo cuidado da criança; neste sentido estão desenvolvendo um projeto-piloto para algumas capitais brasileiras de visitas domiciliares, a semelhança do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) que integra a política de governo de estado do Rio Grande do Sul desde 2003.

Os profissionais da área técnica julgam que o trabalho cotidiano se intensificou, visto a necessidade de uma práxis generalista, integral e em rede, sendo que o espaço físico no MS e o vínculo trabalhista não acompanharam as mudanças, ainda precárias. Algumas dificuldades foram apontadas, relacionadas à visibilização do trabalho:

Achamos que o trabalho não está sendo visibilizado na maneira que ele é. Nós precisamos aprender a divulgar mais o que fazemos, comunicar melhor. Outro fator que pode ter relação com a pouca visibilidade, é que nós auxiliamos outras áreas do MS e esferas de governo no que elas se programaram a fazer e o resultado/produto vai aparecer somente para este outro setor, porém sabemos que isso é inerente à área, já que trabalha de forma transversal. Precisamos sistematizar mais o que a gente faz, como faz, estamos em um momento favorável para isso. Outro problema da baixa visibilidade das ações da Saúde da Criança, como das demais políticas públicas, é o fato de que o Brasil sendo uma República Federativa, a execução das ações e serviços cabem principalmente aos municípios, dessa forma grande parte das ações o governo federal não se capilariza para o território, para os cidadãos. (Narrativa ATSCAM, julho 2013).

Nós não fazemos ações de serviço de saúde, é papel dos municípios e suplementarmente dos estados, então ou a gente ganha pelo convencimento esses gestores ou não haverá SUS [...] Ou a gente articula os parceiros interfederativos, consegue fazer isso de uma maneira republicana, suprapartidária e ganhá-los para a causa, porque estamos todos no mesmo barco, então não vai haver nem as ações específicas, técnicas da saúde da criança, muito menos SUS (Paulo Bonilha, entrevista, maio 2013).

■ Considerações gerais

Com as mudanças impulsionadas pelo SUS, desde final da década de 1980, importantes redirecionamentos têm sido feitos para a implantação da política pública. Da herança da normatização do cuidado e das ações verticalizadas, como a imunização compulsória ou o modelo das ações programáticas, a fim de garantir certo controle das epidemias e das doenças infectocontagiosas, o SUS apontava a necessidade de garantir o acesso às ações de saúde e a integralidade do cuidado, incluindo questões além da sobrevivência num País cada vez mais em desenvolvimento, com cenário econômico excludente e concentrador de renda. É aparente o quanto da herança histórica de conformação das políticas públicas de saúde influenciaram a organização da saúde da criança, centrada para a diminuição da mortalidade infantil, com esforço para melhoria à atenção neonatal e o incentivo ao aleitamento materno. Afinal, o Brasil na década de 1970 contava com a taxa média de mortalidade infantil de 115/mil, reduzida a 48,3 em 1990, ano de promulgação da Lei n° 8.080 (IBGE, 1999).

Vemos com o SUS um constante movimento na gestão ministerial da saúde da criança no Brasil, no sentido de incorporar as necessidades da população, tomando como referência os indicadores epidemiológicos. Tendo a taxa melhorado de forma global, para 14 em 2012 segundo dados da Unicef (2013), outros desafios são colocados para a saúde da criança. Principalmente quando olhamos para a variação do índice de acordo com a renda, escolaridade, saneamento básico, situação de domicílio, grupos populacionais específicos e região do País. Também em

relação ao acesso e à disponibilidade de assistência à saúde, quando, por exemplo, entre 2000 e 2005, as afecções perinatais foram responsáveis por 50% dos óbitos. Entre as demandas relativas ao cuidado período neonatal e ao recém-nascido, destacam-se as populações vulneráveis e em situações específicas, como o caso de populações indígenas e quilombolas, que continuam mostrando índices alarmantes de mortalidade materno-infantil. Quando pensamos na primeira infância, atualmente casos de mortalidade por causas externas (violência e acidentes) já superam o número de casos por doenças infectocontagiosas ou parasitárias. Podemos ver que as mudanças encaminhadas pela ATSCAM nos últimos dez anos estão centradas no cuidado ao período gestacional e recém-nascido, com incorporação e avanços importantes em outras linhas de cuidado, voltadas às situações de violência e ao desenvolvimento na primeira infância, mas que em uma agenda prioritária ainda estão os casos de mortalidade infantil e melhoria das condições de parto no Brasil, enfatizados pelos índices epidemiológicos e com indução da estratégia de organização pela Rede Cegonha. Estaria ainda tímido o cuidado às populações específicas e às outras demandas e necessidades das crianças, além da sobrevivência infantil, que incorpore as incapacidades e deficiências, violências, morbidade, dificuldades cotidianas e negação dos direitos humanos básicos?

Há importante mudança e é considerável o avanço no sentido das ações da orientação programática para construção de uma política pública para atenção integral. Com a proposta em rede, do apoio institucional e do trabalho intersetorial, pode-se observar tendência a fragmentar menos o cuidado, tomar a atenção à pessoa e não com centralidade na doença ou agravo, traduzida pelo interesse e dedicação da equipe na construção de diretrizes para garantia da atenção a esse grupo populacional e no esforço em agregar ministério, estados e municípios. O reconhecimento de que o trabalho ministerial não acontecerá nos municípios e serviços de saúde pelo viés do comando verticalizado, mas sim pela construção conjunta e pela corresponsabilização dos atores implicados com as necessidades de saúde da população, muda o posicionamento dos atores não mais como executores de políticas, mas também responsáveis por fazer acontecer no cotidiano dos serviços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Oficinas de Planejamento estratégico ano 2013**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010.

IBGE. Departamento da população e Indicadores sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1990.

UNICEF. **Committing to Child Survival: a Promise Renewed Progress Report 2013**. [S.l.]: UNICEF, 2013.



SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: questões conceituais de uma nova Rede Prioritária do SUS

Luiz Augusto de Paula Souza¹⁷

Vera Lúcia Ferreira Mendes¹⁸

Rogério da Costa¹⁹

Os sentidos do conceito de deficiência vem se transformando em todo o mundo, notadamente após a década de 1960, quando se introduz a reflexão sobre a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade, conforme veremos com maiores detalhes adiante.

Após ter declarado o ano de 1981 como Ano Internacional da Pessoa com Deficiência, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. A Organização dos Estados Americanos editou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência em 1999, a qual foi também promulgada no Brasil, pelo Decreto n° 3.956/2001. Tais documentos ressaltam o direito das pessoas com deficiência a oportunidades iguais, para também usufruírem das melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Essas iniciativas estabeleceram diretrizes para as áreas da Saúde, Educação, Emprego e Renda, Seguridade Social, Legislação, orientando os estados membros na elaboração de políticas públicas.

Outro importante aporte foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja lógica enfatiza o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, em vez de valorizar incapacidades e limitações. A CIF abre novo caminho para as práticas de reabilitação e de inclusão social, nova forma de avaliação a ser adotada como guia pelos governos, organizando, orientando e padronizando informações diagnósticas sobre pessoas com deficiência.

Finalmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006) promove, defende e garante, em âmbito normativo, condições de vida com dignidade e emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou a Convenção, sem reservas, em 30 de março de 2007, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com seus 50 artigos que tratam de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência. Seu texto foi integrado, como emenda, à Carta Constitucional Brasileira, em julho de 2008.

A partir das prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil, o governo federal lança o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Viver sem Limite), por meio do Decreto n° 7.612, de 17 de novembro de 2011. A saúde da pessoa com deficiência, apesar de esforços anteriores, continuou até 2011 como

¹⁷ Doutor em Psicologia Clínica e Professor Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP.

¹⁸ Coordenadora da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS/MS.

¹⁹ Filósofo e Professor Assistente Doutor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Comunicação e Semiótica da PUC-SP.

agenda relativamente preterida no SUS, com ações pontuais em relação a questões específicas para algumas modalidades de deficiências.

A partir de 2011, o Brasil começa a avançar mais rapidamente na implementação dos apoios necessários ao pleno e efetivo exercício da capacidade legal por todas as pessoas com deficiência. Ou seja, o País está empenhado em superar desigualdades históricas, equiparando oportunidades para que a deficiência não seja utilizada como motivo de impedimento à realização de sonhos, de desejos e de projetos, bem como valorizando e estimulando o protagonismo e as escolhas das brasileiras e dos brasileiros com deficiência.

Sob tal contexto, o **Plano Viver sem Limite** foi elaborado com a participação de mais de 15 ministérios (mais informações em: www.portaldasaude/viversem limite) e está organizado em quatro eixos: acesso à educação, à inclusão social, à acessibilidade e à atenção à saúde.

No eixo *atenção à saúde*, o Plano Viver sem Limite, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência (temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua; e múltipla) e pessoas ostomizadas, buscando garantir acesso com qualidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, por meio da organização da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Como desdobramento desse compromisso, no dia 24 de abril de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 793, que instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, propondo a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com deficiência, com o objetivo de: promoção do cuidado à saúde; prevenção e identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida; ampliação da oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; e de cuidados em habilitação e reabilitação, promovendo autonomia e circulação social das pessoas com deficiência. Além disso, incentiva o aprimoramento dos mecanismos de regulação e organização dos fluxos assistenciais da rede, com monitoramento das ações desenvolvidas nos territórios.

A Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência estrutura-se, conforme os documentos da Coordenadoria de Saúde da Pessoa com Deficiência, pelos componentes da *Atenção Básica* – unidades de saúde, equipes de Saúde Bucal e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs); *Atenção Especializada* – Ambulatório de Especialidades, Centros Especializados em Reabilitação (CER); Serviços Especializados em Reabilitação Física, Auditiva, Visual e Intelectual; Oficinas Ortopédicas; Centros de Especialidades Odontológicas; e *Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência* – centros cirúrgicos, unidades hospitalares de internação de longa permanência. Tais componentes pretendem fazer com que a rede possa:

- estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;
- produzir, com usuários, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, Projetos Terapêuticos Singulares, baseados em avaliações multi e interdisciplinares das necessidades e das capacidades das pessoas com deficiência, incluindo o aporte de dispositivos e tecnologias assistivas, com foco na produção da

autonomia e no máximo de independência nos diferentes aspectos e dimensões da vida pessoal e social;

- garantir que a indicação de dispositivos assistivos deve ter escolha criteriosa, e estes devem ser bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;
- melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, por meio de medidas de prevenção da perda funcional e/ou de redução do ritmo da perda funcional; da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção das funções atuais;
- estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínuos, coordenados e articulados entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência em cada território;
- realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS;
- articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas) nas diversas regiões de saúde, para acompanhamento compartilhado de casos sempre que necessário;
- articular-se com a Rede de Ensino nas diversas regiões de saúde, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar sempre que necessário, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Esse brevíssimo relato, sobre marcos legais, princípios, diretrizes e objetivos da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS/MS na implementação da *Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*, constitui uma espécie de moldura institucional para a discussão que se seguirá, destinada a introduzir o campo problemático das pessoas com deficiência no Brasil, notadamente em aspectos relacionados aos desafios da construção de uma política de saúde para essa população, nos marcos do SUS e como uma de suas redes prioritárias de saúde.

À medida que avança a conquista de direitos pelas pessoas com deficiências, alteram-se também certas terminologias usadas nesse campo, em busca de definições mais adequadas e que confrontem a discriminação que algumas designações carregam, implícita ou explicitamente. Atualmente, a expressão pessoas com deficiência aparece como alternativa e em oposição a designações anteriores: deficientes, portadores de deficiência (termo e expressão que discriminam por desconsiderar, entre outras coisas, a condição de pessoa, de cidadão como qualquer outro) e portadores de necessidades especiais, expressão que, entre outros problemas, reforça a discriminação ao camuflar a presença da deficiência e reforçar um suposto e generalizado sentido de dependência e fragilidade expresso pela ideia de “necessidades especiais”.

Seja como for, é fato que, ao longo da história, foram desenvolvidas formas de estigmatização e de exclusão das pessoas com deficiência. Em sociedades como a nossa, que ainda apresentam baixíssimo grau de acolhimento das diferenças pessoais e sociais, as marcas no corpo (sensoriais, motores, intelectuais; isoladamente ou de forma associada), além de trazerem desafios reais e determinarem condições específicas, acabam limitando o pertencimento e a circulação social das pessoas com deficiência; o que muitas vezes acarreta, adicionalmente, dificuldades de convívio social e doses relevantes de sofrimento para essas pessoas e suas famílias.

O predomínio de sentidos estigmatizantes gera preconceito e discriminação, produz também luta por direitos, por reconhecimento, pertença social e, como não poderia deixar de ser, reações defensivas e identitárias ou, mais precisamente, bioidentitárias, enredadas na deficiência, na marca biológica, como se ela fosse, necessária e, imperiosamente, também estigma social. A afirmação das diferenças caracterizadas pelos tipos de deficiência, embora seja absolutamente necessária à emancipação e à conquista de direitos, às vezes pode também resvalar para o isolamento defensivo no grupo identitário, reforçando tendência social de pouca abertura à alteridade, ao outro, às muitas diferenças que habitam o campo social.

Quando é assim, em vez do convívio social na pluralidade, fomenta-se segmentação defensiva e mesmo reativa, e ela reforça o baixo nível de acolhimento das diferenças na construção de formas de vida e de políticas de existência. As reações bioidentitárias e as biossocialidades que aquelas segmentações produzem são uma questão social, não apenas dos grupos e movimentos das pessoas com deficiências, uma vez que aparecem também como tendência nas lutas sociais que, de alguma forma, identificam-se por meio de características biológicas.

Dizendo de outro modo, bioidentidades e biossocialidades são produções relacionadas às

maneiras pelas quais a sociedade contemporânea constrói seus campos de relação, aos sentidos que confere à alteridade, às formas de vida, sobretudo a partir do momento em que o homem, na condição de ser vivo, biológico, ganha centralidade no saber e no poder, no plano das técnicas políticas, ou seja, a partir da conversão da política em biopolítica [...], entendida como governo da vida, como promoção de condutas reguladoras da vida, como formação de discursos de verdade sobre a vida, a partir dos quais vários agentes (mídia; descobertas científicas; especialistas e especialismos de todo tipo; fármacos; certas teorias sobre o meio ambiente e campanhas de governo, etc.) contribuem para que os indivíduos da espécie exerçam sobre si mesmos ações regradas segundo condutas reguladoras (SOUZA, 2014, p. 135).

No âmbito da sociedade de controle, o caráter ambíguo da alteridade, da relação com o outro (todos os outros: pessoas, hábitos, costumes, culturas, comportamentos, conhecimentos...), intensifica-se e ganha contornos próprios. Ao mesmo tempo em que é condição de possibilidade do social, da constituição das formas de vida e dos processos de individuação, a alteridade aparece também como ameaça em face da diferença que o outro encarna, mas agora a ameaça é planificada na forma de risco à saúde, à segurança, à aceitação social... As ameaças reais ou imaginárias passam a fazer parte de uma espécie de cálculo de custo/benefício, que regula

condutas e comportamentos, numa peculiar e, muitas vezes, empobrecida economia relacional e afetiva.

Nesse embate entre vitalidade e ameaça, a alteridade conforma “um duplo e paradoxal destino: submissão às malhas do controle, da regulação da vida (biopoder), e resistência ao esvaziamento da existência pela criação de novas formas de vida, por meio do enfrentamento do poder constituído pelo poder constituinte (NEGRI, 2002), o que se poderia chamar de biopotência” (SOUZA, 2014, p. 137).

Pessoas com e sem deficiência estão no jogo da alteridade, da relação ao outro, que constitui a todos e para a qual podemos ter maior ou menor abertura. A abertura aos encontros com o outro concerne ao campo da biopotência, uma vez que aumenta a potência para agir no mundo, para se relacionar com as diferenças, com o que, no tempo, é ou se faz outro em cada um de nós e no social.

Deleuze (1992, p. 119), referindo-se ao conceito de história em Foucault, dizia que “ela nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos”. A abertura à diferença, à força de diferir, é potência da alteridade, a partir da qual as transformações pessoais e sociais se produzem.

Daí o sentido em se considerar a alteridade no campo dos cuidados e da produção de saúde das pessoas com deficiência, pois é a capacidade de diferir que franqueia também o enfrentamento e a superação de questões de funcionalidade (sensorial, perceptual, intelectual e motora) que afetam a saúde das pessoas com deficiência, tanto no âmbito corporal, quanto em termos de circulação e pertença social.

No plano dos marcos conceituais da construção de uma política pública de saúde do SUS, no caso a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, parece necessário e relevante pensar nas condições concretas de uma política pública aberta à alteridade, à sua dimensão de biopotência: fazer com o outro e não pelo outro; fazer na diferença e não, supostamente, apesar das diferenças. Isso permitiria ver a deficiência

como *fato da vida*, como condição biológica, que não deve ser confundida com as formas de vida, nas quais os sujeitos e os grupos produzem a vida e suas políticas de existência na condição de processos sociais, com marcas afetivo-sociais que sobredeterminam o fato biológico (SOUZA, op. cit., p. 138).

Segundo Pelbart (2011, p. 61), referindo-se a Giorgio Agamben, reduzir as formas de vida aos fatos da vida produziria o mecanismo pelo qual o biopoder ganha espaço: “colocando a vida biológica no centro de seus cálculos, o Estado moderno não faz mais, portanto, do que reconduzir à luz o vínculo secreto que une o poder à vida nua [...]”

Nesses termos, estamos diante de, pelo menos, dois campos problemáticos para pensar a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: um deles relacionado aos modos de conceber e pensar a deficiência e sua incidência no social, em particular, no campo da Saúde, sem restringi-la às marcas biológicas, à “vida nua”. O outro voltado a pensar o cuidado à saúde das pessoas com deficiência no interior do SUS, não de forma particular e

apêndicular (como foi o caso até pouco tempo atrás), mas como exercício do direito à saúde, nas condições consignadas pelo SUS para qualquer um.

Pelo lado das Pessoas com Deficiência, o *campo problemático*, tal como se expressa hoje, começa a ser desenhado já a partir da década de 1960, com o isolamento de indivíduos em instituições especializadas de tratamento, que funcionavam como espaços de clausura ou, nos termos de Goffman (1962), como instituições totais. Esse tipo de instituição representava uma espécie de atualização de resquícios do que Foucault (2008) chamou de sociedade disciplinar, cuja estratégia era atuar diretamente sobre o comportamento dos indivíduos; ação que perdeu terreno para os dispositivos do biopoder, por meio dos quais a disciplina se interioriza, fazendo com que os próprios indivíduos regulem suas condutas em função de uma lógica planejada de custo/benefício.

Como reação às práticas de isolamento, que se caracterizam por estabelecer formas de *exclusão* dos indivíduos do convívio social, emerge o conceito de integração, significando integração dos indivíduos com alguma deficiência ao convívio social mais amplo. Busca por desinstitucionalização, operada com base na ideologia da *normalização*: para inserir a pessoa com deficiência na sociedade seria necessário aproximá-la de padrões sociais considerados normais. Nesse sentido, deve-se estabelecer parâmetros para o que se chamará de estilo de vida “normal”, que servirá, inclusive, como referência para o que será considerado “desvio” (COSTA, 2013).

Por essa via, ganha densidade uma nova concepção para relação entre a sociedade e as pessoas com deficiência: o imperativo dos serviços (ARANHA, 2001). Isso tem início também em meados da década de 1960 e se dá no bojo dos processos de normalização que, em última instância, promovem a responsabilidade e enfatizam a possibilidade de autossuficiência de uma parcela das pessoas com deficiência, sobretudo em termos do trabalho e da preparação para o trabalho, envolvendo treinamento e educação especiais, além de um processo de colocação social e profissional controlado, regulado por conhecimentos e procedimentos estabelecidos por especialistas.

O conceito de integração, segundo Aranha (2001, p. 12): “significa o ‘direito’ e a necessidade de as pessoas com deficiência serem ‘trabalhadas’ para a normalidade.” Normalidade entendida em suas faces estatística e funcional, com a promessa da oferta de serviços e recursos para que as pessoas com deficiência pudessem se adaptar e se aproximar dos parâmetros considerados normais.

Nas palavras de Nogueira (2008, p. 10):

No século XX, os portadores de deficiências passam a ser vistos como cidadãos com direitos e deveres de participação na sociedade, mas sob uma ótica assistencial e caritativa. A primeira diretriz política dessa nova visão aparece em 1948 com a Declaração Universal dos direitos Humanos. “Todo ser Humano tem direito a educação”. Nos anos 60, pais e parentes de pessoas deficientes organizam-se. Surgem as primeiras críticas à segregação. Teóricos defendem a normalização, ou seja, a adequação do deficiente à sociedade para permitir sua integração. A Educação Especial no Brasil aparece pela primeira vez na LDB 4.024, de 1961. A lei aponta que a educação dos excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação.

Ou também nos termos de Aranha (2001, p. 11):

A década de 60 tornou-se, assim, marcante na promoção de mudanças no padrão de relação das sociedades com a pessoa com deficiência. Considerando que o paradigma tradicional de institucionalização tinha demonstrado seu fracasso na busca de restauração de funcionamento normal do indivíduo no contexto das relações interpessoais, na sua integração na sociedade e na sua produtividade no trabalho e no estudo, iniciou-se no mundo ocidental o movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização, como uma nova tentativa para integrar a pessoa com deficiência na sociedade.

O problema da inclusão, nos anos 1960, ainda não está plenamente colocado e se apresenta segundo uma ótica enfaticamente assistencialista. Um passo importante no delineamento da questão da inclusão é dado por sua sintonia com as discussões no campo da economia e da emergência do conceito de capital humano no final dos anos de 1950. Nesse período, teóricos da economia, como o prêmio Nobel Gary Becker, apontam para nova forma do capital, que reside nos conhecimentos e na saúde dos indivíduos. Em suas análises, Becker entende que o capital humano é constituído fundamentalmente pela formação educacional e pela condição de saúde, que marca o histórico de vida de cada indivíduo. Esse é um campo relevante de investimento, pois sempre é possível aprimorar a educação e a saúde, sendo que ambas agora passam a ser consideradas como recursos importantes para a produção de valor. Mas, além de se considerar o indivíduo como portador de *capital humano*, fato que por si só seria novidade no campo econômico, Becker sugere que as análises econômicas devem levar em conta a *forma como cada indivíduo emprega esses recursos* (COSTA, 2012, p. 108).

É assim que a economia passa a ser também uma ciência que investiga os processos de escolha e decisão dos indivíduos a respeito do uso que podem fazer de seus recursos próprios, no caso, seus conhecimentos, suas competências, e também o emprego de seu tempo e de suas condições de saúde. Segundo Costa (2012), nas análises desses processos de decisão há, por sua vez, a hipótese de uma racionalidade do indivíduo, racionalidade dos comportamentos individuais: qual cálculo um indivíduo deve fazer para empregar tal conhecimento nessa situação e não em outra, para investir seu tempo nessa direção e não em outra? Trata-se de um cálculo baseado no custo/benefício, na redução de custos e na maximização de benefícios.

Vê-se, portanto, que os processos de integração das pessoas com deficiência, que emergem a partir dos anos de 1960, estão em sintonia com os desenvolvimentos do conceito de capital humano. Isso significa, segundo Costa (2013), que a noção de inclusão, naquele momento, passava pelos esforços de integração pela via da educação e da saúde, no sentido de proporcionar os recursos que se acreditavam necessários para que uma pessoa com deficiência pudesse se integrar na sociedade. Sociedade que era então redefinida em função dos graus de educação e de saúde de seus indivíduos. Assim, deve-se notar que a ideia de indivíduo “normal” significa, do ponto de vista socioeconômico, aquele que possui recursos de conhecimento e de saúde; recursos que podem ser integrados e controlados no campo da produção econômica, tanto no trabalho quanto nas mais variadas formas e possibilidades de integração ao mercado consumidor.

Tal processo fundamentou-se, então, na ideologia da normalização, que representava a necessidade de introduzir a pessoa com deficiência na sociedade, ajudando-a a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana o mais próximo do normal, quanto possível. O princípio da normalização, portanto, deu o apoio filosófico ao movimento da desinstitucionalização, favorecendo tanto o afastamento da pessoa das instituições, como a provisão de programas comunitários planejados para oferecer serviços que se mostrassem necessários para atender a suas necessidades (ARANHA, 2001, p. 15).

Nos anos de 1970, os Estados Unidos avançaram nas pesquisas e teorias de inclusão para proporcionar melhores condições de vida aos mutilados da Guerra do Vietnã. A Educação Inclusiva tem início naquele país via Lei nº 94.142, de 1975, que estabelece a modificação dos currículos e a criação de uma rede de informações entre escolas, bibliotecas, hospitais e clínicas. Em 1978, pela primeira vez, uma emenda à Constituição Brasileira trata do direito da pessoa deficiente: “É assegurada aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica, especialmente mediante educação especial e gratuita” (NOGUEIRA, 2008, p. 11).

Esse vetor da dinâmica social, segundo Costa (2012), influencia as discussões que encontramos nos anos de 1980 e 1990, sobretudo nas teses sobre uma espécie de subconjunto do capital humano, que os teóricos da gestão de conhecimentos chamarão de *capital intelectual*. Capital que é ao mesmo tempo associado aos ativos intangíveis das organizações e aos conhecimentos e competências dos indivíduos. Foucault (2008, p. 316) observa que esse tipo de capital não é como os outros, pois se trata de um “capital que é praticamente indissociável de quem o detém”. E complementa: “a aptidão para trabalhar, a competência, o poder fazer alguma coisa, tudo isso não pode ser separado de quem é competente e pode fazer essa coisa”. Daí a importância de se fazer a gestão não apenas dos indivíduos na condição de recursos humanos, mas também de seus conhecimentos e competências como capital intelectual essencial aos processos produtivos.

Essa dinâmica da integração acaba por se confrontar não apenas com seus limites próprios (o equivocado conceito de “normalização”, por exemplo), mas com a dinâmica da sociedade e da economia, que passa a valorizar não apenas o capital intelectual dos indivíduos, mas também seu *capital social*, que inclui os fatores que caracterizam as relações sociais no mundo contemporâneo. No âmbito das pessoas com deficiência, Aranha (2001, p. 22) afirma que,

de modo geral, passou-se a discutir que as pessoas com deficiência necessitam, sim, de serviços de avaliação e de capacitação, oferecidos no contexto de suas comunidades. Mas também se começou a defender que estas não são as únicas providências necessárias, caso a sociedade deseje manter com essa parcela de seus constituintes uma relação de respeito, de honestidade e de justiça. Cabe também à sociedade se reorganizar de forma a garantir o acesso de todos os cidadãos (inclusive os que têm uma deficiência) a tudo o que a constitui e caracteriza, independente de quão próximos estejam do nível de normalidade. Assim, cabe à sociedade oferecer os serviços que os cidadãos com deficiência necessitam (nas áreas física, psicológica, educacional, social, profissional). Mas lhe cabe, também, garantir-lhes o acesso a tudo de que dispõe, independente do tipo de deficiência e grau de comprometimento apresentado pelo cidadão.

O conceito de capital social tem origem nos anos de 1980 e recebe impulso ao longo dos anos de 1990. Ele significa nova fonte de recursos investidos pelo liberalismo avançado: as relações sociais. Os indivíduos passam a entender que suas relações sociais são fonte de riqueza, e que estar inserido em redes sociais pode significar dispor de recursos para além de suas habilidades e competências individuais. O discurso sobre a inclusão social também reflete essa mudança. É fato que um papel decisivo é desempenhado pelo campo jurídico: o deficiente é um cidadão como qualquer outro. No campo dos direitos, ser cidadão significa “ter acesso” a uma série de coisas garantidas por lei. É nessa direção que se entende que caberá à sociedade se reorganizar de forma a garantir o acesso de todos os cidadãos a tudo o que a constitui e caracteriza, independentemente de quão próximas estejam essas pessoas do que se chama de “normal” (COSTA, 2013).

Segundo Aranha (2001, p. 23), é a partir desse movimento que adentramos um novo paradigma: o paradigma do suporte, que “marcará o direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Os suportes sociais, econômicos, físicos, instrumentais devem então favorecer o que agora se chama de ‘inclusão social’: um processo de ajuste mútuo entre as pessoas com deficiência e a sociedade”.

Ora, esse acesso aos “recursos disponíveis” deve ser lido não apenas na linha de acesso a recursos materiais e serviços, mas também como acesso aos meios imateriais, que se caracterizam, sobretudo, pela produção de um *comum*: marca do pertencimento dos indivíduos ao campo social, por isso diz respeito ao fato de que cada um colabora na construção da sociedade e, portanto, a pessoa com deficiência se insere nesse processo, devendo participar dele. O “ajuste mútuo” entre pessoas com deficiência e sociedade aponta para os sentidos de participação, colaboração e cooperação na construção dos recursos sociais. Assim, ter acesso a recursos é participar simultaneamente de sua elaboração e de seus usos.

Como afirma Aranha (2001, p. 24):

Integração e inclusão possuem o mesmo pressuposto, na medida em que visam desinstitucionalizar o cuidado com as pessoas com deficiência. Mas seus focos são diferentes. A ideia da inclusão social pretende que a pessoa com deficiência possa imediatamente adquirir condições de acesso ao espaço comum da vida em sociedade.

E ainda:

Foi fundamentado nestas ideias que surgiu o [...] denominado Paradigma de Suporte. Este tem se caracterizado pelo pressuposto de que a pessoa com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Para tanto, fez-se necessário identificar o que poderia garantir tais prerrogativas. Foi nesta busca que se buscou a disponibilização de suportes, instrumentos que viabilizam a garantia de que a pessoa com deficiência possa acessar todo e qualquer recurso da comunidade. Os suportes podem ser de diferentes tipos (suporte social, econômico, físico, instrumental) e têm como função favorecer o que se passou a denominar inclusão social, processo de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado (ARANHA, 2001, p. 22).

A rigor, a efetuação da inclusão como “ajuste mútuo”, por meio do provimento de suportes variados, não abre mão, sob os marcos da sociedade de controle, de certo tipo de “normalização”, mas agora pensada como homogeneização das condutas (não só das pessoas com deficiência).

No campo da Saúde, essa lógica opera, principalmente, por meio da planificação econômica e política dos riscos à saúde das populações. Tal planificação é massiva e faz com que, no plano individual, a saúde seja vivida como uma espécie de autovigilância, que controla comportamentos e condutas.

Esse processo está na base daquilo que, contemporaneamente, convencionou-se chamar de biomedicina e, como não poderia deixar de ser, influencia também o imaginário e os movimentos das pessoas com deficiências e de seus familiares, fazendo com que as reivindicações de direitos no campo da Saúde se deem, com alguma frequência, a partir de bioidentidades e/ou de biossocialidades, no âmbito do quadro geral da sociedade de controle ou, mais precisamente, em sua expressão como biomedicina.

Os anos 1990 assistiram uma popularização de investimentos em práticas de inclusão no Brasil; práticas pensadas a partir da noção de diversidade social. Incluir passou a significar admitir a diversidade social e cultural como valor a ser construído. Nesse contexto e em oposição a visões mais estritamente assistencialistas, avança a perspectiva da conquista de direitos (sobretudo no plano formal), em função dos movimentos sociais das chamadas minorias, nos quais se situa a organização de pessoas com cada tipo de deficiência.

Porém, é bom ter em conta que a lógica dominante na defesa da diversidade social, com alguma frequência, tende a reivindicações e lutas particularistas, cujo risco é de encapsulamento em biossocialidades. Nesse sentido, lutas particularistas por direitos podem produzir inclusão excludente, isto é, gerar direitos formais, mas manter os segmentos sociais, ditos minoritários, como alteridades não reconhecíveis e reconhecidas pelo conjunto da sociedade; o que reforça a tendência ao fechamento e enfraquece a circulação e a hibridação social das diferenças, uma vez que a vida como diferença não se reduz a soma ou conjugação identitária de indivíduos, segmentos e/ou situações sociais, ao contrário, precisa da intersecção e da trama de afetos que estes produzem quando se relacionam efetivamente.

No plano da sociedade de controle estamos, de novo, na fronteira, no tensionamento entre o que chamamos anteriormente de biopoder e biopotência, pois

[...] apesar do caráter segmentado e, às vezes, particularista que recobre as demandas bioidentitárias, tornando-as alvos das estratégias do biopoder, a proliferação da ideia de inclusão trouxe à luz e ao debate as demandas das pessoas com deficiências, ativando, simultaneamente, a alteridade também na direção de outro destino (biopotência), fazendo avançar contra-condutas em relação ao domínio do biopoder. Entre outros fatores, pela problematização da própria noção de inclusão, no enfrentamento de privações e de estigmas e, no campo da saúde, por meio da busca por equidade nos cuidados. Trabalhar pela equidade em saúde significa, entre outras coisas, acolher especificidades e diferenças, tratando-as como tal, o que é condição de possibilidade para gerar cuidados qualificados à saúde e igualdade social. Por isso mesmo, é sempre bom lembrar que diferença não se confunde com desigualdade (SOUZA, 2014, p. 142).

Significa dizer que, na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, é absolutamente necessário construir e manter dispositivos de cuidado e de gestão capazes de problematizar, simultaneamente de maneira intensa e extensa, os modos de acolher e pensar as condições concretas e as demandas das pessoas com deficiência, mantendo-as em análise no âmbito da própria Rede e, mais amplamente, no âmbito do SUS e da dinâmica social.

Em outras palavras, se no interior da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência as questões conceituais, técnicas e ético-políticas precisam ser consideradas e permanecer em debate continuamente, a complexidade social que recobre a problemática das deficiências exigirá também um renitente esforço para agir, de fato, em rede: trabalho na lateralidade e na transversalidade, tanto com os Movimentos Sociais, a Educação, a Assistência Social, a Ciência e Tecnologia etc. quanto com as outras Redes de Saúde do SUS, investindo em todos os níveis de efetuação da gestão e do cuidado em saúde, da elaboração dos projetos terapêuticos singulares à estruturação das linhas de cuidados, por meio da interação entre os pontos de atenção e os componentes da atenção à saúde (Atenção Básica; Atenção Especializada; Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência).

Ao inaugurar uma nova e estruturante agenda para o SUS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência confere visibilidade e coloca no debate das políticas públicas as questões de saúde das pessoas com deficiências, respondendo pela conquista de direitos e suprimindo uma lacuna histórica no acesso à saúde desses grupos populacionais.

Isso acontece porque a construção e a implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS está em curso por meio de várias ações e estratégias da Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS: – conversação com estados, municípios, movimentos sociais e entidades ligadas às pessoas com deficiência para efetuação da política; – formulação do desenho da rede, das linhas de cuidado e das diretrizes de atenção, sob os princípios e definições das redes de saúde do SUS, e em diálogo com os entes federados (estados e municípios), movimentos e entidades da sociedade civil; – definição e elaboração das formas e das regras para o financiamento da rede; – elaboração de marcos conceituais, a partir de pesquisas realizadas por consultores da Coordenação-Geral, em âmbito teórico e também por meio de reuniões com gestores (MS, estados e municípios), profissionais e pesquisadores de saúde, como também com membros de movimentos sociais das pessoas com deficiência.

Como em todas as redes do SUS, a pactuação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência faz-se com as regiões de saúde e estados brasileiros. A peculiaridade, no entanto, está no fato de que essa Rede é uma agenda nova, sobretudo como eixo estruturante do SUS, uma vez que historicamente as ações de saúde para as pessoas com deficiência estiveram a cargo, principalmente, de entidades filantrópicas e/ou de iniciativas pontuais de governos, específicas para determinadas modalidades de deficiência.

Esse contexto desenhou necessidades e processos de pactuação próprios e inéditos, colocando em diálogo interesses, concepções, perspectivas e culturas institucionais bastante variadas, que pedem um reiterado exercício de acolhimento das diferenças e de construção (a partir dos princípios do SUS e das definições do Ministério da Saúde) de um *comum*, que funcione como plano de consistência para sustentar a rede e seu funcionamento.

É nesse contexto que outro grande desafio se coloca: a criação dos modos pelos quais os cuidados vão ser instituídos, seja na interlocução com os usuários, profissionais e gestores nos territórios, seja na formação dos profissionais para a lógica da política e na elaboração das linhas de cuidado. Desafio de manter a disponibilidade à alteridade e à escuta a práticas capazes de ativar e de amplificar a biopotência na Rede.

Naturalmente, tal disponibilidade à alteridade depende de condições formalizadas, mas também dos afetos, da abertura à capacidade de afetar e ser afetado pelo outro. Depende, portanto, do campo vivo de interações entre sujeitos, grupos e segmentos sociais.

Aliás, a construção do SUS, há várias décadas, também se faz como jogo de forças e de tensões entre os planos formal e afetivo, e também entre as diferentes forças materiais e imateriais que, respectivamente, modulam o biopoder e a biopotência. Lembrando que, na configuração das sociedades contemporâneas, há predomínio do biopoder sobre a biopotência e, por consequência, há necessidade de resistir e de inventar alternativas de liberdade e de saúde em face dele. O jogo no SUS mantém essa resistência, às vezes com mais vigor, outras vezes com menos..., e faz isso,

pela reiteração de princípios de alteridade na produção e nos cuidados à saúde, e pela criação de dispositivos para favorecer contracondutas em relação àquele predomínio. O movimento do SUS, não por acaso e em meio a disputas no campo da saúde, mantém como princípios, que continuam valendo a pena defender: o caráter universal do sistema, perseguindo o acesso qualificado à saúde para todos; a vida como produção social na alteridade; a equidade como estratégia para acolher diferenças e enfrentar desigualdades no acesso e na assistência; e a integralidade, não apenas na condição de boas práticas de saúde, menos fragmentárias e protocolares, mas também como transversalidade entre níveis, serviços e profissionais de saúde, e, sobretudo, como escuta ao outro, por meio da qual a construção do cuidado se faz nas relações, nas conversações entre sujeitos (usuários, profissionais, gestores) (SOUZA, 2014, p. 147-148).

Se for assim, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência se junta ao movimento mais geral do SUS, em defesa da vida e da saúde. Trata-se, portanto, de integrar e de fortalecer “o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

No âmbito do SUS e, nele, da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, o campo problemático da inclusão precisa estar sustentado no plano das relações, dos afetos, na capacidade de afetar e ser afetado pelo outro para, a partir daí, se valer dos conhecimentos técnico-científicos e dos equipamentos tecnológicos. As relações constituem os termos, como dizia David Hume. Caso a inclusão esteja ancorada apenas no campo formal dos direitos e nos conhecimentos especializados, um efeito possível será o do descompromisso da sociedade, uma vez que as letras da lei e da ciência podem ser lidas como condição suficiente e não como passos necessários, apenas.

Diferente disso e para concluir,

a dimensão da relação cotidiana com os deficientes faz apelo a um olhar mais amplo do que o da legalidade, ela requer um movimento de implicação verdadeira, de apropriação da dimensão de diferença representada pela pessoa com deficiência. Essa diferença não significa incluir alguém como “menos”, mas como alteridade. É preciso então desvelar essa diferença, pensá-la como potência de vida [e como *defesa da vida*, na exata medida da formulação incorporada pelo SUS]²⁰. Esse movimento de implicação não se confunde com as iniciativas de “comoção” dos indivíduos frente às pessoas com deficiência. É preciso pensá-lo na linha da produção da vida e não de sua comiseração (COSTA, 2014, p. 102-103).

■ Referências

ARANHA, M. S. F. Deficiência através da história: integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 63-70, 1995. Sociedade Brasileira de Psicologia.

_____. Paradigma da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, [S.l.], ano 11, n. 21, mar. 2001, p. 160-173.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005, p. 389-394.

COSTA, R. A Biopolítica nos estudos sobre pessoas com deficiência. In: SOUZA, L. A. et al. (Org.). **Diálogos (Bio) Políticos: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; SAS/DAPES, 2013.

COSTA, R. Economia do conhecimento, neoliberalismo e colaboração em rede. In: OLIVEIRA, I. L.; MARCHIORI, M. (Org.). **Redes sociais, comunicação e organizações**. São Paulo: Difusão Editora, 2012.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34 Letras, 1992.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O Nascimento da biopolítica**. Martins Fontes: São Paulo, 2008.

GOFFMAN, E. **Asylums**. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company, 1962.

NEGRI, A. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NOGUEIRA, C. M. **A História da Deficiência: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil**. 2008. 14 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades e Centro de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (Resolução A/61/611)**. Nova Iorque, EUA, [s.n.], 2006.

²⁰ Acréscimo meu.

PELBART, P. P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

SOUZA, L. A. P. O outro do outro: biopotência da diferença na saúde das pessoas com deficiência. In: SOUZA, L. A. et al. (Org.). **Diálogos (Bio) Políticos**: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; SAS/DAPES, 2014.

Sobre a pactuação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: uma narrativa da experiência

Luiz Augusto de Paula Souza²¹

Introdução

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência está em implementação há pouco mais de dois anos, foi definida formalmente no dia 24 de abril de 2012, por meio da publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n° 793. Este capítulo conta parte da história dessa recente construção, mais especificamente apresenta o processo de negociação e de construção dos planos estaduais e regionais para implantação da Rede.

A narrativa que se lerá a seguir é fruto de pesquisa²², cujo desenho se instituiu pela criação de condições para entrar em contato com pulsações desse processo de pactuação, tal como está sendo experimentado, pensado e compreendido pela Coordenação-Geral da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS/MS.

A produção, com atores da referida Coordenação, de uma narratividade sobre uma face do processo de construção dessa nova rede prioritária de saúde do SUS, foi elaborada por meio de um exercício cartográfico, sobretudo se considerar, com Barros e Kastrup (2010, p. 58), que

[...] o cartógrafo se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não apenas porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas e serem representadas ou de informações a serem coletadas.

Nesse sentido, a efetuação desse exercício cartográfico com a Coordenação-Geral (coordenador e consultores que participam da pactuação da rede nos territórios) se deu como *processo de processo*, ou seja, como *processo de conversação* e de elaboração textual sobre um outro: o *processo de pactuação* para implementação de sua Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no Brasil.

Trata-se, então, de um texto que condensa diálogos, pontuações e relatos sobre o desenho móvel da experiência de gestão do processo de pactuação da Rede pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS/MS, em suas variações nas falas dos sujeitos; variações que vieram à tona nas percepções e nas explicações sobre a lógica e os efeitos da pactuação da nova Rede. Por isso, o presente texto não é teórico, ao contrário, caracteriza-se como a narrativa de uma história, contada na simultaneidade da própria experiência da Coordenação com estados e municípios.

²¹ Doutor em Psicologia e professor titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP.

²² Trata-se do Projeto de Pesquisa "Ações Estratégicas para o Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS" (Carta Acordo BR/LOA/1200057.001, firmado entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, DAPES/SAS/MS e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - Cepesc/UERJ), especificamente em seu eixo "Memória/Cartografia de Áreas Técnicas do DAPES/MS".

Para franquear a entrada nessa história e em suas circunstâncias, vale lembrar que, por princípio e na prática, a gestão do SUS é interfederativa, ou seja, é pensada, decidida e realizada conjuntamente pela União, estados e municípios, com prerrogativas e atribuições específicas para cada um dos níveis de governo.

Em nosso caso, isso significa que a decisão política do Ministério da Saúde em criar uma nova rede de saúde no SUS só se torna efetiva se os estados e os municípios concordarem e pactuarem as condições de criação e de operacionalização da rede nos territórios de saúde. Uma vez definida em nível das Comissões Intergestoras bi e tripartite do SUS, que envolvem o Ministério da Saúde e, respectivamente, os secretários de saúde estaduais e municipais do Brasil, a rede tem que ser pactuada e desenhada segundo as características e condições estaduais, regionais e locais de saúde.

É este último processo de pactuação que estará em questão aqui, com tudo que isso implica: características singulares propostas para Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência; dinâmicas e processos de trabalho internos ao Ministério de Saúde; relações com os estados e regiões de saúde, num País tão amplo e diverso como o nosso; participação e apoio dos movimentos sociais, profissionais de saúde e especialistas no processo; etc. Então, passemos à história. Tomara que consiga contá-la de modo a deixar ver a relevância do que está em jogo, bem como a disponibilidade, o compromisso e a intensidade do trabalho da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES na condução e na gestão da implantação da nova Rede no Brasil.

Uma narrativa

As rotinas²³ na Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência²⁴ são intensas, todos estão permanentemente envolvidos com várias demandas: equipe pequena, trabalho massivo, muitas agendas internas e externas, simultâneas e em várias cidades do País. Reitero essa percepção toda vez que chego para uma reunião ou atividade.

Em nossas conversas, entrecortadas pela fremeira do trabalho, me dizem que, a partir da decisão do Ministério da Saúde em construir uma política integral e integradora para saúde da pessoa com deficiência (como eixo estruturante do SUS), o trabalho na Coordenação-Geral, certamente, ganhou um volume inédito. Esse acontecimento teria dois lados: motivo de alegria, pela relevância social da política que estão ajudando a construir, na condição de Rede Prioritária de Saúde e estruturante no SUS, e pelo reconhecimento, do atual governo brasileiro, em relação à necessidade de corrigir uma lacuna no SUS, relativa aos direitos e à saúde das pessoas com deficiência. O outro lado é que a quantidade de trabalho, muitas vezes, é assoladora em face de uma equipe bastante reduzida de trabalhadores na Coordenação-Geral.

²³ As atividades de rotina da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência são muitas, entre várias outras: visitas técnicas; monitoramento do Ministério da Saúde e da Casa Civil; Análise de projetos e propostas de habilitação de serviços; confecção de documentos e portarias; reuniões técnicas com grupos de trabalho, com movimentos sociais, com outros ministérios e com a Coordenação do Plano Viver Sem Limite; viagens para representação; participação em eventos e apoio aos Grupos Condutores nos estados; reuniões de trabalho da equipe e com outras Áreas e Direção do DAPES; alimentação e verificação de vários sistemas de informação do Ministério da Saúde; elaboração e/ou coordenação das publicações da área; elaboração e/ou coordenação de projetos com universidades e centros de pesquisa; atendimento e prestação de informações ao Ministério da Saúde, à Presidência, a outros ministérios, bem como à Tripartite e aos Conselhos de Saúde e da Pessoa com Deficiência, às gestões municipais e estaduais e às universidades e movimentos sociais.

²⁴ A Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência foi formalmente instituída no segundo semestre de 2013, com a reformulação administrativa da SAS. Antes disso, era chamada Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A definição, a construção formal/normativa e a implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência efetua-se em diversas frentes de trabalho: internas à Coordenação; junto a outras instâncias do Ministério da Saúde; com vários outros ministérios e também com estados e municípios, como veremos a seguir. Quem traça um panorama desse mosaico de dimensões e questões implicadas na viabilização da Rede é a Coordenadora da referida Coordenação, Vera Mendes.

A coordenadora, quando indagada sobre o processo de pactuação da Rede, pontua que, para compreender o curso da pactuação, é preciso conhecer as razões e os modos pelos quais a Rede foi definida e pensada, também o contexto ético-político do qual emerge. Vera Mendes diz que essas dimensões desenham uma espécie de “campo de operações”, oferecendo sentido à Rede e compreensão sobre seu processo de construção. Nesse sentido, será preciso voltar um pouco no tempo, para encontrar os fios que dão acesso ao tecido da Rede, tal como experimentada pelos atores da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A formulação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência é uma agenda que começa antes mesmo da decisão do Ministério da Saúde em criá-la. Tal formulação começa a ganhar contornos a partir do envolvimento de mais de 15 pastas ministeriais (cf. em <www.portaldasaude.gov.br>), que iniciam um processo de discussão disparado pela decisão da presidenta Dilma Roussef de lançar um grande Plano Nacional para Pessoa com Deficiência.

A presidenta reconhece que a situação da pessoa com deficiência tem uma série de problemas e lacunas importantes, causadas e mantidas também pela falta de políticas públicas capazes de fazer avançar esse campo e de enfrentar suas problemáticas. A presidência enxerga a necessidade e estabelece o esforço para instituir um plano de ação, nomeado posteriormente de “Viver sem Limites: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência”, para o qual foram convocados, inicialmente, 15 ministérios e, depois, outros se agregaram ao trabalho. Atualmente, são 19 ministérios envolvidos no Plano.

No começo, ali pelo final do primeiro semestre de 2011, houve um denso debate para traçar um quadro geral de referência, identificando os principais problemas e lacunas da ação governamental para as pessoas com deficiência. A partir daí, foram definidos quatro grandes eixos prioritários: inclusão, acessibilidade, acesso à educação e atenção à saúde, em torno dos quais os vários ministérios têm ações em colaboração, parcerias e formas mais extensivas ou menos extensivas de participação no Plano.

Esses eixos são, de fato, grandes campos de questões para as pessoas com deficiência, uma vez que incidem diretamente nas condições de pertença e circulação social, bem como na conquista e no exercício da cidadania. O Ministério da Saúde participa efetivamente de várias ações e projetos, em colaboração com outros ministérios, mas o volume de ações e a abrangência do Plano exige, naturalmente, governabilidade, por isso foi necessário criar instâncias de gestão e de pactuação para que fosse possível operacionalizá-lo.

O eixo de atenção à saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, e a coordenação dessa agenda é da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Segundo Vera Mendes, o Ministério da Saúde foi muito sensível em face da convocatória da Presidência da República. Ela explica que o Ministério poderia ter gerado um conjunto de ações importantes em âmbito emergencial e incremental, mas que não fossem estruturantes.

Em outras palavras, um Plano Nacional tem começo, meio e fim, com ações circunscritas a um conjunto de objetivos e metas específicas, ao cabo das quais a missão está, ao menos formalmente, encerrada. Tanto é assim que o Plano Viver Sem Limite vai de 2011 a 2014. No entanto, diz Vera Mendes, “a saúde (também outros ministérios) foi sensível à demanda e resolveu instituir uma política estruturante no SUS para pessoa com deficiência, criando a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.”

Logo de saída, no lançamento do Plano Viver Sem Limite, o então Ministro Alexandre Padilha instituiu, na presença de Entidades da Pessoa com Deficiência de várias partes do País, um *Comitê Nacional de Apoio e Assessoramento das Ações da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*, que conta com representantes dos “Centros de Excelência” que, ao longo dos anos, desenvolveram *expertise* para cuidar e reabilitar as pessoas com deficiência.

A Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, por seu lado, debateu e deliberou todas as dimensões e ações da Rede com movimentos sociais das pessoas com deficiência no Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência. O Comitê Nacional de Apoio e Assessoramento Nacional é também um dos dispositivos que trazem a sociedade civil ao debate e à formulação das normativas, bem como ao processo de implementação da Rede, nesse caso em termos técnico-científicos.

Tal Comitê é permanente, no início ajudou a pensar a própria Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Atualmente, com a implementação da Rede em curso (quase duas centenas de Centros de Reabilitação habilitados), ele está trabalhando com a Coordenaria-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência em três frentes: – Pesquisa (estudos clínicos, terapêuticos e de tecnologia assistiva, por exemplo); – Capacitação (qualificar os recursos humanos dos serviços habilitados e criados na Rede); – Definição de Padrões de Qualidade (unificação de parâmetros mínimos para acolher, avaliar e cuidar, sem impedir abordagens e estilos diversos, mas orientadas pelo campo comum de referências da Rede).

Sendo assim, a ideia de criar a Rede vem acompanhada da lógica do Ministério da Saúde no atual governo: ampliar o acesso à saúde, com qualidade e com participação da sociedade e dos outros níveis de governo. Para a equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, a qualidade do SUS está realmente em questão nesse governo, uma vez que o esforço de criar e qualificar as redes de saúde é evidente, inclusive pelo estabelecimento de prioridades, redes prioritárias. O entendimento que vem à tona é o de que, para atingir o objetivo de ampliar o acesso ou direito à saúde com qualidade na ponta (nos territórios), é necessária, entre outras coisas, uma *lógica em rede* para pensar a atenção à saúde.

Embora não seja o caso de avançar aqui uma reflexão conceitual sobre a questão das redes em geral e das redes de saúde, em particular, vale pontuar que a construção de redes de saúde não é tarefa simples, ao contrário, mais do que articular, formal e tecnicamente, serviços e profissionais de saúde, o trabalho em rede precisa promover e qualificar os encontros, tornando-os efetivamente produtivos, capazes de criar coletivos: hibridação de saberes e de experiências; invenção de tecnologias relacionais e afetivas; apropriação crítica de conhecimentos científicos, técnicos e de gestão etc. Produção coletiva por excelência e condição de possibilidade para se colocar em condições de interpretar a complexidade das

condições sanitárias e sociais concretas dos processos de saúde/doença, bem como para inventar soluções aos problemas de saúde da população.

[...] Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território. [...] Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. [...] A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2009, p. 4).

A ideia de rede heterogênea, tal como proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), é um grande desafio, mas, apesar de limitações dadas, por exemplo, pela cultura institucional, aparece numa espécie de devir, cujo engendramento é ou pode ser favorecido também pela decisão do Ministério da Saúde em construir uma lógica de redes para os processos de cuidado em saúde do SUS. Não por acaso, todas as áreas do Ministério da Saúde sofreram, nos últimos anos, reestruturações em suas políticas, normativas e estratégias de trabalho em busca da criação de condições para a emergência de uma cultura de trabalho em rede na saúde.

Em função da natureza e da estrutura do SUS, como mencionado anteriormente, as mudanças e novas proposições (todas elas) são debatidas, deliberadas e pactuadas de modo interfederativo na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e nos dispositivos de negociação das diversas redes de saúde. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência nasce sob o signo da busca pelo trabalho em rede, com todos os desafios que essa empreitada implica e cuja construção está apenas no início.

Quando aconteceu a decisão de criar a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, todo o Ministério da Saúde já estava tentando construir uma lógica de redes na atenção à saúde e identificando “nós críticos” em termos de atenção à saúde, a partir dos quais foram geradas as redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Combate ao *Crack*; Rede de Doenças Crônicas; e, posteriormente, Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Essa movimentação do Ministério da Saúde é sentida pela equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência como importante e com muitas implicações, em todas as áreas e não apenas nas redes prioritárias. Pensar em rede, por exemplo, pediu a revisão das normativas que apenas permitiam habilitação de serviços por corte populacional, pois no País a maioria dos municípios tem baixa densidade populacional, o que inviabilizava que serviços especializados e até programas importantes da Atenção Básica, como o Nasf, fossem implementados em muitas cidades.

A perspectiva que se abre é a das regiões de saúde estruturarem suas redes de cuidado a partir das necessidades locais. Além disso, o esforço das políticas, que as áreas do DAPES/SAS/MS estão construindo, opera a indução das redes de saúde por meio das ferramentas, digamos assim, mais tradicionais: indução econômica e normativa, mas também pelo apoio nos territórios, considerando e buscando fomentar a transversalidade entre os componentes da atenção à saúde; e a articulação e o diálogo entre os pontos de atenção, a partir das condições concretas dos saberes e práticas dos serviços de saúde, bem como e principalmente em função das formas de vida e da situação de saúde das pessoas e das comunidades nos territórios.

Tal lógica, embora corresponda a um reiterado desafio, tem ampliado o acesso da população ao SUS, mas também franqueia oportunidades para sua qualificação porque, entre outras coisas, permite levar tecnologias (inclusive as relacionais, as de gestão democrática e as de cuidado) e agregar novos pontos de atenção às redes. No caso da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, trata-se de pontos de atenção que podem dar apoio matricial à Atenção Básica, construindo respostas mais efetivas aos problemas de saúde da população, em particular no campo da reabilitação, porque regionaliza esses serviços, historicamente concentrados nas capitais ou regiões metropolitanas.

Mas voltemos às especificidades da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Nela, é preciso atentar para o fato de que as demais redes prioritárias tinham sido debatidas e definidas no processo de planejamento interno do Ministério da Saúde desde o início do atual governo. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência vem depois, porque estava em processo de discussão no âmbito do Plano “Viver Sem Limite”, lançado pela Presidência da República no final do primeiro ano de governo, em 17 de novembro de 2011. Isso é um aspecto importante a ser considerado, na medida em que não estava prevista em importantes instrumentos de planejamento e gestão (PPA, PLOA, entre outros), sendo necessário realizar adaptações e inclusões de metas e indicadores dessa Rede nos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde.

Durante o segundo semestre de 2011, o trabalho foi o de formular as ações do eixo da saúde do Plano Viver Sem Limite; realizar estudo diagnóstico do campo; e elaborar proposta capaz de equacionar os diversos problemas de acesso e a excessiva fragmentação dos serviços por modalidade de reabilitação. Além disso, buscou-se enfrentar a insuficiência de dados epidemiológicos e sistemas de informação, bem como a falta de parâmetros técnicos e normativos estruturados, uma vez que nunca houve política pública de saúde para as pessoas com deficiência no SUS.

Um exemplo claríssimo dessa necessidade de (re)estruturação se deu durante a pactuação das portarias da nova rede na Comissão Intergestora Tripartite (CIT): percepção do quanto eram frágeis as portarias anteriores, que apenas habilitavam serviços existentes, com investimentos insuficientes e pensados de forma isolada para cada tipo de deficiência.

Sem lógica de rede, a habilitação dos serviços especializados de reabilitação se dava sem articulação com a atenção básica e a atenção hospitalar. Isso só podia gerar, como de fato gerou, atendimento fragmentário e com baixíssima capacidade de conexão, de acompanhamento, de resolubilidade. Nesse “caldo” de cultura, predominavam as insatisfações e a sensação de extrema dificuldade de organização no campo da atenção em saúde às pessoas com deficiência.

Mais do que isso, as perspectivas do SUS, de equidade, integralidade e cuidado em rede ficavam prejudicadas, se é que existiam. O trabalho dos serviços especializados, habilitados até então em cada deficiência, não conseguiam se integrar aos demais componentes e pontos de atenção da Rede SUS e, por consequência, não se inseriam em uma linha de cuidado.

O que se busca com a nova rede é exatamente o oposto: promoção à saúde; identificação precoce das deficiências; prevenção de perdas funcionais; diagnóstico diferencial; oferta de tecnologias assistivas; reabilitação; e acompanhamento das pessoas com deficiência, familiares e cuidadores. Tais ações devem configurar uma linha de cuidados integral à saúde. Para isso, é fundamental que essa agenda seja transversal a todos os pontos de assistência da Rede SUS.

O resultado concreto do estado de coisas anterior à Rede configurou, entre outras coisas, as seguintes consequências: a grande maioria dos municípios não consegue sustentar uma assistência à saúde, minimamente, consistente e resolutive. Além disso, os serviços existentes e mais estruturados, geralmente, estão localizados nas capitais e concentrados no Sudeste e no Sul do País. O Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste possuem enormes vazios assistenciais.

Daí a prioridade colocada na política em estruturar a rede nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País. Vários indicadores foram trabalhados para garantir a estruturação da política pública, em especial, para essas regiões sem ou quase sem serviços de referência para a reabilitação. Tratou-se de um enorme esforço, pois mesmo agora, depois de publicadas as normativas da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, os estados mais estruturados e que, historicamente, estão em condições socio sanitárias melhores, naturalmente têm maior capacidade técnica para captação dos recursos federais e para estruturar os serviços.

Significa dizer que os estados e os municípios com indicadores econômicos e sociais menos robustos têm menor capacidade técnica para fazer com agilidade a estruturação da rede. Daí a necessidade da produção de políticas públicas capazes de produzir equidade, até porque, como a política é democrática e aberta a todos, se não houver mecanismos de proteção, por meio de prioridades, metas (e outros dispositivos distributivos) e de disseminação da política pelo País, seria reforçada a desigualdade, mantidas as condições pelas quais as regiões com mais estrutura e recursos obtêm vantagem comparativa, o que apenas reiteraria uma das faces perversas de certas problemáticas da saúde no Brasil.

Partindo de indicadores epidemiológicos e também econômicos e sociais, a nova rede, além de ofertar uma política de saúde estruturante para todo País, rompe com uma ideia relativamente disseminada sobre a “rede” de saúde: soma dos equipamentos de saúde de uma dada região. Diferentemente, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência inclui, pela primeira vez, uma lógica na qual o sentido de rede é dado pela ideia do cuidado integral à saúde: rede temática, regulada, com componentes definidos e conectados entre si (atenção básica, atenção especializada e hospitalar).

A formulação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na lógica de Redes de Atenção à Saúde exige que diferentes áreas do Ministério da Saúde trabalhem juntas, promovam encontros. Vários Grupos de Trabalho foram instituídos para debater e produzir sinergia entre suas ações; está claro para o Ministério e para os movimentos sociais da saúde que a qualidade e a integralidade do cuidado na ponta dependem também de políticas formuladas de modo integrado e integrador.

A qualificação e a humanização do parto e do cuidado ao recém-nascido, que correspondem às ações e metas da Rede Cegonha e da Saúde da Criança, sem sombra de dúvida, significam importante dispositivo na prevenção de deficiências e outros transtornos no desenvolvimento infantil, gerados pela falta ou a inadequada assistência no momento do parto.

Uma das metas da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência é qualificar a triagem neonatal no País, para que se tenha a possibilidade de identificação precoce de deficiências. Embora faça parte das metas descritas no planejamento do Viver Sem Limite e da Rede de Cuidados Saúde da Pessoa com Deficiência, tal agenda não é realizada apenas aí. A Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência discute, formula e elabora as diretrizes e normativas dessas ações de modo conjunto com a Rede Cegonha (DAPES), a Saúde da Criança (DAPES), e a Coordenação do Sangue e Hemoderivados (DAE).

A Atenção Básica também é essencial nessa agenda, uma vez que parte das ações da triagem neonatal são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, que também são estratégicas na busca ativa das crianças para a realização da triagem, do reteste, do encaminhamento para confirmação do diagnóstico e, quando necessário, do tratamento. “Construímos, conjuntamente, linhas de cuidado, fluxos assistenciais, sistemas de informação, mecanismos de monitoramento, buscando tornar possível identificar e agir em tempo oportuno”, diz Vera Mendes.

As ações conjuntas com a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP) permitiram incluir, na reformulação das portarias da atenção hospitalar, formas de enfrentamento de um dos maiores problemas atuais em termos de causa de deficiências: traumas causados por acidentes de trânsito, sobretudo acidentes de moto. Dada a importância de iniciar o processo de reabilitação logo após o momento do trauma, as portarias da atenção hospitalar, além de criarem mecanismos de financiamento diferenciados para os leitos de longa permanência, incorporaram a eles a exigência de equipes mínimas e salas de reabilitação.

Outro agravo crescente no Brasil são os acidentes vasculares cerebrais (AVCs), que podem gerar sequelas a serem trabalhadas pelo campo da reabilitação. Aqui há mais um exemplo de trabalho colaborativo entre as áreas: Pessoa com Deficiência, CGHOSP, CGMAC (Coordenação de Média e Alta complexidade), Coordenação de Doenças Crônicas e Atenção Básica. Essas áreas produziram estratégias e diretrizes integradas para cuidar desse agravo e de suas sequelas.

A Construção de uma Política Nacional de Doenças Raras, coordenada pela CGMAC, com a participação também da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, é ainda outro exemplo para demonstrar o valor da experiência do Ministério da Saúde em apostar na lógica de redes no SUS. Essas e outras iniciativas têm provocado ou favorecido, nos próprios atores do Ministério da Saúde, mentalidade e ação em rede, ativando um amplo movimento de conversação e de trabalho colaborativo entre suas áreas.

Vale dizer que, nessa e em outras agendas, embora existam rumos definidos e avanços importantes, há carências e desafios igualmente relevantes a serem enfrentados: na formação profissional; na infraestrutura e em termos de sistemas de informação/notificação e acompanhamento para o apoio e o matriciamento da assistência propriamente dita.

Em que pesem esses problemas, o foco aqui se volta às transformações na lógica da feitura e na gestão das políticas públicas de saúde, e de seu funcionamento em rede, na condição de vetor ético-político às ações do Ministério da Saúde, em direção à construção do acesso qualificado ao SUS, à construção de respostas aos problemas apontados anteriormente.

Enfim, agir em rede também permite, na análise de Vera Mendes, compreender e ter maior clareza sobre a interdependência das várias áreas do Ministério, abrindo espaço para que se estruture uma trama de apoios entre elas, com maior ou menor intensidade em certas interlocuções, mas cuja trama envolve todas as áreas.

A equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência enfatiza essa nova condição, uma vez que, segundo eles, a área tinha pouca visibilidade no próprio Ministério da Saúde e no SUS. A decisão política da agenda da pessoa com deficiência passar a ser prioritária, associada ao gradativo desenvolvimento do trabalho em rede, transforma esse cenário de modo radical. Senão vejamos.

Essa mudança começa no engendramento do Plano Viver sem Limite e chega a definição e a pactuação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e de suas metas em nível do Ministério da Saúde, também na produção das portarias que normatizam a Rede, não como mera burocracia legal, mas como efeito e materialização da decisão política e do debate público. Ou seja, as portarias oferecem parâmetros concretos de ação em rede, pois criam contornos conceituais, metodológicos e ético-políticos à pactuação e à implementação, no País inteiro, dessa nova rede prioritária de saúde.

Apesar da relevância dessas conquistas, parece claro que este é apenas o início de um processo, e que há, como já mencionado, insuficiências e problemas a enfrentar, no Ministério e em várias condições do SUS pelo País: infraestrutura num país continental como Brasil; diversidade e qualificação da gestão local do SUS; subfinanciamento do sistema; articulação intersetorial ainda insuficiente etc.

De resto, a equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência celebra o fato de que a configuração conceitual, metodológica e normativa da rede, embora representem apenas os primeiros passos, se oferece como alternativa a uma cultura absolutamente fragmentária e isolacionista na concepção das deficiências e na forma de abordá-la na atenção à saúde.

A cultura da fragmentação é muito acirrada no campo das deficiências, ainda bastante fechado na especificidade de cada uma das modalidades de reabilitação (intelectual, física, auditiva, visual). Até o advento da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, toda organização era dada pela exclusividade da atenção a cada deficiência em particular, sem que houvesse muitas interações produtivas entre elas; sem que se pensasse a pessoa com deficiência (não a deficiência nela mesma).

Tratava-se, então, de integrar as diferenças, não para negar especificidades técnicas, mas para afirmar o cuidado integral à saúde das pessoas, grupos e populações; para afirmar a lógica de trabalho em rede na saúde.

Vale lembrar que, nesse sentido, a Atenção Básica é uma dimensão estratégica na nova rede, é essencial ao movimento de ruptura com as visões e práticas assistenciais fragmentárias, entre outras coisas, porque recebe, acolhe e deve cuidar da pessoa com deficiência (independentemente da deficiência) como pessoa, cidadão, usuário do SUS. Ela está mais próxima à população, pode identificar e encaminhar as pessoas com deficiência, mas também tem ações de reabilitação que lhe são próprias, por isso colaborará com a redução e a superação da invisibilidade das problemáticas de saúde da pessoa com deficiência no SUS.

Para concluir esse rápido sobrevoo no engendramento da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, Vera Mendes, arremata:

o caráter transversal e a corresponsabilidade em relação às práticas e às frentes das políticas de saúde não significam dispersão ou falta de coordenação das agendas, ao contrário, elas estão sob responsabilidade e são coordenadas pelas respectivas áreas, mas o trabalho é compartilhado, o que, naturalmente, exige a reestruturação de formas e estratégias de gestão, bem como reorganização do processo de trabalho. Tais movimentos são contínuos e respondem à dinamicidade e aos muitos acontecimentos e situações (políticas, sanitárias etc.), que perfazem a rotina das atividades no Ministério da Saúde. (Narrativa, Coordenadora Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência, 2014)

Uma vez desenhado esse campo de operações, é importante lembrar que a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (assim como quaisquer outras Redes do Ministério da Saúde) é dada pelo trabalho vivo de trabalhadores de saúde, gestores e usuários, também pelo conjunto de componentes e pontos de atenção, e por suas normas de funcionamento e de financiamento.

As formas de financiamento da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência contemplam um novo e expressivo volume de recursos para capacitação, equipamentos, custeio, construção, ampliações e/ou reformas dos serviços habilitados.

No entanto, esses recursos são repassados de forma condicionada à organização, pactuação e elaboração de Planos de Ação das Regiões de Saúde; à sua consolidação em nível dos Grupos Condutores estaduais (os Grupos Condutores serão mais bem explicados adiante); e à aprovação pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, há também um movimento importante de debate com os estados e os municípios, que precisam realizar diagnóstico de suas condições e necessidades, a partir do qual elaboram plano de ação, como primeira condição de inserção na Rede, tendo que cumprir os princípios, as diretrizes e as normas técnicas previstas nas portarias, em instrutivos, diretrizes clínicas, manuais de ambiência etc.

O escopo das ações de pactuação da Rede nos estados e municípios funciona da seguinte forma: as regiões de saúde, com o apoio da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, fazem seu diagnóstico e Plano de Ação, e o enviam aos Grupos Condutores de cada estado. Estes analisam e articulam os Planos, construindo o Plano de Ação estadual, na condição de um arranjo, de uma composição dos Planos das Regiões de Saúde.

À medida que os Planos Regionais e/ou Estaduais (dependendo do processo e capacidade de cada estado) são aprovados pelas grupos condutores e enviados ao Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência é responsável pela análise técnica, aprovação e/ou solicitação dos ajustes necessários. A partir daí, os Planos começam a ser operacionalizados, por meio da habilitação dos serviços existentes; construção de novos; processo de capacitação e/ou formação dos profissionais; repasse dos recursos de custeio etc.

Voltemos aos Grupos Condutores. Eles são dispositivos criados para discutir, validar e integrar os Planos de Ação das Regiões de Saúde. Cada estado possui um Grupo Conductor com representações dos municípios, do estado e do Ministério da Saúde; este último por meio das referências técnicas da equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como dos apoiadores das Redes nos Territórios.

Como a equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência é pequena, a estratégia utilizada foi a de definir duplas de técnicos, cada uma delas cobre a participação nesses Grupos em vários estados, assim é possível, sempre que solicitado, a presença da referência técnica da Coordenação nas reuniões do Grupo Conductor, e eles podem se aprofundar em determinados contextos de discussão e realidades, dirimindo dúvidas, ofertando apoio técnico, demarcando os parâmetros da rede etc.

No início, a equipe conta que, além da alegria pela chegada dessa agenda ao SUS (com financiamento mais expressivo, o que acenava com a superação da escassez de recursos e a melhoria face ao subfinanciamento no campo), houve muitas dúvidas e, em alguns casos, certo grau de resistência por parte das regiões de saúde e dos Grupos Condutores diante do tamanho das transformações que começavam a vislumbrar: mudança de paradigma e de cultura que gerava, por exemplo, receio de sair de certa zona de conforto em relação aos modos de fazer saúde já instituídos, e assim por diante.

O trabalho, no período inicial, foi de mostrar que não haveria desmantelamento do já existente, mas fomento, qualificação, apoio e também transformações na lógica da assistência, uma vez que, finalmente, a saúde da pessoa com deficiência seria incluída de modo orgânico no SUS, passando a responder aos princípios de equidade e integralidade, bem como à lógica das redes de cuidados.

Essa etapa foi relativamente ultrapassada (mais em alguns estados e regiões, menos em outros), a maior parte dos estados e municípios concluiu ou está concluindo seus Planos de Ação, e a Rede vai se materializando em um ritmo acelerado, considerando que todo processo, até aqui (setembro de 2013) tem menos de dois anos.

Uma vez aprovados os Planos Estaduais pelo Ministério da Saúde, os estados e os municípios estão aptos para captar as verbas definidas e disparar a concretização da Rede. A equipe conta também que são utilizados os sistemas existentes, mas também estão sendo criados dispositivos de monitoramento das ações e de aplicação dos recursos, por exemplo: – a produção é monitorada pelo SiaSUS e o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas), que permite monitorar os atendimentos por usuário com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC); – inclusão nos sistemas da Atenção Básica de informações sobre deficiências de usuários; inclusão no Sispart de informação obrigatória sobre a realização e os resultados da triagem neonatal (componente biológico, auditivo e ocular).

Além disso, a equipe refere ações de apoio à implementação dos planos de ação e às rotinas de trabalho de cada componente e ponto de atenção da Rede, por meio, por exemplo, de reuniões técnicas, oficinas e videoconferências para a gestão na implementação da Rede nos territórios, e também por intermédio de cursos de capacitação para os profissionais do SUS sobre as deficiências.

Adicionalmente, em 2013, foram realizadas três capacitações: saúde auditiva (aproximadamente 500 profissionais inscritos); uso terapêutico das tecnologias assistivas em reabilitação (aproximadamente 2 mil profissionais inscritos); e capacitação para ortesistas e protesistas em confecção, adaptação e manutenção de órtese, próteses e meios auxiliares de locomoção (180 profissionais inscritos, que correspondem a todos os trabalhadores dessa categoria no SUS). Respectivamente, os dois primeiros cursos foram dirigidos para profissionais de nível superior, e o último para profissionais de nível médio.

Apresentados esses exemplos das estratégias e dispositivos de monitoramento, apoio e capacitação para implementação da Rede, a equipe afirma que o debate, a elaboração dos diagnósticos e dos planos de ação constituem intensa negociação com as regiões de saúde e Grupos Condutores, configurando o processo de pactuação que a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência realiza com estados e municípios.

Vale lembrar ou destacar que, nessa pactuação, o desejo expresso pela equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência é também que cada região de saúde desenhe a Rede de modo singular, respondendo aos princípios, às diretrizes e à lógica de rede, mas a partir das condições concretas e das necessidades locais das pessoas com deficiência.

Salientam, inclusive, que consideram necessário interiorizar e regionalizar a Rede, de modo articulado e ordenado pela Atenção Básica, mas também com acesso à Atenção Especializada e Hospitalar em cada região de saúde, viabilizando, de fato, o acesso e o atendimento adequado às pessoas com deficiência.

Os Centros Especializados de Reabilitação (CER), por exemplo, não podem estar apenas nas capitais ou regiões metropolitanas, porque os moradores de municípios mais distantes dessas regiões não teriam acesso aos cuidados de que precisam. Por isso, é fundamental a interiorização, a regionalização, para garantir o acesso de todos: pessoas com deficiência auditiva, intelectual, visual, física, múltiplas, ostomizados, transtornos do espectro do autismo, bem como as pessoas com incapacidades temporárias que precisem em algum momento de cuidados em reabilitação.

Por isso tudo, a equipe diz que o desenho da Rede é inteligente. E ainda: se antes as habilitações de serviços eram isoladas – cada deficiência numa “caixinha”; agora estamos criando a possibilidade de criar centros integrados e, ao mesmo tempo, garantir que os pontos de atenção com apenas uma única modalidade ofertem serviços de modo regulado, na lógica de Redes de Atenção à Saúde e da construção de linhas de cuidado à saúde da pessoa com deficiência.

As novas habilitações (e aquelas que se configuram com habilitação em uma única modalidade, mas que possam se qualificar para atender outras modalidades) passam a congrega duas, três ou as quatro modalidades de reabilitação, potencializando a atenção à saúde e enfrentando os especialismos e fragmentações técnicas, em proveito de uma concepção mais ampla e integradora de reabilitação.

O que começa a existir no Brasil, segundo a equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, são possibilidades de espaços integrados de reabilitação. Esses espaços vão do CER 4, que tem todas as modalidades de reabilitação e agrega uma Oficina Ortopédica, até os também possíveis CER 2 (duas modalidades) e CER 3 (três modalidades). Segundo Vera Mendes, os novos serviços já estarão nesta lógica, mas também não faria sentido descartar serviços existentes e que tem *expertises* em uma única modalidade de reabilitação. A ideia é aproveitar todos os recursos existentes e, ao mesmo tempo, ampliar a oferta nos territórios, desde que componham uma lógica de atenção integral e que tenham capacidade para responder às necessidades dos usuários.

Sendo assim, a equipe afirma ser estratégica a existência de CERs 2, 3 e 4, porque permite incluir os serviços já existentes à Rede, gerando sustentabilidade e possibilidade de maior abrangência, mas mantendo a concepção integrativa e interdisciplinar para os processos de cuidado em rede na reabilitação.

No entanto, como a formulação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, além de prover serviços e equipes de saúde onde não existem ou são insuficientes, a pactuação nos territórios teve que enfrentar uma situação recorrente em algumas regiões do País: entidades filantrópicas e comunitárias, frequentemente caracterizadas por uma relação frágil com a gestão pública (financiamento pontual e insuficiente; falta de regulação, pouca sinergia com os demais pontos de atenção da Rede SUS), apresentaram resistência para colocar em debate e para rever modos de efetuar o cuidado, bem como as formas de acesso dos usuários e de organização de processos de trabalho, sobretudo quando essas dimensões não respondem à lógica de Rede e sua estruturação em linhas de cuidado orientadas pelos princípios do SUS.

Em outras palavras, interessa ao SUS agregar a *expertise* e a capacidade técnica das entidades que historicamente ofertam atendimento em reabilitação. Também interessa às entidades integrar a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, seja pela possibilidade de ampliar recursos de custeio, adequação do espaço físico, por meio de reformas e aquisição de equipamentos, mas também como forma de garantir o protagonismo em sua função de assistência às pessoas com deficiência na sociedade brasileira. Ou seja, há um desejo legítimo, e muito bem-vindo, em participar de modo efetivo da nova política.

O problema é que, em alguns casos, querem continuar fazendo exatamente o que já faziam, como se integrar a Rede fosse apenas articulação na exterioridade das atividades que produzem. Reside aí o risco e também um importante desafio: como integrar de verdade tais serviços à lógica de cuidados em rede?

Nessas situações, a equipe afirma não existir solução única, mas necessidade e esforço de debate e de construção compartilhada das ações e dos serviços, sem que para isso seja necessário abrir mão das proposições da nova política de saúde para pessoa com deficiência. Nesse sentido, a coordenação e as duplas de técnicos que acompanham o processo nos Grupos Condutores Estaduais colocam em discussão a lógica da Rede, bem como suas diretrizes e normas, tentando convencer e demonstrar as razões pelas quais o gestor local do SUS deve coordenar o processo em cada região a partir da referida lógica de rede. É preciso, portanto, admitir a gestão não como hierarquia de poder, mas na direção de perceber e assumir a interdependência entre gestores, profissionais, usuários e pontos de atenção, em cujo trabalho

horizontalmente compartilhado residem as condições de possibilidade para produção de saúde e para efetuação da Rede nos territórios.

Essas discussões constroem compromissos e (re)afirmam os processos de pactuação, contratualização e, também, as regras para se manter a habilitação na Rede. Isso é essencial para que a Rede se faça nos territórios.

A equipe relata que é comum ser procurada diretamente por entidades e até por gestores solicitando habilitação e/ou recursos para construção, reformas etc. Sempre que isso acontece é dito claramente que, embora todos possam solicitar recursos, as solicitações têm duas condições básicas: previsão nos Planos Regionais e Estaduais e cumprimento das exigências e normas técnicas definidas pelo Ministério da Saúde. Portanto, isso depende do processo de pactuação nos territórios pelas instâncias do SUS. A partir desses parâmetros, e também da previsão orçamentária do Ministério da Saúde, a contratualização se torna viável. Uma vez realizada, é monitorada pela Coordenação-Geral da Pessoa com Deficiência e, caso não apresente as ações e a produção conforme o pactuado, o recurso de custeio mensal pode ser suspenso.

Essa discussão nos territórios é, naturalmente, intensa e complexa. O trabalho da coordenação e das duplas de consultores técnicos da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência conta com relevante colaboração dos apoiadores das Redes. Em alguns casos, as interferências e as pressões políticas são fortes, mas segundo a coordenadora Vera Mendes, portarias e normas técnicas claras e consistentes permitem que tais situações sejam gerenciadas em favor da implementação da política pública.

Trabalho delicado, complexo e cheio de desafios... Como a equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência experimenta e percebe esse processo de pactuação em suas andanças pelo País para apresentar a Rede, fazer visitas técnicas, debater nos Grupos Condutores, apoiar a elaboração dos Planos de Ação Regionais e Estaduais?

A resposta a esse tipo de indagação veio em várias camadas, que aparecem durante as conversas e depoimentos dos atores da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. A coordenadora e os consultores técnicos que viajam aos territórios são unânimes em dizer que há um senso de responsabilidade e de urgência por parte deles. Entendem que a materialização da Rede depende, sobretudo, dos atores que estão nos estados e nos municípios e que farão o trabalho na ponta: “sem eles os esforços de indução da Rede ficam pelo meio do caminho”, afirmam.

A equipe conta que, em busca de clareza, já formularam uma série de apresentações e explicações sobre a Rede, que são refinadas a cada nova experiência nos territórios. De certa forma, o sentimento de urgência tem ligação com a percepção que construíram sobre a variação de qualidade, consistência e implicação dos gestores locais, dos profissionais e dos serviços nos municípios e estados em relação ao próprio SUS e, nele, à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Condições e circunstâncias tão diversas – às vezes bastante precárias – pedem variação de abordagem e apoio igualmente diferenciados. Daí prepararem materiais diversificados e reverem as estratégias de debate e de pactuação da Rede com certa frequência.

A equipe é pequena e, segundo sua coordenadora, optou-se por não ter apoiadores temáticos enquanto a rede estiver mais plenamente instalada. Por isso, recebem a colaboração dos Apoiadores de Redes nos territórios, o que é considerado produtivo e importante pela equipe. Como anteriormente mencionado, alguns membros da equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa (com maior experiência no SUS), em duplas, realizam a função de referência técnica nos Grupos Condutores e são acionados com frequência pelos Apoiadores das Redes, uma vez que nem todos dominam as especificidades técnicas do campo da reabilitação.

No início do processo, as duplas de referências técnica para os estados relatam que o trabalho era mais simples, porque se tratava de apresentar a rede. Porém, à medida que a construção dos planos regionais e estaduais avança, também emergem com maior intensidade conflitos e disputas as entidades, categorias profissionais, gestores etc. Contam também que, às vezes, há tensões entre posições e perspectivas da gestão estadual e municipais, o que se expressa como disputa de hegemonia na construção dos planos estaduais, em relação a quais serviços habilitar, a quais investimentos priorizar ou escalonar etc.

Essas e outras questões não têm respostas protocolares, nem fáceis, dependem sempre de amplo diálogo e de mediação da Equipe da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diálogo e mediação cujo “campo de jogo”, que delimita potencialidades e limites aos arranjos de cada Plano Condutor Regional e Estadual, são os princípios, as diretrizes e os parâmetros da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e, mais amplamente, os do SUS, nos quais a primeira se assenta.

Nesse sentido e para terminar, fiquemos com uma consideração de Vera Mendes sobre o sentido desse processo:

o trabalho é permanente, as pactuações, regras... precisam estar em análise, precisam ser problematizadas continuamente, porque uma Rede de Saúde é sempre uma construção, precisa ser (re)pactuada de tempos em tempos, do contrário não estará em condições de fazer frente à heterogeneidade e às variações das condições concretas de vida e de saúde das pessoas com deficiência, nem à pluralidade e à inovação de conhecimentos teóricos, metodológicos e tecnológicos (duros e moles) no campo das deficiências. Essa necessária abertura, no entanto, não deve ser confundida com voluntarismo; ela precisa ter norte, propósito. Quanto a nós, em última análise, nosso propósito é produzir acesso à saúde, com qualidade, integralidade e equidade para as pessoas com deficiência, e isso significa fortalecer e defender o SUS. (Narrativa, Coordenadora Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência, 2014)

■ Referências

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E., KASTRUP, V.; LILIANA, E. (Org.). **Pistas do método cartográfico**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

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



SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE

A privação de liberdade no sistema prisional: direitos humanos e uma nova biopolítica no SUS

Cristiano Rodrigues de Freitas
Tadeu de Paula Souza

Genealogia do campo problemático: a vida como questão política

O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão (FOUCAULT, 2001, p. 134).

Um importante pensador²⁵ François Jullien, (2009) propõe abordar os Direitos Universais a partir de noções como singularidade e diferença. Menos importante do que seu conteúdo, o autor aponta para a potência dos Direitos Universais como conceito, numa função de radicalidade de defesa da vida. A função de radicalidade proposta pelo pensador, reside no fato de os Direitos Universais se apoderarem do humano não como indivíduo, mas do humano como limiar da existência, ou seja, pelo simples fato de estar vivo. Assim, ele se refere ao conceito de Direitos Universais:

[...] o que entendo por sua capacidade de radicalidade – ou despojamento – conceitual é que ele se apodera do homem no estágio mais elementar, no limiar da existência, considerando o homem sob esta última condição, a montante de todas as demais, que vale então como incondicionado: apenas na medida em que é nascido. Ora, sob esse ângulo não é tanto o indivíduo que é visado (como construção ideológica acerca do qual poderemos mostrar o que se preserva de arbitrariedade), mas simplesmente o fato de que o homem está envolvido – “do homem” não sendo tanto aqui um genitivo possessivo (no sentido de que: pertence ao homem), mas partitivo: a partir do momento em que o homem está em pauta, surge, um a priori, imprescritível (JULLIEN, 2009, p. 148).

O homem aqui em questão não se refere a um modelo ideal ou a uma natureza humana, mas se refere ao homem como limiar da existência, como ponto de conexão com a vida. Trata-se de uma inflexão em que os Direitos Humanos se tornam ferramenta pelo direito à vida.

É a partir dessa concepção de Direitos Humanos que desenvolveremos este trabalho, que trata da construção do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) formulado pelo Ministério da saúde (MS) em 2003. Para tanto, a fim de compreender a emergência dessa política, recorreremos aos marcos históricos que abordam, direta ou indiretamente, o tema dos Direitos Humanos e que nos servirão como linhas de força que compõem um campo problemático²⁶, no qual essa política é tecida.

O conceito de emergência (Entstehung) compõe com o conceito de proveniência (Herkunft) o método genealógico formulado pelo filósofo Michel Foucault e designa o ponto de

²⁵ François Jullien é filósofo e sinólogo, professor na Universidade Paris-Diderot. É autor de *De l'universel, de l'uniforme, du commun e du dialogue entre les cultures* [Do universal, do uniforme, do comum e do diálogo entre as culturas], Paris, Fayard, 2008.

²⁶ Sobre a ideia de campo problemático ver em metodologia.

surgimento, o princípio e a lei singular de um aparecimento. “A emergência se produz sempre em um determinado estado das forças [...]. A emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e sua própria juventude”. (FOUCAULT, 1993, p. 23).

O primeiro marco histórico relevante para a construção do campo problemático, no qual coemerge o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP), responsável pela sua formulação, é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pelas Nações Unidas em 1948, cujo contexto geopolítico era a Guerra Fria que se instaurou com o término da segunda Guerra Mundial e ficou conhecida historicamente como o conflito entre os Estados Unidos e a União Soviética, que disputavam a hegemonia econômica e política por meio de um conflito militar iminente no mundo.

A DUDH é um documento que representa o esforço dos povos e nações na defesa da vida, valorizada como bem comum a todos os indivíduos que, no período de Guerra Fria, encontrava-se ameaçada. Sendo um marco histórico recente, com menos de um século de existência, a DUDH cumpriu papel significativo na história da humanidade, na medida em que estabeleceu princípios que fundamentam as lutas políticas pela liberdade nas sociedades democráticas contemporâneas.

Embora não seja uma lei, a DUDH estabeleceu parâmetros para Constituições de diversos países, inclusive a brasileira. O Brasil, ao assinar a Declaração, na mesma data de sua proclamação, concordou com seus princípios. Entre estes princípios ressaltamos aqueles de maior importância para o trabalho aqui proposto:

[...]

Art. 3º Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

[...]

Art. 5º Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

[...]

Art. 9º Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. (FRANÇA, 1948, p. 5-7).

Em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1955, no Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Reclusos, realizado em Genebra, foram estabelecidas as regras mínimas para o tratamento dos reclusos. De modo geral, as regras sugeridas no documento versam sobre: o momento de detenção da pessoa, que deve ser realizado respeitando a legalidade vigente e a integridade do recluso; o tratamento que a pessoa deverá receber enquanto estiver reclusa, de modo que se possa garantir ao(a) detido(a) as condições mínimas e necessárias para manter sua dignidade de ser humano; o processo de libertação, que deve ser feito durante todo o período de reclusão até a soltura da pessoa, a fim de que ela consiga retornar à sociedade em condições de desfrutar novamente de sua liberdade. (BRASIL, 2009a).

Ressaltamos também, além da DUDH e das regras mínimas, mais dois marcos históricos para compor o campo problemático desse trabalho: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966 e a Convenção Americana dos Direitos Humanos de 1969. O Estado brasileiro, por meio do Decreto n° 592, de 6 de julho de 1992 (BRASIL, 1992a), concordou integralmente com o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos que garante a “toda pessoa que foi privada de sua liberdade um tratamento com humanidade e respeito à sua dignidade”, conforme art. 10° (BRASIL, 1992a). Com o Decreto n° 678, de 6 de novembro de 1992 (BRASIL,1992b), o Estado brasileiro ratificou a Convenção Americana dos Direitos Humanos que prescreve em seu art. 5°

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.
3. A pena não pode passar da pessoa do delinquente.
4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas.
5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento.
6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados (SAN JOSÉ, 1969, p. 3).

Apreocupação com a vida individual e coletiva expressa nos marcos citados anteriormente está reforçada e afirmada em mais dois marcos históricos: Declaração de Amsterdã para deter a Tuberculose (2000) e Declaração de compromisso sobre HIV/aids das Nações Unidas: “Uma ação mundial para superar uma crise global (2001)”.

A conferência que contou com a participação do Brasil, realizada em Amsterdã, reuniu os 20 países que abrigam 80% da carga mundial de tuberculose. Nessa conferência foi destacado que (TEIXEIRA, 2001, p. 2) a doença continua sendo alarmante causa de sofrimento e morte de homens e mulheres em seus anos mais produtivos, principalmente os mais pobres e marginalizados. Nesse encontro, concluiu-se que o tratamento da tuberculose é parte integrante da atenção primária à saúde, porém reconheceram que a tuberculose constitui um problema socioeconômico que não se resolve só com a ação do setor Saúde. Diante desse grave problema social os países que participaram do evento se comprometeram:

- a acelerar o combate à tuberculose mediante a ampliação da cobertura, a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, a garantia da oferta dos medicamentos, o envolvimento de todos os segmentos da sociedade e a elaboração e execução de um acordo mundial para deter a doença (TEIXEIRA, 2001, p. 2).

No que diz respeito à epidemia de HIV/aids, chefes e representantes de estados e governos se reuniram, em 2001, numa sessão especial das Nações Unidas, em caráter emergencial, para examinar o problema, de modo que se pudesse estabelecer compromisso global no sentido de enfrentar a epidemia nos âmbitos nacional, regional e internacional. O Estado brasileiro, como membro das Nações Unidas, comprometeu-se a combater a epidemia de HIV/aids e assumiu para 2003

estabelecer e implementar estratégias e planos de financiamento nacionais e multi setoriais, para o combate ao HIV/aids, que se refiram a epidemia em termos diretos; se oponham ao estigma, ao silêncio e a não aceitação da realidade; levem em conta as dimensões de gênero e idade da epidemia; eliminem a discriminação e a marginalização (BRASIL, 2001a, p. 4).

O tema da epidemia de HIV/aids e da tuberculose tratados nestes dois marcos, como veremos mais adiante, serviram para problematizar a saúde no sistema prisional brasileiro, influenciando na formulação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e na institucionalização da Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP) do Ministério da Saúde, responsável em pautar a necessidade de criar estratégias de incluir as pessoas privadas de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Direitos Universais no sistema prisional brasileiro

Direitos Humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada (BRASIL, 2010b, p. 188).

Uma vez apresentado os primeiros elementos que constituem o campo problemático que contextualiza o tema dos Direitos Humanos nas sociedades contemporâneas, vejamos, agora, como o Estado brasileiro participa e constrói a partir desse tema políticas de saúde para sua população e, em particular, para as pessoas privadas de liberdade.

Quando se trata da vida da população brasileira, o marco histórico nacional de grande relevância, que compõe o campo problemático, é a Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988, representa em termos legais a abertura política no País que viveu desde 1964 até 1985 em regime de exceção, submetido à ditadura militar, no qual as garantias de direitos individuais e coletivos eram restritos ou até mesmo violados como, por exemplo, o direito à liberdade de expressão, à manifestação e ao voto.

A promulgação da Constituição criou para o Estado brasileiro as condições de possibilidades para avançar na ampliação dos direitos à cidadania, na medida em que instituiu na letra da Lei medidas institucionais que orientam a governabilidade nos âmbitos federal, estadual e municipal no sentido da construção da cultura dos Direitos Humanos no País.

Influenciada pelos princípios da DUDH, conforme mencionamos anteriormente, a Constituição Brasileira comparada com as Constituições anteriores é, pelo menos em tese, a

que mais se afina com os Direitos Humanos. Estes ganham destaque no texto constitucional no artigo 5º em que prescreve: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988, p. 5).

Na Constituição de 1988, o direito à vida estende-se às pessoas privadas de liberdade conforme o inciso XLIX do art. 5º (BRASIL, 1988, p. 5), que assegura o respeito à integridade moral e física às pessoas privada de liberdade, isto é, o direito de ser resguardado tanto biologicamente quanto subjetivamente na sua condição singular de ser humano, de modo que não seja submetido a tratamento degradante e desumano.

No que diz respeito à saúde, a Constituição a reconhece como um direito fundamental de todos os brasileiros e dever do Estado. O direito à saúde no Brasil é resultado da mobilização política da sociedade, principalmente, do movimento sanitarista brasileiro que, nos anos de 1980, lutou pela reestruturação do nosso sistema de saúde. A nova Constituição Brasileira incorporou grande parte das propostas desse movimento, a partir das quais foi elaborada a organização da saúde, segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

No texto constitucional, artigo 196º, o direito à saúde está regulamentado da seguinte maneira:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 41).

Nesse contexto político, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento de saúde no Brasil está organizado por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que operacionaliza o SUS e institui a participação e o controle social da saúde.

Quando se trata da saúde das pessoas privadas de liberdade nas prisões, a Lei Federal nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal (LEP) –, destaca-se, na medida em que traz em seu texto o tema da assistência à saúde. Na LEP, está reconhecido no artigo 14º (BRASIL, 1984, p. 22) o direito do preso à assistência à saúde. Entretanto, devemos observar as limitações desse direito, visto que a assistência à saúde prescrita na LEP compreende apenas atendimento médico, farmacêutico e odontológico, ou seja, muito aquém de assistência à saúde integral, que vai além dos aspectos biológico da vida dos sujeitos. Além disso, esse direito prescrito na LEP, ainda que limitado, na prática não se efetivou plenamente no sistema prisional brasileiro.

Vale ressaltar que a LEP é anterior à Constituição, ou seja, é do período da ditadura militar e vigora até os dias atuais reforçando um descompasso entre duas lógicas, a da justiça, conforme prescrita na LEP e a da saúde, formulada na Constituição Brasileira. A primeira, nos dias atuais, efetua-se por meio de sanções penais mais rígidas e pela banalização na utilização da pena de prisão provocando grande encarceramento. À segunda, desde a promulgação da Constituição de 1988, busca cuidar da saúde da população de modo mais integral tomando os Direitos

Humanos como referência. Aproximar o campo da justiça e o campo da saúde implica, ainda hoje, um desafiante exercício de por em relação as diferentes lógicas, objetivos institucionais, normas e visões sobre as pessoas privadas de liberdade no sentido de reconhecê-las como sujeitos de direitos.

As mudanças constitucionais que asseguram os direitos das pessoas privadas de liberdade e a ampla transformação no campo da Saúde, a partir do SUS, criaram condições iniciais para se propor novos parâmetros para prevenção, promoção e tratamento em instituições prisionais. Entretanto, esse novo arcabouço legal, marco na conquista por direitos iguais, precisaria de uma longa caminhada para instituir as primeiras iniciativas que o tornasse uma ação concreta com vistas a produzir saúde nas bases ético-políticas preconizadas pelo SUS.

A partir desse momento ético-político da promulgação da Constituição podemos dizer que a sociedade brasileira inicia um período de transformação e aprofundamento das discussões em busca da consolidação da democracia. Entretanto, as violações dos Direitos Humanos, caracterizado pela desigualdade social, desrespeitos às mulheres, negros, índios, grupo LGBT, jovens, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais, usuários de drogas e pessoas privadas de liberdade, constituem realidades concretas que necessitam de respostas da sociedade e do Estado, de modo que se garanta uma cidadania plena para todos.

Assim, a Constituição determina o fim de um regime político ditatorial estabelecendo novas bases éticas para a consolidação de um regime democrático. Entretanto, sabemos que o fim de um regime ditatorial não põe fim às práticas estatais autoritárias e nem à cultura brasileira forjada no coronelismo, escravismo e clientelismo. A Constituição demarca novo campo de possibilidades, na medida em que a luta pelos Direitos Humanos e cidadania em âmbito nacional e internacional passa, então, a pautar a política brasileira e fomentar a construção de uma cultura dos Direitos Humanos e defesa da vida.

Nesse processo de democratização pós-ditadura militar, podemos destacar a incorporação, de modo mais explícito, por parte do Estado brasileiro, dos princípios dos Direitos Humanos, quando por meio do Decreto n° 1.904, de 13 de maio de 1996, instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH). Elaborado pelo Ministério da Justiça e organizações civis, o PNDH foi reformulado por meio do Decreto n° 4.229, de 13 de maio de 2002, e alcançou sua forma atual a partir das alterações realizadas pelo decreto n° 7.037, de 21 de dezembro de 2009, e pelo decreto n° 7.177, de 12 de maio de 2010. Ao instituir o PNDH, o Estado brasileiro cumpriu a recomendação específica da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, tornando-se o primeiro país a atribuir aos Direitos Humanos o *status* de política pública governamental (BRASIL, 2010b, p. 204).

Inicialmente, o PNDH foi criado de modo a alertar e coibir a banalização da violência, ainda presente no Brasil, que ameaça nossa existência e o próprio processo de democratização do País. Nesse sentido, podemos destacar como resultante de algumas proposições da PNDH as seguintes medidas legislativas:

o reconhecimento das mortes de pessoas desaparecidas em razão de participação política (Lei n° 9.140/95), pela qual o Estado brasileiro reconheceu a responsabilidade por essas mortes e concedeu indenização aos familiares das vítimas; a transferência

da justiça militar para a justiça comum dos crimes dolosos contra a vida praticados por policiais militares (Lei 9.299/96), que permitiu o indiciamento e julgamento de policiais militares em casos de múltiplas e graves violações como os do Carandiru, Corumbiara e Eldorado dos Carajás; a tipificação do crime de tortura (Lei 9.455/97), que constituiu marco referencial para o combate a essa prática criminosa no Brasil; e a construção da proposta de reforma do Poder Judiciário, na qual se inclui, entre outras medidas destinadas a agilizar o processamento dos responsáveis por violações, a chamada 'federalização' dos crimes de Direitos Humanos (BRASIL, 2010a, p. 203).

No percurso da reformulação do PNDH foram incluídas proposições, por meio das quais se busca garantir direitos constitucionais como educação, saúde, previdência, assistência social, trabalho, moradia, ambiente saudável, alimentação, cultura e lazer e, portanto, à vida.

De modo geral, podemos dizer que o PNDH foi formulado no sentido de estabelecer as bases para uma política de Estado para os Direitos Humanos. Na perspectiva dos postulados da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos essas bases foram estabelecidas segundo os princípios da transversalidade e da interministerialidade de suas diretrizes, de seus objetivos estratégicos e de suas ações programáticas (BRASIL, 2010a, p. 16).

Portanto, o PNDH ganhou um caráter transversal e interministerial, porque sua formulação ultrapassou as fronteiras do Ministério da Justiça, na medida em que foi proposto por mais 31 Ministérios, de modo que os temas relacionados aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais possam ser garantidos. Nesse sentido, o PNDH criou as condições de possibilidades para que o tema dos Direitos Humanos se capilarizasse pela administração governamental e na elaboração de políticas públicas para sociedade brasileira.

A vida como campo problemático

Percebemos, a partir dos marcos internacionais e nacionais expostos anteriormente, que o campo problemático, no qual se insere a política de saúde destinada às pessoas privadas de liberdade, suscita como questão política a defesa do direito à vida. Podemos dizer que esse problema político comparece no cerne do campo problemático, por meio da relação entre o binômio saúde/doença e o binômio liberdade/opressão.

Em relação ao primeiro binômio, a vida em questão é a biológica que, para seguimentos específicos da população brasileira, torna-se vulnerável na dinâmica existente entre saúde e doença. As pessoas privadas de liberdade nos presídios se encontram nessas condições, por exemplo, quanto à epidemia de HIV/aids e tuberculose, que nos presídios apresentam taxas bem mais elevadas do que fora deles.

Quanto ao segundo binômio, a vida em questão diz respeito aos processos de subjetivação que estão relacionados aos valores vigentes em um dado momento histórico, cujo indivíduo, grupo ou sociedade criam para si mesmos modos de ser, pensar e agir. A vida, nesse sentido, está relacionada, por exemplo, às questões étnicas, culturais, religiosas, sexuais, de gênero, entre outras. Todas essas questões estão colocadas também para a população privada de liberdade nas prisões.

Certamente, quando falamos de vida biológica e vida subjetiva, não se trata de duas vidas, mas de dois aspectos da vida que não se separam, já que a vida biológica não é indiferente às condições sociopolíticas que engendram a subjetividade. O que pretendemos destacar com essa distinção é o risco de dominação que um seguimento populacional pode estar submetido quando não tem acesso, por exemplo, à saúde ou mesmo que este seguimento populacional esteja com suas condições básicas de existências asseguradas, ainda assim, encontre-se subjetivamente dominado quando é, por exemplo, perseguido por motivação étnica, religiosa e de orientação sexual. Nas duas situações há dominação da vida. Eis aí uma questão biopolítica que

designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica – por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas (REVEL, 2005. p. 26).

Desse modo, é preciso alertar sobre a dominação que as pessoas privadas de liberdade estão submetidas, já que essa dominação pode se caracterizar pela falta de condições básicas de subsistência, por exemplo, a falta de acesso à saúde, e/ou se caracterizar pela submissão de uma pessoa ou grupo devido sua etnia, credo, sexualidade e gênero.

Ainda é preciso ressaltar que os compromissos expressos nesses marcos históricos reconhecem as forças que oprimem e ameaçam a vida, mas, longe de serem a solução dos problemas, são o início de uma tentativa de solucioná-los. Esses marcos, mencionados anteriormente, compõem o panorama, no qual o Brasil se insere como membro de uma comunidade mundial e afirma diretrizes de governo para vida de seus cidadãos.

Portanto, é nesse campo problemático que a vida das populações se torna uma questão política. Apesar dos esforços feitos sob a égide dos Direitos Humanos, que animam as forças instituintes de políticas públicas no País, o Estado brasileiro está longe de alcançar um resultado significativo, no que diz respeito à defesa da vida dos seguimentos mais vulneráveis, dos quais destaco a vida das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do País.

A vida ameaçada nas prisões brasileiras

Temos um sistema prisional medieval que não é só violador de Direitos Humanos, ele não possibilita aquilo que é mais importante em uma sanção penal que é a reinserção social.²⁷

José Eduardo Cardozo, Ministro da Justiça.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil é a terceira maior população prisional do mundo, totalizando 711.463 o número de pessoas sob a tutela do Estado. São 147.937 em cumprimento de prisão domiciliar e 563.526 pessoas detidas no sistema prisional, cuja capacidade de lotação é de 357.219 vagas e o déficit de vagas é de 206.307. Das 563.526

²⁷ Trecho da fala do Ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, em evento em São Paulo, retirada da notícia jornalística do [g1.globo.com](http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/11/ministro-da-justica-diz-que-preferia-morrer-ficar-presos-por-anos-no-pais.html). Citação extraída de <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/11/ministro-da-justica-diz-que-preferia-morrer-ficar-presos-por-anos-no-pais.html>>.

pessoas detidas, 41% são presos(as) provisórios(as) (BRASIL, 2014, p. 4). Estes podem ficar longo tempo sem julgamento e muitas vezes sem qualquer contato com defensor público ou advogado. O acesso à assistência social e ao serviço de saúde é precário. A essa situação se somam os maus-tratos, torturas, motins, rebeliões e mortes, contrariando, assim, a legislação vigente e os princípios dos Direitos Humanos, principalmente, aquele que diz respeito à dignidade humana. Um dos maiores problemas decorrentes desse grande encarceramento é a superlotação do sistema prisional.

Cabe destacar que, nos últimos anos, a política de guerra às drogas tornou o tráfico de drogas uma das principais causas para o aumento vertiginoso da população carcerária, sendo alvo dessa política, principalmente, jovens, negros e pobres, portando pequenas quantidades de drogas. Trata-se de uma política que criminaliza os mais pobres com estratégias voltadas para o mercado varejista e pequeno traficante. A não definição objetiva da quantidade de porte de drogas que distingue usuário de traficante, da atual lei de drogas, tem se mostrado como importante dispositivo de exclusão dos mais pobres, uma vez que estes são mais frequentemente julgados como traficantes, mesmo quando portando pequenas quantidades de drogas ilícitas (BRASIL, 2015).

A superlotação do sistema penitenciário torna-se ainda mais grave em função das condições dos presídios que, de modo geral, são de péssimas qualidades, a começar pela arquitetura (sistema de esgoto, iluminação, ventilação), bem como das condições mínimas necessárias de tratamento, que dizem respeito aos dormitórios, alimentação, água potável, entre outras, fornecidas às pessoas que estão privadas de liberdade. Pode-se afirmar que o próprio sistema prisional é, por si só, promotor de doenças.

Nessas condições, esses estabelecimentos são propícios a proliferações de doenças como asma, bronquite, tuberculose, doença de pele, DST/aids, diabete, hipertensão, transtornos mentais, entre outras, que atingem os(as) presos(as) e os(as) funcionários(as), que realizam suas atividades em precárias condições de trabalho.

Nesse contexto, a vida, seja das pessoas privadas de liberdade seja dos trabalhadores, é violada, na medida em que estão sujeitos a todo tipo de doenças e opressão presente no sistema prisional que não corresponde aos tratados relacionados aos princípios dos Direitos Humanos assinados pelo Brasil; não cumpre as regras mínimas para o tratamento de reclusos e nem funciona na lógica do SUS. Essa situação pode ser demonstrada pela prevalência de HIV/aids presentes no sistema prisional brasileiro.

O Brasil avançou no combate do HIV/aids mantendo as taxas de prevalência relativamente baixas quando se trata da população em geral. Entretanto, o mesmo não ocorre com os grupos populacionais sujeitos a situações mais vulneráveis, cuja incidência de HIV/aids é mais elevada, como é o caso da população privada de liberdade em prisões principalmente nos casos de coinfeção com a tuberculose. (BRASIL, 2009b).

A incidência de HIV/aids presente no sistema prisional do País, desde os primórdios do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS criado para coordenar o enfrentamento da epidemia, sempre foi uma preocupação do governo brasileiro e alvo de investimentos por meios de projetos governamentais e não governamentais destinados a combater à doença.

Por exemplo, em 1995, por meio da Portaria nº 485, de 29 de março de 1995 (BRASIL, 1995), o Ministério da Saúde instituiu três comitês de assessoramento à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids/SAS/MS para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário.

A aproximação desse departamento com o movimento social LGBT possibilitou que organizações da sociedade civil propusessem projetos de prevenção ao HIV/aids, inclusive no âmbito do sistema prisional, sendo esta uma importante iniciativa que traria luz para a prisão como território da saúde. Por exemplo, o projeto Arpão é histórico, pois foi desenvolvido durante longo tempo dentro do Presídio Central no estado do Rio Grande do Sul (Entrevista – assessora técnica do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais, 2013).

Assim, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS trabalhou financiando projetos de organizações governamentais e não governamentais para execução das atividades de prevenção da doença nos presídios. Os projetos caracterizavam-se por terem tempo de execução determinado. Esse modo de trabalho por meio de ações programáticas com data marcada para acabar fazia com que os projetos não fossem autossustentáveis, ou seja, uma vez terminado os projetos a população ficava desassistida. A partir dessa constatação, percebeu-se a necessidade de existir ações institucionalizadas e que fossem permanentes para combater a doença no sistema prisional (Entrevista – assessora técnica do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde/MS).

A práxis do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS, que historicamente trabalha com populações específicas, deu visibilidade aos problemas de saúde no sistema prisional e, diante disso, o Estado brasileiro buscou apresentar respostas institucionalizadas, não somente pelo risco de vida em que estão submetidos as pessoas presas e os funcionários, como também a própria sociedade, uma vez que as doenças infectocontagiosas não estão contidas apenas dentro dos muros dos presídios.

Podemos dizer que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS, ao problematizar o modo como eram oferecidas as ações de saúde para prevenir e tratar as doenças no sistema prisional, deu visibilidade ao problema de saúde pública presente nas prisões que vai além das doenças que são de sua competência. Nesse sentido, a atuação desse departamento produziu discussão sobre a saúde no sistema prisional importante para a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que representou a tentativa do governo brasileiro de apresentar resposta institucionalizada e permanente para combater o grave problema de saúde no sistema prisional do País.

A defesa do direito à saúde nas prisões brasileiras

No ano de 2001, o governo federal brasileiro, considerando o problema de saúde pública na maioria das unidades prisionais do País, publicou a Portaria Interministerial dos Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça nº 2.035, de 8 de novembro de 2001, que instituiu a “Comissão Interministerial (MS/MJ) com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional” (BRASIL, 2001, art. 1º), que fossem mais permanentes. Nesse momento, iniciou-se a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com o objetivo de fazer chegar as ações de saúde à

população privada de liberdade, uma vez que essa população, por estar privada do seu direito de ir e vir, não pode por si mesma recorrer à rede de saúde disponível no território para se tratar.

Em 2002, o PNSSP foi instituído por meio da Portaria Interministerial MS/MJ, n° 628, de 2 de abril de 2002, “destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas” (BRASIL, 2002a, art. 1°). Estrategicamente, o PNSSP foi formulado conforme os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que se pudesse garantir o direito à saúde às pessoas privadas de liberdade. Para coordená-lo foi instituído, por meio da Portaria SPS n° 17, de 18 de maio de 2002, art. 1° (BRASIL, 2002a), o grupo de acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde prevista no plano ligado à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A esse grupo coube a tarefa de:

definir estratégias de acompanhamento e de avaliação das ações desenvolvidas, bem como estabelecer instrumentos operacionais para a adequada atenção básica de saúde nas unidades prisionais, conforme determina a Portaria Interministerial n° 628/2002 (BRASIL, 2002a, art. 1°).

Nessa primeira versão, o PNSSP apresentava diretrizes de ações e serviços com finalidade de promover a saúde da população privada de liberdade por meio do controle e da redução dos agravos mais frequentes no sistema prisional e de um elenco mínimo de procedimentos para garantir a atenção básica e a assistência no âmbito da média complexidade a 100% da população penitenciária brasileira.

As ações de atenção básica prescrita no PNSSP tomaram como referência a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS)²⁸ e contemplavam: controle de tuberculose, controle de hipertensão e diabetes, dermatologia sanitária, saúde bucal e saúde da mulher. Além dessas ações, estavam previstas ações complementares como: diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids, atenção em saúde mental, desenvolvimento de ações de promoção da saúde relativo à alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais. Ainda, previu referências para média e alta complexidade, programa de imunizações, aquisição de medicamentos. A ideia era construir Unidades Básicas de Saúde dentro do sistema prisional.

O PNSSP foi uma proposta feita pelo governo federal aos estados da Federação de inclusão da população privada de liberdade no SUS, sendo facultado aos estados aderirem à proposta. É importante ressaltar que a relação interfederativa que envolve a esfera federal, estadual e municipal não é verticalizada e garante autonomia entre esses entes na condução de políticas. Por essa razão, nenhum estado ou município é obrigado a aceitar a proposta do governo federal, em vez disso a proposta é pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT)²⁹ e na Comissão Intergestora Bibartite (CIB)³⁰ que participa a esfera estadual e municipal.

²⁸ A Norma Operacional da Assistência à Saúde tem como objetivo estabelecer equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os âmbitos de atenção, e tem como estratégia principal a regionalização para garantir uma maior capacidade de gestão do SUS. Fonte: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>.

²⁹ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço intergovernamental constituído por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que tem por finalidade discutir e pactuar políticas no âmbito do SUS.

³⁰ Comissão Intergestores Bibartite (CIB) é um espaço intergovernamental, existente nos estados da Federação, constituídos por representantes dos governos estaduais e dos governos municipais, cuja finalidade é discutir e pactuar políticas no âmbito do SUS.

Sendo assim, uma vez o PNSSP aceito, coube às Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, conforme o art 2º da Portaria nº 628 (BRASIL, 2002a), formular o Plano Estadual definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gerência das ações e serviços, além de referendar o plano estadual no Conselho Estadual de Saúde. Uma vez aprovado, a responsabilidade da sua gestão ficou a cargo da Secretaria de Estado da Saúde.

Entretanto, a municipalização das ações da saúde mostrou-se incipiente, ficando na responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça propor pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde. Importa ressaltar, que o PNSSP tinha como objetivo garantir, conforme os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso da população privada de liberdade à atenção básica que é de responsabilidade dos municípios. Sendo assim, se a atenção básica é de responsabilidade dos municípios, mas o PNSSP está na responsabilidade dos estados, conseqüentemente, há necessidade de pactuação entre estados e municípios que nem sempre é bem-sucedida e, portanto, enfraquece a pactuação do PNSSP.

Na esfera federal, coube ao Ministério da Saúde a elaboração de protocolos assistenciais e a padronização das normas, bem como a organização e o controle do sistema de informação, em conjunto com o Ministério da Justiça. A ambos coube o repasse de recursos financeiros para induzir a adesão ao plano no território nacional. Cabe ressaltar que as ações previstas para o Ministério da Justiça são aquelas relacionadas à reforma física e aquisição de equipamentos para os ambulatorios de saúde das unidades prisionais, de modo a atender as condições mínimas para a realização das ações de saúde previstas no PNSSP.

Percebemos que a primeira versão do plano ficou caracterizada pelo esforço em apresentar respostas aos problemas epidemiológicos inerentes ao sistema penitenciário brasileiro. Entretanto, mostrou-se incipiente, principalmente no que se refere ao recurso financeiro que, conforme o art 5º da Portaria nº 628 (BRASIL, 2002a), era de R\$ 105,00 *per capita*/ano, ou seja, muito pequeno para enfrentar o problema de saúde pública no sistema prisional.

Do ponto de vista técnico era necessário melhorar o sistema de informação, por meio do qual se realiza o registro sobre as condições de salubridade dos presídios, dos serviços de saúde no sistema prisional que, nesse momento, era realizado pelo sistema informatizado de medicamentos de aids (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral – Siclom/Siscel) e cartão SUS. Sem um sistema de informação eficaz o repasse financeiro para os estados ficava comprometido, logo, comprometia a efetivação do plano.

Para alcançar as finalidades do PNSSP, ainda era necessário adequar os recursos humanos que foram organizados em equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, responsável pela saúde de até 500 presos(as).

Quanto à execução do PNSSP era necessário melhorar os dispositivos de articulação das três esferas de gestão do SUS e da sociedade na garantia de inclusão das pessoas privadas de liberdade, considerando a defesa dos Direitos Humanos assumidos pelo Brasil em acordos,

pactos internacionais como Declaração Universal dos Direitos Humano (DUDH) de 1948, Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos de 1955, Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos de 1966, entre outros.

Diante das dificuldades mencionadas anteriormente, no que diz respeito à formulação da Portaria Interministerial n° 628, de 2 de abril de 2002, o governo federal publicou a Portaria Interministerial n° 1.777, de 9 de setembro de 2003, que revogou a Portaria anterior. Uma das diferenças que podemos destacar em relação à primeira versão do PNSSP foi a inclusão, conforme art. 10° (BRASIL, 2003) de novos setores além dos Ministérios da Saúde e da Justiça, como, por exemplo, o envolvimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) para acompanhar as ações de saúde voltadas as pessoas privadas de liberdade.

A Portaria n° 1.777 é reconhecida como o marco histórico legislativo que trata da saúde no modelo do SUS para o sistema prisional brasileiro. Ela é a portaria a partir da qual toda alteração futura ocorreu até se transformar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Sistema Prisional (Pnaisp) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja Portaria Interministerial MS/MJ n° 1 foi publicada em 2 de janeiro de 2014.

A partir da publicação da Portaria n° 1.777, é notório que o tema da saúde no sistema prisional começa a se intensificar, pelo menos na esfera federal. Nesse contexto de debate sobre a saúde no sistema prisional, foi institucionalizada a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde/MS que tem como missão promover políticas públicas de saúde para populações específicas como é o caso das pessoas privadas de liberdade. Essa área se constituiu como um dispositivo, isto é,

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1993, p. 244).

O principal objetivo da ATSSP era criar estratégias para acompanhar, avaliar e desenvolver o PNSSP, além de convencer as instâncias governamentais e a sociedade da necessidade de efetivar, por meio do plano, o SUS no sistema prisional.

A aprovação da Portaria n° 1.777, segunda versão do PNSSP, deu-se por meio da pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). O plano também foi aprovado no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/Ministério da Justiça, incluído no Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2005, p. 12) e no Plano Plurianual de Saúde. Portanto, houve ampliação das instâncias de decisão competentes para sua aprovação.

No que diz respeito ao envolvimento da sociedade civil com o tema da saúde no sistema prisional, o plano foi contemplado em 2004 na 12ª Conferência Nacional de Saúde e, portanto, apreciado por vários seguimentos sociais que compõem essa instância de decisão que tem o

propósito de avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde em âmbito nacional. A importância dessa instância na formulação do plano foi ampliar o debate sobre a saúde no sistema penitenciário, na medida em que foi proposta, nessa conferência, a realização da Conferência Nacional Sobre Sistema Prisional para discutir e definir estratégias de implementação do PNSSP.

O envolvimento de outros setores no debate sobre a saúde no sistema prisional foi positivo para o plano, porque forneceu subsídios para sua gestão e, ao mesmo tempo, contribuiu para que paulatinamente a ATSSP fosse se consolidando na interface de outras áreas específicas como, por exemplo, a que cuida da saúde da mulher que, em 2004, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Plano de Ação 2004-2007) que no objetivo específico n° 13 tinha como meta ter 100% dos estados habilitados para a atenção integral à saúde das presidiárias (BRASIL, 2004, p. 44).

Em termos técnicos, essa segunda versão do PNSSP, em relação ao sistema de informação (BRASIL, 2005, p. 18-19), lança mão do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes/SUS). Assim, os serviços de saúde já existentes nas penitenciárias, incluindo os manicômios judiciários, bem como a equipe mínima de saúde, são cadastrados nesse sistema de informação. Por intermédio do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), ou transitoriamente pelo SIA/SUS, ficou determinado que fosse realizado o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais.

A equipe mínima estabelecida nessa versão do Plano permaneceu a mesma que na versão anterior. Ficou estipulado, conforme art. 5° (BRASIL, 2003), que para as unidades prisionais com até 100 pessoas presas as ações de saúde deveriam ser realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que receberia o repasse no valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional. Nas unidades prisionais acima de 100 pessoas presas as ações de saúde seriam realizadas por uma equipe de saúde implantada para atender um grupo de até 500 presos(as) e o incentivo correspondeu a R\$ 40.008,00/ano para custear cada equipe. Houve aumento no financiamento do plano, porém muito aquém da real necessidade para custear as ações de promoção e de atenção à saúde para o sistema prisional.

A população carcerária passou a ser contemplada com os repasses dos recursos federais não mais como um subgrupo populacional que se encontrava sob a tutela do Judiciário. Isso se evidencia, na medida em que esta população (BRASIL, 2005, p. 16) passa a ser considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como população residente não sendo, portanto, de responsabilidade apenas do Judiciário, mas das três instâncias de governo da Federação. Esse fato é importante, porque demonstra que a saúde destinada ao sistema prisional ocorria paralelamente ao SUS com ações de saúde orientadas segundo as prescrições da LEP.

A segunda versão do plano deixa de forma mais delineada suas diretrizes e estratégias para a saúde no sistema prisional que são:

prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; Definir e implementar

ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; estimular o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2005, p. 15).

Um direito ainda a ser conquistado

Uma vez reelaborado o PNSSP, com a ampliação de suas possibilidades de efetivação, entre outubro de 2007 e abril de 2008 o Departamento Penitenciário Nacional (Depen/MJ) realizou um breve levantamento da situação da assistência à saúde do Sistema Penitenciário Nacional motivado pela Controladoria-Geral da União (CGU) que identificou inadequação na aplicação dos recursos financeiros do PNSSP.

Conforme a conclusão do relatório,

- Um dos pontos mais críticos do Sistema Penitenciário é a promoção de saúde aos presos. Os estados aderiram ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), entretanto, há muita dificuldade na habilitação dos estabelecimentos penais, frente às exigências de adequação do espaço físico e número mínimo de profissionais requeridos pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.
- Os estados de Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins habilitaram 141 unidades penais do Estado no PNSSP.
- Nenhuma das unidades federativas dispõe de número adequado de profissionais de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, para atendimento por equipes de saúde a toda a população carcerária.
- Atuam no Sistema Penitenciário 3.167 profissionais da área de saúde.
- A assistência à saúde dos presos é prestada pelo Sistema Único de Saúde nos estados do Pará, Rio Grande do Sul, Alagoas, Rondônia e Bahia.
- Excetuado Pernambuco e Ceará, nas demais unidades da Federação a rede hospitalar estadual e municipal disponibiliza leitos para atendimento aos presos (BRASIL, 2008, p. 47).

Diante desse panorama, em 2009, foram realizadas visitas de monitoramento em conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Justiça e auditorias em 2009/2010 pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS em virtude da “baixa execução dos recursos financeiros de custeio repassados aos Estados e Municípios qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário” (BRASIL, 2011, p. 1), que teve como consequência, conforme art.1º da Portaria nº 2.801

suspender, temporariamente, a transferência de recursos correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário estabelecido pela Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios que se encontram em situação de irregularidade (BRASIL, 2011, art. 1º).

Em suma, a cobertura do plano alcançou 30% no que diz respeito à implantação de Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (Epen), isto é,

entre 2004 e julho de 2009, mais de 200 Epen foram implantadas no país (30% do teto), em mais de 180 unidades penitenciárias, algo que abrange aproximadamente metade das quase 300 mil pessoas nessas unidades, ou um terço da totalidade da população carcerária (BRASIL, 2010a, p. 13).

De modo geral, a execução da assistência à saúde no sistema prisional encontrou os seguintes impasses (SILVA; DELDUQUE, 2012):

- Relativos ao financiamento, uma vez que, embora houvesse um repasse constante de recursos da União para os estados e municípios, oriundo do Piso de Atenção Básica Variável, grande parte do mesmo não foi gasto e nem sequer empenhado (2% dos 35 milhões repassados até 2008).
- Relativo aos recursos humanos, já que, o recurso financeiro do plano é exclusivamente para custear ações e serviços de saúde dentro da unidade prisional e não para pagamento de pessoal que é a maior demanda de gasto em saúde prisional por parte dos estados e municípios. A isso se soma a dificuldade de contratação de todos os componentes da equipe.
- Relativo à gestão interfederativa do PNSSP, visto que, segundo (Silva & Delduque) Martinho e Maria a responsabilidade da custódia do preso (a) é estadual, enquanto no âmbito do SUS muitas dessas sejam de responsabilidade municipal.

O que podemos perceber, a partir do relatório do Depen e das visitas de monitoramento realizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, foi a existência de um hiato entre a formulação do PNSSP pelo governo federal, que na segunda versão apresentava orientações gerais mais estruturadas para a saúde no sistema prisional e sua execução nos estados e municípios, uma vez que, de modo geral, o plano alcançou cobertura em torno de 30% da população prisional, ficando muito aquém da meta de levar a saúde a 100% das pessoas privadas de liberdade.

■ Considerações finais

A estratégia do governo federal de propor o PNSSP como resposta institucionalizada e permanente para combater o grave problema de saúde pública do sistema prisional esbarrou no pacto interfederativo, que é um limite institucional do próprio SUS, uma vez que os estados são autônomos para decidir sobre a adesão ou não ao plano. Cabe indagarmos se a baixa cobertura do PNSSP no território nacional tem razões meramente técnicas ou se a questão primordial é política, uma vez que a população prisional, pelo próprio estigma que carrega historicamente, não é reconhecida como portadoras de direitos e, portanto, não é prioridade de investimentos do poder público.

Certamente, tudo isso adiou a inclusão plena desse seguimento da população brasileira no SUS, deixando as vidas das pessoas privadas de liberdade a mercê de um sistema complexo e violento, contrariando, assim, não apenas os princípios dos direitos humanos que destacamos anteriormente, como também a Constituição Brasileira que prescreve a saúde como um direito de todos e dever do Estado, inclusive da pessoa privada de liberdade.

A institucionalização do PNSSP foi um passo importante para iniciar a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, na medida em que deu visibilidade ao campo problemático, que diz respeito à vida, em que está inserida a população carcerária brasileira. No que diz respeito à ATSSP, os avanços e os limites do PNSSP apontaram para a necessidade de superação da lógica programática a partir da qual a ATSSP constrói políticas públicas, mas, por outro lado, construiu as condições de possibilidades para que a ATSSP, no ciclo de gestão de 2011 a 2014, criasse o alicerce institucional para a formulação e a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Sistema Prisional (Pnaisp) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que substituirá o PNSSP.

■ Referências

- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas – DMF. Brasília, 2014. p. 4. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. 1992a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. 1992b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Direitos Humanos. Declaração de Compromisso Sobre HIV/AIDS das Nações Unidas. **“Uma ação mundial para superar uma crise global”**. Sessão especial das nações unidas sobre hiv/aids: uma ação mundial para superar uma crise global 27 de junho de 2001. 2001a. p. 4. Disponível em: <<http://www.portalsida.org/repos/012.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Seção 1, p. 10227.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

- _____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório da situação atual do sistema penitenciário: assistência à saúde**. Brasília, 2008. p. 47.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. **Normas e princípios das Nações Unidas sobre prevenção ao crime e justiça criminal**. Brasília, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. **Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário: relatório final**. Brasília, 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2003. Seção 1, p. 18-21.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema**. 2. ed. Brasília, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004. p. 44. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema**. 2. ed. Brasília, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília, 2010a. p. 13. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. Portaria Interministerial nº 2.035, de 8 de novembro de 2001. Institui Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de Promoção e Assistência à Saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades em anexo. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 32.
- _____. **Portaria Interministerial nº 628, de 2 abril de 2002**. Legislação do sistema prisional. 2002a. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/penitenciario/portaria_interministerial_628_02.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- _____. **Portaria nº 2.801, de 28 de novembro de 2011**. Suspende temporariamente a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais correspondentes ao Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2011. p. 1. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2801_28_11_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Portaria nº 485, de 29 de março de 1995. Constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde¹. 1995.

Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1995. Seção 2, p. 34.

_____. **Portaria SPS nº 17, de 18 de maio de 2002**. Institui Grupo de Acompanhamento da implementação da atenção básica de saúde constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2002b. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=184504>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: SDH/PR, 2010b. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 14. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993. Organização, tradução de Roberto Machado.

FRANÇA. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas. França, 1948. p. 5-7. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

JULLIEN, F. **O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo**. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 2009. p. 148.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

REVEL, J. **Michel Foucault conceitos essenciais**. São Carlos; SP: Ed. Clara Luz, 2005. p. 26.

SAN JOSÉ (Costa Rica). Tratado Internacional. Convenção Americana de Direitos Humanos. 1969. p. 3. In: **Conferência Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)**, 22 nov. 1969, São José, Costa Rica.

SILVA, M. B. B.; DELDUQUE, M. C. Relatório do Projeto de Pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” Etapa 1: 01.01.2012 a 31.03.2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/martinho_relatorio_saudeprisional.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

TEIXEIRA, G. M. Editorial tuberculose: mobilização social, política e técnica e os programas de controle. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, [S.l.], v. 9, n. 1, jan./jun. 2001, p. 2. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol09nr1.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

Saúde no sistema prisional: cartografia de uma política pública em construção

Cristiano Rodrigues
Silvia Tedesco

Da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Este trabalho explicita e discute o acompanhamento do processo criação de uma política pública, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), estabelecido no jogo de forças, tendências e redirecionamentos do campo de sua instalação, com seus impasses e avanços na direção da oferta de cuidados mais efetivos, dirigidos à saúde da população privada de liberdade no sistema prisional.

O atendimento em saúde destinado às pessoas privadas de liberdade está previsto na Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, desde 1984 e atualmente vem sendo prestado, na maioria das vezes, pelas administrações penitenciárias. Entretanto, em 2003 foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com o objetivo de incluir a população carcerária, que hoje já está acima de 550 mil pessoas, no Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a essa parcela da população brasileira o direito à saúde, conforme previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

O PNSSP foi criado na confluência entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ), com a finalidade de oferecer respostas à grave situação da saúde, principalmente no que diz respeito às doenças infectocontagiosas como aids, tuberculose, entre outras, que se agravam em função da superlotação do sistema penitenciário brasileiro. Diante desse problema, o PNSSP foi construído estrategicamente para propor as ações e serviços de saúde organizados, segundo os princípios da descentralização da gestão, da atenção integral e da participação da comunidade, conforme prescritos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a assistência à saúde, destinada às pessoas privadas de liberdade, de caráter preventivo e curativo, na forma de atendimento médico, farmacêutico e odontológico, estivesse prevista na LEP, o PNSSP propôs outra lógica de funcionamento da saúde para o sistema prisional, pautada pela atenção básica. O acento colocado na atenção básica está em conformidade com a organização do SUS que, segundo o art. 8º da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) deve ser regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente, isto é, (BRASIL, 1990) sendo a atenção básica uma das portas de entrada no SUS, ela atua resolvendo os problemas de saúde de baixa complexidade ao mesmo tempo em que ordena as demandas mais difíceis de serviço de saúde para os níveis maiores de complexidade.

A mudança de lógica vem ao encontro do reconhecimento da população privada de liberdade, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como sendo população

residente. “Desta forma, esta população está contemplada nos repasses de recursos federais para atenção de básica, média e alta complexidade.” (BRASIL, 2005, p. 16). Assim, essa população passou a ser reconhecida não mais como um subgrupo populacional constitutivo de um subsistema de saúde diferenciado do SUS, que se encontra sob a tutela do Judiciário.

Essa mudança de lógica se justificou pela necessidade de cuidar das doenças e dos agravos em saúde decorrentes das péssimas condições de habitabilidade e insalubridade da maioria das unidades prisionais, que fazem do sistema penitenciário um espaço privilegiado à proliferação e difusão de doenças infectocontagiosas que, para serem combatidas, necessitavam de um repertório de ações de saúde maior do que o previsto pela LEP.

Esse posicionamento foi endossado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), por meio da Resolução CNPCC nº 7, de 14 de abril de 2013 (BRASIL, 2003a), que recomendou “a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica” [...] por entender que “uma boa atenção à saúde constitui um fator importante para a valorização da cidadania, além de reduzir as tensões inerentes às condições carcerárias”.

Com o PNSSP, pautou-se a possibilidade de corrigir o descompasso entre a saúde destinada às pessoas privadas de liberdade, conforme a LEP, que é uma lei do período de ditadura militar e que vigora até os dias atuais, e a saúde nos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS) prescrita na Constituição Brasileira de 1988. Assim, o PNSSP emergiu num campo problemático no qual a defesa da vida é feita no encontro conflitante entre a lógica de justiça criminal e a lógica do cuidado humanizado.

Nesse sentido, com o objetivo de corrigir o descompasso entre as duas lógicas, o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça articularam-se para formular o PNSSP, passo fundamental para que dez anos mais tarde fosse possível construir uma política pública no âmbito do SUS dirigida às pessoas em situação de privação de liberdade no sistema prisional, como veremos mais adiante.

Para coordenar o PNSSP foi criado, em 2003, a Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário (ATSSP) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), ligado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. A ATSSP construiu o PNSSP com o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) do Ministério da Justiça. (Entrevista – diretor-geral ATSSP, 2013).

Entre as competências da ATSSP, destacou-se a promoção do acesso às ações e aos serviços do SUS, por meio da pactuação, com os estados e os municípios, das responsabilidades sobre a atenção integral em saúde para as pessoas privadas de liberdade. Coube também a ATSSP tecer a rede com outras coordenações que cuidam da saúde do homem, da mulher, da pessoa com deficiência; da saúde mental, incluindo abuso de álcool e outras drogas; da DST/aids e hepatites virais; da tuberculose; da vigilância sanitária. O foco era envolver tais coordenações com a questão da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Além dessas tarefas citadas anteriormente, a ATSSP vem realizando a transição do PNSSP que é um programa governamental para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp).

Nesse contexto, em 2013, com o objetivo de apresentar aos cidadãos brasileiros o processo de construção de uma política pública, iniciamos a memória cartográfica da formulação e da pactuação da política de saúde para o sistema prisional brasileiro. Por meio de encontros com ATSSP/MS, percorremos trajetórias que nos levaram a outros setores do Ministério da Saúde e da Justiça, bem como a comissões, fóruns, Conselho Nacional de Saúde, nas quais diversos atores, tanto do governo quanto da sociedade civil, debateram e decidiram sobre a melhor maneira de incluir a população privada de liberdade do sistema prisional no SUS.

O trabalho cartográfico metodologicamente percorreu reuniões em setores do Ministério da Justiça como o Depen, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e na própria ATSSP, entre outros. Desde seu início, já foi possível perceber a intensidade e a velocidade do trabalho desenvolvido pela ATSSP, composta por uma equipe muito pequena face à tarefa de levar o SUS para o sistema prisional.

No desenvolvimento da cartografia, foram escutadas, por meio de entrevistas, pessoas das seguintes áreas: DAPES/ATSSP, Depen, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, bem como foram colhidas falas relevantes nas reuniões e nos encontros de gestores do SUS, de Secretários Estaduais de Justiça, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)³¹, espaços nos quais era debatida a proposta de saúde para o sistema prisional.

Sendo assim, o processo cartográfico foi constituído por narrativas do presente, ao mesmo tempo em que colheu elementos do trajeto da construção do PNSSP para compor a memória da oferta de saúde para o sistema prisional, que atualmente tem na Pnaisp o seu ponto de chegada.

■ Cartografia das tensões e tendências da gestão

Nas reuniões de equipe da ATSSP, as questões emergentes eram de ordem administrativa, financeira e política. Por exemplo, para levar integralmente a saúde para o sistema prisional, o setor necessitava criar meios a fim de mapear, nos estados da Federação que aderiram ao PNSSP, se este estava sendo executado, conforme prescrito na Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777 de 2003. Essa tarefa esbarrava na dificuldade de obter dados sobre a saúde no sistema prisional por meio do sistema de informação disponível. Tal situação provocava tensão no setor, já que o controle dos repasses de recursos para os estados depende dessas informações.

As estratégias em pauta para contornar os problemas citados foram, por exemplo, propor a criação de Ouvidoria do SUS, destinada ao sistema penitenciário, e a criação de um sistema de informação por meio do qual o SUS receberia notificação toda vez que uma pessoa ingressasse e saísse do sistema prisional. A ATSSP buscava criar soluções para contornar desafios estruturais do SUS, que se complexificam ainda mais nos cenários de privação de liberdade.

³¹ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço intergovernamental de caráter político e técnico, no qual se planeja, negocia e implementa as políticas de saúde pública. É constituída (em âmbito federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Acesso: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>>; <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=030303>>.

No que tange as questões políticas, foi debatido o estado atual dos temas transversais presentes nas prisões, como por exemplo, a situação dos negros, mulheres, população LGBT e portadores de transtornos mentais. O debate desses temas apontava para necessidade de transversalizar a saúde destinada às pessoas privadas de liberdade com outras áreas de governo que tratam, por exemplo, de temas como a política de saúde mental, passando pela proposta da redução de danos³².

Em relação ao tema da saúde mental, foi discutida a criação de uma portaria que possibilitasse o processo de desinstitucionalização – conforme a Lei n° 10.216, de 16 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica brasileira – das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em cumprimento de medida de segurança.

Na reunião, que ocorreu no Ministério da Justiça com atores do Depen e da ATSSP, foi possível perceber a complexidade da proposta de compor a proposição feita para a saúde, pelo MS, em face da lógica da segurança vigente no campo da justiça criminal. Por exemplo, nessa reunião a conversa girou em torno de itens de higiene destinados ao sistema prisional. Chamou atenção o debate sobre fio dental que, segundo a lógica da saúde, é um item corriqueiro para à saúde bucal. Entretanto, do ponto de vista da lógica da justiça criminal, a utilização do fio dental, no sistema prisional, foi colocada na perspectiva da segurança, isto é, como um perigo, uma vez que poderia ser utilizado pelos presos para se comunicarem.

A possibilidade de implantar nos presídios consultas de saúde televisionada, de modo que o presidiário não precise ser escoltado até uma unidade de saúde fora do sistema prisional, foi outro exemplo da dificuldade de relacionar saúde e segurança. Nesse embate de lógicas, percebe-se que a saúde, apesar de um direito, está subordinada à segurança, ou seja, se a ação de saúde representar um risco às ações de segurança já estabelecidas ela é prontamente questionada. Percebeu-se aí a grande diferença no modo de cada uma dessas instâncias governamentais olharem para as pessoas privadas de liberdade e que, conseqüentemente, reverbera na execução da política de saúde destinada a esses sujeitos.

O processo cartográfico tratou de explicitar essas duas principais lógicas, inerentes à proposta de saúde para o sistema prisional, que agem alimentando forças diversas e concorrentes no contexto. De um lado, a perspectiva da saúde que visa à inclusão da população privada de liberdade no SUS, uma vez que reconhece ter essa população direito à saúde, como qualquer outro segmento populacional brasileiro. Do outro lado, a justiça criminal que privilegia e aplica maciçamente a pena de aprisionamento, entendendo-a como modo existente de garantir segurança pública no País. Esta perspectiva acaba por provocar a superlotação do sistema prisional, que, somada às precárias condições dos presídios e das ofertas de ações em saúde, transformam os estabelecimentos prisionais em locais destinados à produção e à difusão de doenças e outros problemas.

Sublinhamos de que a divergência anteriormente apontada não demarca, necessariamente, um antagonismo entre a ATSSP e o Depen, mas configuram relações de poder que atravessam ambas as áreas e que segundo o pensador Michel Foucault,

³² Sobre a noção de redução de danos cf. (TEDESCO; SOUZA, 2009).

são da ordem de um 'agonismo'. Ou seja, apesar de se tratar de um "combate" isto não significa que se estabeleça, necessariamente, entre adversários em defesa de posição opostas, que se bloqueiam. Trata-se de uma luta, marcada por incitação recíproca, permanente, na qual a liberdade comparece como inerente. Fala-se aqui de agonismo de forças em substituição à lógica dialética, que pressupõe como resolução à unidade homogênea dos termos, que inicialmente se opõem (RODRIGUES; TEDESCO, 2009).

Sendo assim, essa tensão entre forças divergentes não deve ser percebida como obstáculo intransponível que apenas seria superado pela eliminação de uma das lógicas. O confronto de lógicas precisa ser considerado como analisador importante do campo de forças onde foi construído o PNSSP e posteriormente a Pnaisp.

No processo cartográfico, a presença das duas principais lógicas, que agem alimentando forças diversas atuantes no contexto, é matéria de reflexão, de análise. A direção principal é analisar esse encontro, procurar possibilidades de administrar o jogo estabelecido entre lógicas diferentes. Dessa análise, poderão surgir propostas para construção de condições facilitadoras, que promovam composições entre essas duas forças tendenciais aí presentes. A análise desses embates auxilia a busca de estratégias, ações, propostas, projetos, que possam fomentar alianças para além das diferenças e em sintonia com a proposta de oferta de saúde ao sistema prisional.

Dessa forma, entendemos que é principalmente na gestão desse encontro entre a lógica da saúde, conforme preconiza o SUS, e a lógica da justiça criminal, apoiada na segurança, que a memória cartográfica da construção da política pública de saúde para as pessoas privadas de liberdade se desenvolve. Complementamos ainda, é na administração dessa agonística, composta de encontros e desencontros entre duas lógicas diversas, que localizamos um dos principais desafios que vem sendo enfrentados, desde a construção do PNSSP até a Pnaisp.

■ Cartografia de um descompasso

A partir do processo cartográfico podemos dizer que a transição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) é decorrente, entre outros fatores, da inadequação observada na aplicação dos recursos financeiros destinados ao financiamento do PNSSP. Em 2008, por exemplo, a Controladoria-Geral da União (CGU) questionou o Ministério da Justiça sobre a baixa execução dos recursos financeiros de custeio passados aos estados e aos municípios qualificados para executar o PNSSP. (Entrevista – coordenador adjunto da ATSSP).

Com o objetivo de apresentar resposta ao questionamento da CGU, o Ministério da Justiça, por meio do Depen, entre outubro de 2007 e abril de 2008, realizou estudo sobre a situação da execução do PNSSP em alguns estados da Federação. Segundo Railander Figueiredo, que participou da realização desse estudo, vários problemas foram identificados:

[...] não prestar contas, não alimentar sistema de informação, [manter] equipes incompletas ou profissionais que estavam cadastrados no QUINESE e que não estavam trabalhando. Recurso imobilizado; recurso transferido para os fundos estaduais e que não era usado. Então, a gente sugeriu uma série de coisas [...] como retomada do recurso e tudo mais. E o Depen optou por suspender (FIGUEIREDO, 2013).

No que diz respeito à relação entre os três entes federativos (governo federal, estadual e municipal), é possível perceber nesse estudo realizado pelo Depen que

o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça não eram muito presentes; não atuavam muito nos contextos, [...] não eram interlocutores permanentes. Então, não havia uma ação focada em necessidades locais; eles não estavam focados em realidades locais (FIGUEIREDO, 2013).

Podemos dizer que o resultado desse estudo pôs em análise a relação entre a ATSSP/MS e o Depen/MJ, que atuavam, cada um, com seu modo particular de gestão do PNSSP no território nacional. Tal análise provocou ações que revelavam certa movimentação do Ministério da Justiça em direção à proposta do Ministério da Saúde, para além da questão administrativa, para além daquilo que era controle, para além do que o PNSSP determinava para cada setor. A título de exemplo,

naquela época, inclusive havia um [grupo de trabalho] GT [...], com a participação do Ministério da Justiça, que discutia tuberculose, HIV/aids, hanseníase. E esse era um GT que funcionava. Ele era informal, e as pessoas se encontravam pra compartilhar experiências, conhecimentos e talvez encaminhar umas questões, algumas decisões. [...] tinha a participação do Depen, a participação da área técnica aqui [ATSSP], do CNPCP, do pessoal da tuberculose, do pessoal da área de HIV/aids, do pessoal que trabalhava com hepatites virais e também com a Saúde Mental (FIGUEIREDO, 2013).

O descompasso entre as áreas técnicas do MS e do MJ, longe de ser apenas questão técnico/administrativa, remetia a um problema ético, jurídico e político relacionado ao descompasso entre a lógica de saúde, proposta pelo SUS, e a lógica da segurança com seu imperativo da clausura, segundo a qual a população privada de liberdade vem sendo tratada no sistema prisional brasileiro, em detrimento de ações indispensáveis à preservação dos direitos dessas pessoas e, principalmente, à reabilitação delas.

A difícil relação entre saúde pública e segurança pública é um problema que já comparecia desde o período de formulação do PNSSP. Por exemplo, a estratégia de construir a Portaria Interministerial dos Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça, nº 2.035 de 2001 surge, entre outras motivações, pela dificuldade que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde encontrava para levar as ações de cuidados (distribuir preservativo, ofertar testagem) para o sistema penitenciário. Sobre a tensão existente entre as duas lógicas, a assessora técnica do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde relata o seguinte:

essa tensão entre saúde e segurança, ela transita nas várias áreas de atenção, nas várias formas de cuidado. É sempre assim. E a segurança, vem sempre em primeiro lugar. Então eu acho que esse é um tensionamento que a gente vai ter sempre. A grande diferença é que, eu acho que de certa forma, a gente tem conseguido, ao longo do tempo, mostrar qual é o valor das ações de saúde [...]. Por quê? Como é que você consegue muitas vezes manter uma cela harmônica, digamos assim, dentro da sua necessidade, se tem alguém com dor de dente?(PITTALUGA, 2013).

Diante disso, a necessidade de pautar o tema da saúde no MJ já estava sendo vislumbrada na gestão do PNSSP e,

o componente inovador desse Plano era essa articulação das ações com o Ministério da Justiça, notadamente com o Depen, para a incorporação do componente saúde, como uma pauta importante no âmbito do Sistema Penitenciário por parte da Justiça. (PITTALUGA, 2013).

O financiamento do PNSSP é outro fator que denota a tensão entre a lógica da saúde pública e da segurança pública. Para financiar a saúde no sistema prisional, (BRASIL, 2003b) coube ao MS custear o correspondente a 70% do recurso para as ações de saúde e ao Ministério da Justiça o equivalente a 30% do recurso para fornecer a infraestrutura necessária à realização das ações de saúde. Em termos reais, ficou estipulado o valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional com até 100 pessoas presas e o valor de R\$ 40.008,00/ano para custear as unidades prisionais com 500 pessoas presos(as) ou mais.

O diretor do DAPES, o qual assumiu essa direção em 2011, diz a respeito do financiamento, que

havia uma espécie de negligência do Ministério da Saúde com essa área [ATSSP]. [...]. Fez um plano, pactuou, os estados aderiram, não aderiam. O financiamento que nós tínhamos era absolutamente ridículo, um orçamento de 11 milhões pra cuidar dos 400 mil presos da época. Faz um per capita daquilo, você vai ver que não dá para montar e para sustentar uma política. (PASCHE, 2013).

Nota-se que o valor de financiamento é anual, ou seja, muito aquém da real necessidade para efetivar a saúde no sistema prisional, que se encontra em situação calamitosa. Isso deixa transparecer que o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça não priorizavam investimentos para garantir a saúde às pessoas privadas de liberdade. Podemos dizer que essa desvalorização do PNSSP trazia dificuldades de atuação tanto para a própria ATSSP quanto para o Depen.

O manejo, pelo PNSSP, dos recursos humanos necessários para compor as equipes de saúde, também expressa essa tensa relação entre saúde e segurança. Podemos constatar que, apesar de ser admitido a existência de equipes mistas compostas por profissionais da saúde lotados nas secretarias estaduais de justiça e por profissionais oriundos das secretarias de saúde estaduais e/ou municipais, tal articulação não acontecia. Segundo a coordenadora de Assistência Jurídica, Social e Saúde do DEPEN/MJ,

até hoje têm alguns estados em que a prestação de saúde é ofertada pela secretaria de justiça. Como o SUS não entrava [no sistema penitenciário] [...] a secretaria de justiça assumia o preso, então ela mesma fazia o concurso só para servidores de saúde ligados à secretaria de justiça. Têm vários estados que são assim. (BRAGA, 2013).

A tensão entre saúde e justiça presente no governo federal também produzia efeitos nas esferas estaduais e municipais. Para o coordenador da ATSSP,

quem é responsável pela atenção básica nos territórios, são os municípios. Então, [...] falando de atenção básica, a gente não tem como não envolver os municípios na

discussão. E como o PNSSP fechava só com estados, pela lógica da justiça, a gente viu que os próprios estados estavam se mexendo e se articulando com os municípios para que eles assumissem a atenção básica e a saúde para a população privada de liberdade. (MARQUES, 2013).

Essa tensão se intensifica ainda mais no momento de definir responsabilidades entre estados e municípios. Ora a saúde é fornecida pelas Secretarias Estaduais de Justiça, já que se entende, nesse raciocínio, que o(a) presidiário(a) pertence à justiça, ora é oferecida pelas secretarias estaduais de saúde, uma vez que o sistema prisional é de responsabilidade dos estados da Federação (com exceção do sistema prisional federal), ou ainda é fornecida pelas secretarias municipais de saúde, visto essas serem responsáveis pela atenção primária de saúde, conforme prescrito no SUS. Nesse caso, o nó da questão está em saber de quem é a responsabilidade da oferta da saúde para as pessoas privadas de liberdade.

O problema da decisão sobre qual das esferas do Estado teria responsabilidade a cerca da oferta de saúde para o sistema prisional traz consequências de ordem política para o País, conforme relatou o diretor do DEPEN na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT de 28 de agosto de 2013:

quero dar um testemunho aqui. Estive em alguns cenários internacionais fazendo a defesa do País face às acusações. Estive em Genebra ano passado [2012], estive também ano passado em Washington, fazendo a defesa do País nessas cortes internacionais. E a questão da saúde é renovada. As recomendações vêm, as acusações vêm e o País sente lamentavelmente no banco dos réus. E aí, é o País, os municípios, os estados, o governo federal, todos nós que somos lamentavelmente colocados nessa condição (ROSSINI, 2013).

Ao articularmos os dois pontos analisados até agora, constatamos que, de modo geral, a tensão entre a lógica da saúde e a lógica da justiça, que comparece no governo federal, estadual e municipal, remete a um mesmo campo problemático, a saber: o da responsabilidade pela saúde das pessoas privadas de liberdade. O trato desse problema tem exposto a fragilidade do pacto federativo necessário para a efetivação do PNSSP no território nacional, na medida em que não há acordo sobre ser, a saúde dos internos, atribuição do Estado como um todo que exige a mesma implicação de cada um dos três entes da Federação.

Sendo assim, a partir desse momento crítico do PNSSP, a ATSSP iniciou processo de escuta, por meio de consulta pública e de oficinas regionais, com o objetivo de conhecer as realidades locais onde o PNSSP estava habilitado, de modo que se pudesse criar estratégias para estabelecer melhor sincronização entre o governo federal, estadual e municipal na execução do PNSSP.

■ Cartografando novos modos de formular política

falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entre os anos de 2009 e 2010, a ATSSP procedeu a uma ampla revisão do PNSSP, a fim de construir estratégias de adequação das exigências do plano às realidades dos estados e municípios, de modo a superar as dificuldades que impediam a melhoria das ações de saúde direcionadas à população privada de liberdade. Foi então realizada consulta pública que possibilitou maior diálogo com os estados e os municípios, ampliando assim o debate sobre a saúde no sistema prisional na sociedade civil.

Participaram da consulta, profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores estaduais e municipais, órgãos de classe e sociedade civil. A discussão sobre o plano foi dirigida à criação de subsídios que, posteriormente, contribuiriam para formulação da Pnaisp.

A consulta pública apontou para premência na construção de uma política que levasse em consideração não apenas os aspectos técnicos, mas a toda a dinâmica do sistema prisional, para possibilitar maior êxito nas ações de saúde, como podemos ver nos dois trechos seguintes:

o atual modelo atende em sua plenitude as necessidades da população carcerária, basta que as equipes interdisciplinares de saúde sejam abastecidas dos equipamentos e medicamentos básicos para efetuarem atendimentos adequados e que o prontuário siga o interessado até a sua liberdade definitiva [progressão de regime], podendo as outras equipes fazerem os acompanhamentos devidos (BRASIL, 2010a, p. 3).

Faz-se fundamental a inclusão da população encarcerada nas cadeias públicas, que se encontram hoje sem uma estratégia definida para acesso aos serviços de saúde. Dessa forma faz-se necessário tratar da população encarcerada e não somente a população penitenciária (BRASIL, 2010a, p. 3).

Diversos assuntos foram tematizados pelos participantes da consulta pública, dos quais destaco a relevância da maior participação social na elaboração, na execução e na avaliação das ações de saúde destinadas às pessoas encarceradas. Também foi sublinhada a importância de envolver o controle social, realizado pelos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, previstos pelo SUS, bem como os Conselhos Penitenciários, com suas questões relativas à saúde do sistema prisional. Além desses, frisou-se a necessidade de envolver os próprios presos na organização dos serviços de saúde no sistema prisional.

A participação efetiva da comunidade na gestão penitenciária e na defesa dos Direitos Humanos foi considerada de suma importância para o controle social das ações de saúde e das violações sofridas por uma parcela significativa da população privada de liberdade, sejam aquelas que dizem respeito à falta de acessos aos recursos do aparato legal e judiciário, sejam aquelas relativas à violência propriamente dita. Assim, os Conselhos da Comunidade foram ressaltados como instrumento de resgate da cidadania das pessoas privadas de liberdade.

De modo geral, a consulta pública indicou a importância de esclarecer os princípios que norteiam o PNSSP como Ética, Justiça, Direitos Humanos, Cidadania, Equidade, Qualidade, Intersetorialidade, Transparência e Controle Social, destacando que as pessoas privadas de liberdade não estão desprovidas do seu direito à saúde. A ampliação do debate público sobre a saúde no sistema prisional expressou desafios que devem ser enfrentados nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal).

Ficou evidenciada a urgência de um novo arranjo técnico e político entre a ATSSP/MS e o Depen/MJ para abarcar a complexidade do tema da saúde das pessoas privadas de liberdade. A partir do momento em que foi aberto o debate público sobre a saúde no sistema prisional brasileiro, explicitaram-se fragilidades do PNSSP, bem como a fragilidade do pacto federativo para incluir as pessoas privadas de liberdade no SUS. Consequentemente, surgia no debate a preocupação com a criação de estratégias para dar maior sustentabilidade a essa política de saúde.

A ATSSP, motivada pela experiência bem-sucedida da consulta pública, incorporou no seu modo de trabalhar a ampliação do diálogo com os estados e os municípios. Porém, isso não foi suficiente para resolver as fragilidades que envolviam o PNSSP. Para tanto, a ATSSP lança mão da estratégia de transformar o PNSSP, que é um programa de governo, em uma política pública de Estado. Dessa forma, em 2011, foi iniciado o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp).

■ Cartografia da construção da Pnaisp

A proposta de transição do PNSSP à Pnaisp emerge numa nova realidade institucional do DAPES e da ATSSP. Em 2011, a nova direção do DAPES recebeu a incumbência de realizar, nesse departamento, a gestão de redes de saúde como, por exemplo, a gestão da Rede Cegonha, lançada no mesmo ano pela presidenta do Brasil Dilma Rousseff. Nessa direção, Dário Pasche opta por uma gestão mais transversal, ou seja, com maior interação entre as áreas técnicas que constituem o DAPES e entre este departamento com outros setores do governo federal.

Segundo o diretor do DAPES, era necessário dar um salto para criar algo mais estável do que um plano. Era precioso formular uma política de saúde para o sistema prisional pactuada entre os três entes da federação, de modo que esta passasse a ser da responsabilidade do Estado brasileiro como um todo. Isto é, o pacto interfederativo precisava conseguir maior estabilidade no que tange a responsabilidade sobre a saúde para o sistema prisional do País. (PASCHE, 2013).

A estratégia de dividir a responsabilidade da oferta de saúde à população prisional entre os três entes da Federação visou corrigir um problema histórico, visto que, até então, a saúde destinada a essa população, de acordo com a Lei de Execução Penal de 1984, era configurada como subsistema de saúde sob a responsabilidade do Judiciário, não sendo, até então, prioridade do campo da Saúde, do SUS.

Os municípios teriam que ser envolvidos de forma mais efetiva para incluir diretamente a atenção básica de saúde, que está sob responsabilidade destes. A dificuldade da portaria do PNSSP é que não definia claramente o envolvimento do município, principalmente no que diz respeito ao recebimento de recursos financeiros, decorrentes da adesão ao plano, como veremos mais adiante. Então, a iniciativa foi construir uma política de saúde para o sistema prisional em rede e com o estatuto de política de Estado para, segundo Marden Marques,

mudar a lógica intramuros, que funciona como um subsistema de saúde paralelo ao SUS, para uma lógica mais aberta extramuros com o trabalho em rede, ou seja,

transformar a unidade prisional em um ponto da rede de atenção básica de saúde, pactuada localmente com municípios e estados, fazendo com que a equipe de saúde se desloque de fora para dentro da unidade prisional, produzindo uma comunicação, de modo que o sujeito doente que se encontra preso possa ser visibilizado pela rede, por meio, por exemplo, do acesso às informações do prontuário desse sujeito, que se encontra na unidade prisional (MARQUES, 2013).

A implementação da nova direção levou a saúde prisional seguir como modelo a Rede Cegonha, monitorada pela Casa Civil³³ que articula diversos ministérios. Dessa maneira, a ATSSP começou a movimentar a política de maneira similar, conforme podemos ver na fala do coordenador da ATSSP:

em vez da gente ir direto na questão da rede, monitorada pela Casa Civil, a gente falou: – Depen. Vamos pensar o seguinte: vocês [Depen] não têm recurso. Vocês precisam transversalizar e abrir os muros [dos presídios]. Vamos pensar em transversalizar o máximo possível o sistema prisional? O que vocês acham de abrir as portas para saúde, para educação, para o trabalho? (MARQUES, 2013).

A proposta da ATSSP, feita ao Depen, de transformar o PNSSP em uma política pública no formato de rede, trouxe novo ânimo aos dois setores. A estratégia começou a ser construída, porém, com muitos desafios a serem enfrentados, visto que a lógica reguladora das ações dirigidas às pessoas privadas de liberdade é a prisional, ou seja, “é a lógica de sequestro, é a lógica de tirar a pessoa de circulação e colocá-la ali” (PASCHE, 2013) na prisão como se ela tivesse perdido todos os direitos.

Cabia reverter a lógica, isto é, reconhecer e destacar, não somente que a população privada de liberdade se encontra em situação de vulnerabilidade devido às condições precárias do sistema prisional, mas que ao ser preso “cessa o direito de ir e vir e alguns direitos civis, como o direito de votar, de resto, os direitos estão preservados” (PASCHE, 2013). Portanto, afirmar que esta população era constituída de sujeitos de direitos, de acordo com a Constituição Brasileira de 1988 e com os princípios dos Direitos Humanos, era essencial para incluí-la no SUS. Esse argumento foi endossado pelo Depen, o que demonstra que nesse aspecto do problema ocorreu certa composição entre a lógica da saúde e a lógica da segurança.

O caráter público da política de saúde para o sistema prisional ganhou maior contorno quando foi tema da 14^a Conferência Nacional de Saúde³⁴, em 2011, cujo relatório final trouxe, por exemplo, a moção n^o 4 que fazia um apelo ao MS e ao MJ com o seguinte teor:

os delegados e delegadas presentes à 14^a Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília/DF, apresentam esta moção de apelo pela criação e implementação de uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário Brasileiro em substituição à Portaria Interministerial

³³ A Casa Civil é o órgão diretamente ligado ao poder executivo, ou seja, à Presidência da República e entre suas competências destaca-se: “assistência e assessoramento direto e imediato ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, em especial nos assuntos relacionados com a coordenação e na integração das ações do Governo; avaliação e monitoramento da ação governamental e dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, em especial das metas e programas prioritários definidos pelo Presidente da República” (BRASIL, 2004, p. 14) <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?journal=1&pagina=14&data=08/07/2004>>.

³⁴ As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos e sua última edição foi em 2011. Trata-se de “instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional”. Citação extraída de: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>.

nº 1.777, de 2003, fomentando uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em medida de segurança (BRASIL, 2012, p. 122).

O indicativo para construção de uma política pública de saúde, voltada à população privada de liberdade, em substituição ao PNSSP, veio de novo à cena no 1º Encontro Nacional de Gestores de Saúde no Sistema Prisional, promovido pela ATSSP e o Depen, em 21 e 22 de maio de 2012. A concretização dessa substituição ganhou institucionalidade com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013), que “institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional”.

A aprovação da Portaria Interministerial nº 1.679 veio a demonstrar que a estratégia de transversalização assumida pelo DAPES estava funcionando, pois conseguiu o envolvimento dos ministérios de estado da Saúde, da Justiça e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e ministérios de estado chefes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República.

■ Cartografia da elaboração da Pnaisp

A elaboração da Pnaisp, que se iniciou pela consulta pública mencionada anteriormente, incorporou diversos pontos sugeridos nesse diálogo com a sociedade e ofereceu resposta a vários impasses verificados na revisão do PNSSP, relacionados, por exemplo, ao público-alvo, ao financiamento, aos recursos humanos, à gestão, ao processo de trabalho e aos princípios.

Entre os avanços implementados pela Pnaisp, em comparação ao PNSSP, destacamos o público-alvo, que na Pnaisp passou a contemplar não apenas as pessoas privadas de liberdade (homens e mulheres), sentenciadas ou em cumprimento de medida de segurança, como também aquelas que ainda estão a espera do julgamento e se encontram sob a custódia do Estado em caráter provisório. Ora, “se nós temos quarenta e poucos por cento de presos provisórios e eles estão em unidades pequenas (cadeias públicas e delegacias), nós precisamos cuidar dessas pessoas também”. (MARQUES, 2013). A ampliação do público-alvo, por meio da inclusão dos presos(as) provisórios(as), apresenta como objetivo garantir a inclusão, no SUS, de 100% da população privada de liberdade. Se o PNSSP se aplicava ao sistema penitenciário, agora a Pnaisp se aplica ao sistema prisional como um todo.

A ampliação da cobertura do público-alvo da Pnaisp acompanhou o aumento dos recursos financeiros, bem como a reestruturação das equipes básicas de saúde. Se no PNSSP (BRASIL, 2003b) o incentivo podia alcançar o valor de R\$ 40.008,00/ano por equipe de saúde implantada, na Pnaisp (BRASIL, 2014b) o financiamento foi estipulado por mês podendo alcançar o valor de R\$ 42.949,96/mês. Além disso, foi definida complementação dos valores, tanto para estados quanto para municípios, com o objetivo de induzi-los a aderirem à Pnaisp. Segundo o diretor do DAPES isso é devido a

toda uma engenharia, que nós produzimos coletivamente em relação ao reconhecimento das dificuldades que boa parte dos municípios têm em assumir responsabilidades sobre a saúde no sistema prisional. E reconhecemos isso, inclusive, incorporando um índice de compensação que foi, acho, um ganho que nós conseguimos produzir entre as três bancadas (PASCHE, 2013).

A composição da equipe mínima de saúde definida no PNSSP era formada por sete especialistas (médico, dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário), e de natureza mista, pertencentes tanto às secretarias estaduais de justiça quanto às secretarias estaduais de saúde. Na Pnaisp, a origem dos profissionais continua sendo mista, mas segundo as normas operacionais descritas na Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014c), as equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) foram estruturadas de maneira bem mais especializada, sendo divididas em três modalidades de Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), variando em tipo I, II e III, com ou sem Saúde Mental.

Segundo a Pnaisp, na formação das equipes de saúde, os gestores podem lançar mão também do profissional de farmácia e de terapia ocupacional, do nutricionista, do fisioterapeuta, do médico psiquiatra, além daqueles componentes já citados no PNSSP, incluindo ainda a equipe de Saúde Mental. Essa nova e mais ampla composição, na esfera dos recursos humanos, objetiva oferecer maior flexibilidade aos gestores na montagem da equipe face aos profissionais de que dispõe, em cada momento, para atender ao perfil epidemiológico, que varia bastante, e de acordo com outras particularidades da realidade de cada estado ou município.

Quanto à gestão da Pnaisp, o ponto diferencial é a indução à municipalização, que no PNSSP não estava ainda bem definida, concentrando a responsabilidade sobre a saúde prisional nos estados. A ideia de fortalecer a participação dos municípios na saúde destinada às pessoas privadas de liberdade advém de experiências que ocorriam no território, isto é, na relação que alguns estados e municípios estabeleciam entre si para dividir a responsabilidade sobre a saúde prisional, como é o caso do estado do Rio Grande do Sul, conforme nos relatou Railander. Esse tipo de organização demonstra o caráter descendente da política, já que a Pnaisp é proposta pelo governo federal aos estados e aos municípios e, ao mesmo tempo, seu caráter ascendente, uma vez que incorpora na sua formulação experiências existentes no território que se aproximavam da lógica do SUS.

A estratégia de indução à municipalização, presente na Pnaisp, foi estabelecida em conformidade com a organização do SUS, pois cabe aos municípios a responsabilidade pela atenção básica de saúde. Sabendo das dificuldades dos municípios em assumirem a política, provocou-se a aproximação da ATSSP com os municípios, conforme podemos perceber na fala do assessor técnico do ATSSP:

a gente tem mais de um ano de estrada discutindo essa política, e o município sabe que a desassistência que existe hoje, relativa ou absoluta, termina na porta do pronto socorro dele. Na hora que o preso está realmente muito grave ele vai para o pronto-socorro do município e é muito mais caro e é muito mais difícil ser manejado numa situação de urgência. Os municípios, portanto, estão com bastante interesse em estar recebendo essa política, com toda responsabilidade que isso traz, porque a partir

do momento em que o estado assina à política, é o SUS estadual que se compromete, e, a partir do momento em que o município assina à política, é o SUS municipal que traz para ele a questão das responsabilizações sobre a saúde do preso (JOB, 2013).

Embora a participação dos municípios na saúde do sistema prisional continue facultativa, a estratégia de municipalização busca dar resposta ao impasse relativo à gestão interfederativa do PNSSP, à medida que os três entes da federação (o governo federal, estadual e municipal) passam a ser responsabilizados pela saúde das pessoas privadas de liberdade.

Um dos pontos mais críticos da saúde ofertada no sistema prisional está relacionado aos processos de trabalho dos profissionais que esbarram em impasses oriundos da difícil relação entre a lógica da saúde e a lógica da segurança. Como demonstramos anteriormente, as práticas de saúde ficam subordinadas à lógica da segurança e essa subordinação produz efeitos despotencializadores nos trabalhos realizados nas prisões, bem como na formulação da política de saúde para o sistema prisional. Para contornar essa situação, está previsto na Pnaisp a constituição de grupo condutor para acompanhar a implantação da Pnaisp, tendo como um dos objetivos descrito no art. 19º (BRASIL, 2014b) “apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP nos estados e no Distrito Federal”.

Cabe ao grupo condutor, entre outras tarefas, fazer o monitoramento da gestão dos recursos humanos disponíveis no momento da implantação da Pnaisp. A gestão dos recursos humanos permite direcionar os profissionais para as atividades relativas à saúde, evitando a sobreposição de tarefas nos campos distintos da justiça criminal e da saúde, como já estava previsto na legislação referente ao PNSSP.

As EPENs não têm atribuições periciais, ou seja, os(as) psicólogos(as) e assistentes sociais que as compõe não têm como tarefa realizar exames criminológicos. Além disso, segundo revisão recente da LEP/1984, dada pela Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003, esses(as) e outros(as) profissionais – como os(as) médicos(as) – estão desobrigados(as) a realizar exame criminológico (BRASIL, 2010b, p. 18).

De modo geral, a Pnaisp interfere no processo de trabalho, ao estimular a capacitação/sensibilização dos agentes penitenciários a questões relativas à oferta da saúde à população privada de liberdade. Ela incentiva a inserção do tema da saúde no sistema prisional, nas escolas penitenciárias e entre os custodiados, e apoia a discussão sobre as ações e o programa em saúde prisional, envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). O objetivo é eliminar a tensão, a concorrência entre a lógica da justiça criminal e os princípios do SUS.

■ Cartografia dos movimentos sociais que mobilizam a saúde no sistema prisional

Outro avanço da Pnaisp foi a preocupação com o respeito aos Direitos Humanos, à diversidade e com a participação popular. Vale destacar o art. 3º da Pnaisp:

I – respeito aos direitos humanos e à justiça social;

[...]

III – equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;

[...]

VI – valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014b, p. 2).

E ainda sobre este tema, sublinhamos o art. 4º item IV da Pnaisp, que expõe como diretriz o “respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero” (BRASIL, 2014b). Esses princípios e diretrizes resultaram da proposta da Pnaisp de escutar a comunidade e, portanto, contemplam propostas de dois movimentos sociais atuantes no Brasil que são a luta antimanicomial e o movimento LGBT.

O seguimento populacional LGBT também foi contemplado na Pnaisp pela inclusão da resolução conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014, aprovada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCDD/LGBT), cujo objetivo é “Estabelecer os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil” (BRASIL, 2014a). Os parâmetros de acolhimento levam em conta reivindicações do movimento LGBT como, por exemplo, o uso do nome social:

Artigo 2º A pessoa travesti ou transexual em privação de liberdade tem o direito de ser chamada pelo seu nome social, de acordo com o seu gênero.

[...]

Parágrafo único. O registro de admissão no estabelecimento prisional deverá conter o nome social da pessoa presa. (BRASIL, 2014a, p. 2)

Uma das metas da resolução é garantir o direito à identidade de gênero das travestis e transexuais durante a permanência no sistema prisional. Permite, por exemplo, que transexuais e travestis possam manter o corte de cabelo e as vestimentas femininas. De modo geral, a resolução representa o reconhecimento pelo Estado brasileiro das especificidades da situação da população LGBT e busca, assim, garantir os direitos desse segmento ainda mais marginalizado e vulnerável, visto sofrerem dupla condenação, a decorrente do cumprimento da pena e a do impedimento de expressar a identidade sexual.

O movimento antimanicomial brasileiro também foi considerado pela Pnaisp. Esse é uma referência importante na luta para a garantia dos direitos humanos, tendo sido influenciado pela experiência de desinstitucionalização psiquiátrica, promovida por Franco Basaglia, nos anos de 1960 na Itália. Aqui no Brasil, o movimento foi protagonizado pelos trabalhadores de Saúde Mental uma década mais tarde. A desinstitucionalização da loucura intervém sobre a lógica asilar como modo de responder a problemas complexos, num confronto direto às instituições totais.

Como decorrência da escuta a esse movimento, foi instituída a reforma psiquiátrica brasileira, por meio da Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei reconhece o portador de transtorno mental como sujeito de direito.

O foco da luta antimanicomial, inicialmente, estava dirigido exclusivamente aos portadores de transtorno mental internados em manicômios, porém, atualmente, o movimento de desinstitucionalização da loucura lança luz sobre todo o campo prisional, explicitando suas estratégias disciplinares e de confinamento, prejudiciais ao processo de cuidado adequado, direcionado às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei. Segundo o coordenador de Saúde Mental da ATSSP,

a Lei nº 10.216 vem com a perspectiva de substituição dos modelos asilares. Os Manicômios Judiciários, os HCTPs, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, as alas de tratamento psiquiátricos, funcionam numa perspectiva asilar; numa perspectiva de segregação do indivíduo para um possível tratamento (COSTA, 2013).

Em sintonia com a luta antimanicomial, a Pnaisp toma para si a preocupação com o redirecionamento de práticas existentes de atenção às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei. Foi incorporada à Pnaisp a Portaria nº 94 que “institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (BRASIL, 2014d). Segundo o coordenador de Saúde Mental da ATSSP, tal portaria é resultado de uma inquietação, já que

a Reforma Psiquiátrica, [...] nunca teve um capítulo específico para pensar e olhar essas pessoas. Então, isso era uma inquietação que os Movimentos da Luta [antimanicomial] tinham, que a sociedade tinha. [...] Um incômodo que a Coordenação de Saúde Prisional também tinha, para olhar para esses indivíduos (COSTA, 2013).

Certamente, essa portaria toca num ponto charneira da difícil relação entre saúde pública e justiça criminal, uma vez que aborda o tratamento do portador de transtorno mental em conflito com a lei, que vem sendo duplamente excluído da sociedade, na medida em que é objeto de encarceramento para a Justiça, na condição de criminoso e objeto de asilamento para a saúde mental na condição de louco. Tal situação coloca esse sujeito num impasse que o coordenador de Saúde Mental da ATSSP descreve da seguinte maneira:

quando a gente fala do louco, do chamado louco infrator, da pessoa que está em medida de segurança, essa pessoa sequer foi considerada pelo Juiz um indivíduo capaz de ser penalizado, porque ele foi considerado inimputável. Quer dizer, no momento do ato, no momento do crime ele não tinha consciência do delito. Então, ele foi inimputável no processo. É injustificável que uma pessoa que seja inimputável, ou seja, sem condições de assumir e responder pelo ato que teve, ela continue sob a tutela da Justiça. Evidentemente, a justiça deve e pode fazer o processo de acompanhamento da evolução daquele indivíduo e o acompanhamento na recuperação dessa cidadania, mas o quê ela não pode é dizer como se recupera a cidadania daquele indivíduo porque ela não tem essa resposta (COSTA, 2013).

Para lidar com esse impasse, relacionado ao modo de tratamento do portador de sofrimento mental em conflito com a lei, a ATSSP formulou a Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que propõe a reorientação do modelo de assistência em saúde mental para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, sob a tutela do Estado brasileiro.

Segundo o coordenador de Saúde Mental da ATSSP, essa Portaria está embasada em experiências de reinserção das pessoas em medida de segurança na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) ou na rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas), tal como realizadas pelo Programa de Atenção Integral Paciente Judiciário (PAIPJ) e pelo Programa de Atenção Louco Infrator (Paili).

Considerar a luta antimanicomial na construção da Pnaisp vai além de respeitá-la em sua condição de lei. Significa, sobretudo, afirmar a participação popular na construção da Pnaisp e, desse modo, constituí-la como política efetivamente pública. Além disso, é importante ressaltar que, ao considerar, na Pnaisp, a luta antimanicomial, cuja sua tarefa é a desinstitucionalização, o Ministério da Saúde posiciona-se na contramão da lógica de encarceramento em massa que atualmente tem sido a forma privilegiada de se fazer segurança pública. Pois, podemos dizer que na sua radicalidade máxima, a luta antimanicomial estende seu questionamento também à prisão, na sua condição de instituição total que promove o encarceramento, condição largamente considerada como grave obstáculo à reinserção social dos indivíduos.

O acompanhamento de políticas públicas propostas pelo Estado, assim como o monitoramento, a avaliação, a produção de dados e o conhecimento da situação da população LGBT e dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, é fundamental para a garantia dos direitos desses segmentos marginalizados e vulneráveis. A contemplação da luta antimanicomial e do movimento LGBT na formulação da política de saúde para as pessoas privadas de liberdade são dois exemplos da participação social na formulação da Pnaisp.

Um ponto de chegada na cartografia da saúde prisional

Iniciamos esse trabalho com uma citação de Benevides e Passos (2005), na qual os autores dizem que “da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida”. Essa afirmação vem ao encontro da cartografia realizada sobre a construção da Pnaisp, uma vez que esta política depende de pactuações que envolvem instâncias governamentais, bem como a sociedade civil, para a reformulação das práticas concretas do cotidiano do sistema prisional, para o qual ela se destina.

A cartografia mostrou-nos que o PNSSP cumpriu um papel político importante, na medida em que colocou, na pauta das três esferas de governo, o tema da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, traçando, assim, o início e o percurso necessário para a formulação da Pnaisp. Na sua construção e implementação, esta, agora, apresenta como maiores obstáculos a serem enfrentados: (1) a relação interfederativa, da qual depende o êxito da responsabilização do governo federal, estadual e municipal para efetivar a Pnaisp no território nacional; (2) a relação dissimétrica entre a lógica da saúde e a lógica da justiça criminal, na qual aquela está subordinada a esta; bem como (3) a implicação da sociedade civil no debate sobre a saúde no sistema prisional, visto tratar-se de um direito da população privada de liberdade.

Sobre a relação interfederativa, em 29 de agosto de 2013, a portaria da Pnaisp foi pauta na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Neste momento, o diretor do DAPES, representando o Ministério da Saúde, e Dr. Augusto Rosine, representando o Ministério da Justiça, defenderam sua aprovação perante os representantes do Conass e do Conasems. E, em que pese os esforços

argumentativos, a portaria não foi aprovada por falta de consenso entre as duas bancadas. Por um lado, a Conasems tinha o entendimento de serem os estados os responsáveis pela saúde no sistema prisional. Por outro lado, o Conass entendia que a responsabilidade cabia ao Estado brasileiro, portanto, devendo cada ente da Federação (governo federal, estadual, municipal) arcar com sua parcela de responsabilidade, conforme prescrita no SUS.

Diante dessa circunstância, o encaminhamento dado ao impasse foi político, cabendo ao Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e diretores do Conass e Conasems a resolução do problema estabelecido entre as duas instituições, a fim de que a Pnaisp fosse aprovada na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013, e publicada no diário oficial no dia 2 de janeiro de 2014.

Essa situação exemplificada, anteriormente, anuncia o grau de dificuldade da pactuação que a ATSSP encontrará com os estados e os municípios para que esses adiram à Pnaisp, que deverá substituir o PNSSP até o ano de 2019. Assim como indica que a pactuação, para além dos aspectos técnicos da gestão, é primordialmente política. É por meio do diálogo entre os gestores estaduais, municipais e sociedade civil que a Pnaisp poderá ser pactuada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e ser incluída nos planos de ação dos estados e dos municípios que aderirem à política. Sobre o conteúdo desse diálogo, o processo cartográfico detectou alguns aspectos importantes que sugerimos ser abordados na continuidade do processo de pactuação, assegurando a transição do PNSSP à Pnaisp.

Na pactuação da Pnaisp nas instâncias do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intergestora Tripartite e nos encontros com gestores de estados e municípios, foi possível perceber o conflito existente na relação entre o campo da Saúde e o campo da Justiça Criminal. No entanto, em algumas situações percebe-se a possibilidade da criação de aberturas a composições. Por exemplo, na 250ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em outubro de 2013, na qual ATSSP e Depen conjuntamente submeteram a Pnaisp à aprovação, foi consenso o quanto esse conflito dificulta a efetivação da saúde no sistema prisional, como podemos ver expresso na seguinte fala:

as angústias que apertam o coração de cada um aqui, principalmente, a relação entre segurança e saúde é crítica. Eu não tenho dúvida de que hoje o que a gente vê nos estabelecimentos penais realmente é uma sobreposição, e algumas ações [de saúde] não conseguem sair em nome da segurança. Não tenho dúvidas de que isso é um grande desafio. [...] Eu entendo realmente que é uma grande angústia e essa é uma angústia nossa e por isso a gente vem pactuando sempre em conjunto. Essa não é uma política que está sendo discutida só no âmbito do Ministério da Saúde. A gente vem discutindo isso também no âmbito da justiça. Entendo também que quem tem a chave do cadeado é a justiça e que ela vai ter que abrir a porta, senão a política [Pnaisp] não entra (BARRETO, 2013).

Nesse contexto de aprovação da Pnaisp, podemos ver que a ATSSP e o Depen apresentaram discursos convergentes. Percebemos, na construção da Pnaisp, como política interministerial, a ATSSP, que atua a partir da lógica da saúde, e o Depen, que trabalha com a lógica da justiça criminal, conseguiram uma boa composição, apesar das diferenças entre si. Isso demonstra que os princípios que constituem o SUS são capazes de interferir na lógica meramente punitiva e

que a dissimetria de poder existente entre a justiça criminal, baseada na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, referida ao período militar, e o SUS, contextualizado no período de promulgação da Constituição Federal de 1988, pode ser bem trabalhada.

Nesse sentido, entendemos que a mesma atitude aberta a composições deve estar presente na pactuação em âmbito estadual e municipal, caso almeje atingir os profissionais da Saúde e da Segurança, no seu cotidiano do sistema prisional.

A estratégia da transversalização dos saberes e práticas de saúde, utilizada para construir a Pnaisp em âmbito federal, é outro ponto a ser tratado na pactuação com estados e municípios, na medida em que é por intermédio dela que é possível traçar a rede necessária para conhecer, por um lado, os reais problemas de saúde presentes no sistema prisional e, por outro lado, vislumbrar os recursos disponíveis na rede de saúde do território em que estão inseridos os estabelecimentos prisionais.

Entendemos que a estratégia de transversalização permite, por exemplo, conhecer quais são os problemas reais de saúde que atinge as mulheres privadas de liberdade e como a Política Nacional de Saúde da Mulher pode alcançar esse seguimento da população privada de liberdade no território local. Que tipo de enfermidade pode adquirir as crianças que estão com suas mães em presídios femininos e como a Política Nacional de Saúde das Crianças pode entrar nesses locais. O mesmo vale para a saúde dos homens, que são maioria no sistema prisional.

Em suma, é sabido que os presídios, na sua maioria, em decorrência das suas condições estruturais insalubres e da superlotação, são locais propícios para proliferação, por exemplo, doenças infectocontagiosas (tuberculose, DST/aids etc.) que atingem tanto a população prisional quanto o território onde se encontram esses presídios. Nesse sentido, é necessário transversalizar os saberes e as práticas de cuidado de forma a lidar com as enfermidades que se potencializam em espaços de confinamento como são os estabelecimentos prisionais.

Nesse contexto da rede de cuidado, surge outro ponto que consideramos de grande pertinência para o diálogo necessário à pactuação da Pnaisp. Atentamos para a participação da sociedade civil, cujo papel é fundamental na proposição de temas imprescindíveis à Pnaisp, tal como aconteceu durante a realização da consulta pública, da escuta ao movimento da luta antimanicomial e do movimento LGBT. Entendemos que, malgrado o sistema prisional consistir-se em um espaço de confinamento, os efeitos da ausência de cuidados destinados às pessoas privadas de liberdade extrapolam os muros, pois doenças como as infectocontagiosas não permanecem intramuros. Logo, o sistema prisional precisa ser pensado como uma questão de saúde coletiva que envolve a sociedade civil.

Sendo assim, entendemos que a rede de cuidado especializado, que envolve a saúde da família, a atenção psicossocial, o consultório de rua, a rede de atenção ambulatorial, a urgência e emergência, a vigilância sanitária e epidemiológica etc., deve ser mobilizada para prestar a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, a fim de que essa população possa ser incluída definitivamente no SUS. Para tanto, a mobilização deve ser feita com a sociedade civil e com os movimentos sociais presentes no território, no qual está inserido o sistema prisional, uma vez que estes podem indicar modos de cuidados que valorizem a dignidade humana, tal como aconteceu nas experiências de desinstitucionalização de pessoas em medidas de

segurança, nos estados de Minas Gerais e Goiás, e também na experiência de organização de ala específica para a população LGBT, no presídio central de Porto Alegre/RS.

A orientação da cartografia para a pactuação nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal) é, portanto, evitar o confronto e, diferentemente, criar condições para a transversalização de lógicas distintas (segurança e cuidado) para assim construir modos de cuidar, ao mesmo tempo eficientes e éticos, imprescindíveis à construção do sistema prisional como espaço para o exercício de direitos dos cidadãos.

■ Referências

BARRETO, M. Informação verbal extraída na 250ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasília, 2013.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, 2005.

BRAGA, A. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014. Estabelece os parâmetros de acolhimento de LGBTs em privação de liberdade no Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 74, 17 abr. 2014a. Seção 1, p. 2.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 7, de 14 de abril de 2003**. Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica. Brasília, 2003a Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-07-de-14-de-abril-de-2003.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [Brasília]: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, 2012. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Consulta pública do Sistema Único de Saúde**. Documento: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP. Brasília, 2010a. p. 3 Disponível em: <http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/INDEX.PHP?MODULO=DISPLAY&SUB=DSP_CONSULTA#>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2003b. Seção 1, p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de agosto de 2013**. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1679_12_08_2013.html>. Acesso em: 5 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP) no âmbito do sistema único de saúde (SUS). 2014c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 5 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília, 2005. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília, 2010b. 172 p.

COSTA, L. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

FIGUEIREDO, R. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

JOB, F. Informação verbal extraída da reunião interministerial MS/MJ dos Secretários de Justiça de Estados. Brasília, 2013.

MARQUES, M. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

PASCHE, D. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

PITTALUGA, L. Entrevista concedida a Cristiano Rodrigues de Freitas. Brasília, 2013.

RODRIGUES, C.; TEDESCO, S. H. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In: TEDESCO, S. H.; NASCIMENTO, M. L. **Ética e subjetividade**: novos impasses no contemporâneo. Porto Alegre: Sulinas, 2009.

ROSSINI, A. Informação Verbal extraída da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Brasília, 2013.

TEDESCO, S. H.; SOUZA, T. P. Territórios da Clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

PARTE III

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Mulheres, gestação e drogas: pontes de cuidado no município de Jundiaí/SP

Ariane Goim Rios
Silvia Maria Santiago

Há um princípio bom que criou a ordem, a luz e o homem, e um princípio mau que criou o caos, as trevas e a mulher.

PITÁGORAS

Introduzimos o capítulo com essa citação que foi escolhida por Simone de Beauvoir em seu livro *O segundo sexo*. Uma frase que representa (in)adequadamente o triste princípio e lugar social que foi relegado à mulher no decorrer dos tempos.

Pode-se imaginar a dificuldade de romper paradigmas históricos tão sedimentados. De Eva às bruxas e mais sutilmente na Idade Contemporânea, a figura da mulher foi alvo de estigmas. De alguma forma, as representações sociais reservaram à mulher um lugar dicotômico entre o sagrado e o profano. Apesar dos avanços e da maior inclusão social das mulheres, ainda se observa em diferentes sociedades uma imagem feminina que oscila entre extremos: de um lado a figura da pureza, próxima das santas religiosas, quando observado preceitos conservadores e, de outro, uma concepção que as rotula como transgressoras e pecadoras, quando levam a vida de forma mais livre de pré-conceitos.

E nos tempos atuais? Quais são os rótulos para atirar ao alvo, já que estes se tornaram *démodé*? Esse resgate histórico é necessário para entendermos que esse espetáculo da vida da mulher não é novo. Outras personagens e outros roteiros já integraram esse palco das tragédias femininas. Portanto, não podemos falar de mulheres usuárias de álcool e drogas, sem falar antes de mulheres, do mundo que as cerca, da história herdada e do (des)valor social que lhes foi atribuído.

Fazendo rapidamente uma busca com a menção “mulheres usuárias de álcool e outras drogas” encontramos inúmeras definições em notícias da mídia: “mulheres de pedra”; “mães do Crack”; “grávidas na crackolândia”; “vítimas do Crack”; “Filhos das drogas”; “Escravas do Crack”; “Gravidez na idade da pedra” e por aí vai.

Não é disso que este capítulo tem a pretensão de tratar. De uma definição em que a droga é a protagonista, em que o objeto virou sujeito e o sujeito virou objeto. Não queremos reproduzir essa relação invertida. O sujeito da história deve ser sempre a mulher e não a substância.

É preciso compreender a complexidade do tema. Muitas vezes o foco das discussões se restringe na reflexão sobre as consequências do uso de drogas ao bebê e a culpabilização dessa mulher. Outras vezes, numa vitimização e desresponsabilização dos sujeitos, sobrecarregando apenas um componente desse tripé imprescindível que é a Sociedade/Estado/Mulher. Entendemos que o enfrentamento exige visão não fragmentada da problemática em que haja contrapartidas e investimentos de todos.

Portanto, neste capítulo desejamos problematizar e pensar na construção de práticas de cuidados mais integradas e integradoras, analíticas e não meramente reprodutoras de conceitos prévios sobre esta mulher em período de gestação. Como ir em direção a esta mulher e acolhê-la na escolha de alternativas para a maternidade, estabelecendo com ela um plano comum? Não seria esta a função primeira dos serviços de saúde?

Mulheres, drogas e gestação

Embora a dependência de substâncias seja mais prevalente entre os homens, as mulheres constituem um grupo crescente e um subgrupo vulnerável. Durante muitos anos houve escassez de produção científica considerando a diferença de gênero na questão da dependência (GALERA; ROLDAN; O'BRIEN, 2005).

Segundo Zilberman e Blume (2004) apud Bordin et al. (2010), a dependência de substâncias pode ser subdiagnosticada em mulheres, pois além de terem menor presença nos serviços de atendimento especializados, apresentam queixas vagas nos serviços não especializados que infelizmente contam com o despreparo das equipes para abordagem/diagnóstico da temática de forma direta, reforçando muitas vezes o estereótipo da mulher usuária de substâncias como moralmente condenável. Além disso, a escassez de estudos específicos para a mulher pode ter contribuído para a criação de alguns mitos, tais como: que a aderência das mulheres no tratamento é mais baixa e que a evolução e o prognóstico das mulheres em relação aos homens são piores.

Outros autores também ponderam sobre o impacto dessa baixa produção científica e o estigma que existe em torno da temática: mulheres que usam drogas são frequentemente rotuladas como negligentes, têm o estereótipo associado à agressividade e promiscuidade e que falharam ao tentar desempenhar o papel doméstico (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004). Além disso, há também o fato de serem as mulheres um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos (JALIL et al., 2014).

Ainda, há que se pensar que quando associamos essas duas palavras “gestação e drogas” muitas questões são suscitadas na subjetividade: “direito à vida e saúde do bebê x direito à liberdade da mulher”; “abstinência x redução de danos”; “bebê indefeso x mãe má”. Uma forma dicotômica de pensamento que não tem sido eficaz no manejo da questão.

Essas afirmações trazem mensagens implícitas extremamente capciosas: a ideia de que o uso de drogas diz respeito a um problema individual, ignorando o construto cultural, social, econômico, histórico e político a que estamos agenciados. Além disso, não podemos ignorar que o universo do cuidado ao usuário de álcool e drogas engatinha na construção de práticas baseadas em evidências.

É sabido também que a gestação de uma usuária de álcool e outras drogas é considerada de alto risco. Segundo Kassada et al. (2013), as gestantes com dependência química têm menor adesão à assistência pré-natal, menor participação em grupos de gestantes e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Diante disso, importante pensarmos em como a saúde e outras políticas vem se organizando para oferecer a assistência integral que essas mulheres têm direito.

Panorama da saúde

No Brasil, a saúde é um direito garantido na Constituição Federal e pela Lei nº 8.080/1990 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS). Como direito, deve ser promovida pelo Estado por meio de políticas públicas. O SUS está alicerçado em diretrizes e princípios que o regem e que são dignos de admiração em todo mundo: escolhemos um sistema que deve atender à UNIVERSALIDADE; à INTEGRALIDADE e à EQUIDADE.

Quando buscamos a aplicação desses princípios na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas e aqui, mais especificamente, às mulheres usuárias, precisamos compreender qual concepção de saúde temos no que se refere a esta temática e porque este assunto ganhou mais relevância na contemporaneidade, inclusive na mídia.

Atualmente, vivemos o momento de mudança e consolidação de um novo modelo de atenção que teve início com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Em contraposição ao modelo clássico da Psiquiatria, que tinha como principal estratégia o hospital psiquiátrico e o isolamento dos usuários, o novo modelo de atenção psicossocial de base comunitária propõe a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que conta com diversos componentes, conforme descrito na Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, entre outras.

Assis, Barreiros e Conceição (2013) ponderam:

Muitas são as premissas da Reforma Psiquiátrica: a proposta de construção de um modelo de cuidado em rede; a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental; a busca pela emancipação dos usuários, pelo rompimento do preconceito e do estigma em relação ao sujeito que enlouquece; os investimentos na participação e organização das famílias dos usuários como fundamentais na proposta do cuidado; a luta pelos direitos dos usuários. Seriam essas premissas igualmente promulgadas quando o assunto é o cuidado destinado aos usuários de drogas?

O que verificamos é que esse novo paradigma de atenção ao usuário de drogas representa um avanço, porém se verificarmos a implantação da Raps em todo território brasileiro teremos cenários bastante desiguais e que ainda enfrentam muitas oposições para a sua efetivação.

Diante disso, surgem algumas reflexões: que desafios éticos e técnicos esses princípios do SUS nos impõe no cuidado oferecido às usuárias de álcool e outras drogas? Como deve ser uma rede de cuidados integral a gestante usuária de álcool e outras drogas? Como determinamos em que momento/contexto estas precisam de cuidado e da intervenção do Estado para que não haja em nome da proteção, violação de outros direitos (liberdade, dignidade etc.)? Quais políticas públicas conseguimos construir nesse sentido? O que temos a oferecer de cuidados efetivos a essas mulheres? Quais práticas temos baseadas em evidências? Até que ponto ainda somos regidos por um cuidado autoritário e vigilante, herança do poder pastoral indicado por Michel Foucault? Qual a concepção que temos sobre a mulher em nossa sociedade? E sobre a maternidade? Qual a visão predominante sobre o consumo de substâncias: Proibicionista? Dualista? Maniqueísta? Polarizada? Quais interesses financiam/estruturam essa visão?

Enfim, muitos são os questionamentos quando temos à frente um tema tão mobilizador. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas (2003), propõe:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Em tal política, a Redução de Danos constitui-se enquanto um novo paradigma para se abordar a temática das drogas. Entretanto, Souza (2013) alerta-nos que ainda existe muita resistência, tanto no campo da Saúde quanto no conjunto da sociedade em relação à proposta, atravessada pela norma moral, médica e jurídica.

Como veremos, a política proibicionista antidrogas inseriu a norma da abstinência como paradigma hegemônico para tratamento de usuários de drogas. Dentro desta lógica, usar drogas e se cuidar são atitudes incompatíveis, sendo a abstinência o correlato higienista do ideal de um mundo sem drogas [...]. No regime de criminalização e condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença, e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso.

Avalia-se, portanto, que o cuidado às mulheres usuárias de álcool e outras drogas traz à tona questões técnicas e éticas centrais que desafiam o SUS na prática: pensar em um sistema universal, equitativo e integral que seja capaz de repensar conceitos, de criar alternativas e novos caminhos de assistência em saúde que respeitem a singularidade e a complexidade dos fenômenos humanos, em um olhar sempre crítico aos diagramas que nos atravessam.

Redes e os territórios existenciais

Desde a organização da assistência à saúde no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, os centros de saúde já apresentavam atenção à gestante, ao pré-natal e à criança nas ações da puericultura. As formas prescritivas de organizar o pré-natal atravessaram as décadas e vêm tentando se modernizar desde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde de 1983/1984. O PAISM foi revolucionário no que se refere a entender a mulher para além do lugar de mãe e de trabalhadora do lar, reconhecendo que as tarefas da mulher estavam se tornando cada vez mais complexas, tanto domésticas como no mercado de trabalho. Os novos conceitos e política inclusiva do PAISM atravessaram os anos e foram acolhidos nas diretrizes do SUS e modernizados, mas pouco se evoluiu no cuidado pré-natal, exceto no que se refere aos inegáveis avanços técnicos e tecnológicos do programa.

Nos últimos anos no País, numa iniciativa de diminuição da mortalidade infantil e materna, além das ações preconizadas na atenção integral à saúde da mulher e à criança, vem sendo implementada a Rede Cegonha. A Rede Cegonha tem por objetivo enfrentar a situação epidemiológica preocupante de mortalidade infantil neonatal, ainda alta e por causas evitáveis, e a morbimortalidade materna, estruturando e organizando a atenção materno-infantil no País (BRASIL, 2013). Assim, em 2011, é instituída a Rede Cegonha no SUS, por meio da Portaria MS nº 1.459/2011 que enuncia:

consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I – fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II – organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III – reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Os princípios da Rede Cegonha, enunciados na política, são: humanizar o parto e o nascimento; organizar os serviços em rede; avaliação de risco para o acolhimento da gestante e do bebê; vinculação da gestante a uma maternidade (gestante não peregrina); realização de exames em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Importante compreender que a Rede Cegonha é composta por quatro componentes que são: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Na referida portaria, uma das diretrizes apresentadas versa sobre *“a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal”*.

Ora, se já é reconhecida a dificuldade de acesso e adesão dessas mulheres (discutiremos tópico de adesão nas considerações finais) ao pré-natal, compreendemos que a diretriz anteriormente apresentada na Rede Cegonha poderia contribuir para o desenvolvimento de novas práticas em saúde. Porém, compreendemos que não é possível pensar em cuidado em saúde sem pensar em rede e território.

Onde estão essas mulheres? Que território ocupam (geográfico e existencial)? Como o sistema de saúde pode acessá-las e vinculá-las ao cuidado? Como oferecer o pré-natal nesse contexto? Como a Rede Cegonha pode qualificar a assistência das mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas?

A Rede Cegonha, conforme está sendo proposta, baseia-se fortemente na epidemiologia, no risco, não só no diagnóstico da situação de morbimortalidade infantil e materna, mas também a partir dela são colocadas as proposições de enfrentamento dos problemas. Há ênfase na qualificação técnica dos profissionais, conforme as boas práticas baseadas em evidências, da melhoria da ambiência das maternidades, da garantia do transporte da gestante até a maternidade e da garantia do cuidado hospitalar ou em casas de parto. Uma rede pensada principalmente em pontos, serviços que devem se articular para atender a gestante no momento do parto. Uma rede árvore, com raiz bem definida e sem muitas aberturas para a coformulação de propostas e gestão dos problemas com usuárias e comunidades.

Cabe ponderarmos que o campo da Saúde é um dos mais atravessados por regras e definições de fluxos pelos territórios da saúde e de tempos técnicos e administrativos, por vezes mais, por vezes menos conflitantes e que nem sempre levam em consideração as condições dos usuários de percorrer territórios.

Quanto mais distante a formulação das proposições da rede, mais visível o contingente de regras e necessidade de adaptação do usuário, o que exige estruturação de vida que permita estar à disposição dos serviços para os acompanhamentos previstos, em fluxos propostos. Uma rede de pontos isolados, que são os serviços de saúde, mas ainda sem definição sobre como esta se conecta com as inúmeras redes que existem e estão atuantes e vivas nos territórios tende a ser menos efetiva do que o planejado para ela.

Deleuze e Guattari, em *Mil Platôs*, presenteiam-nos com um conceito que vem da Botânica, mas que ganha novo significado aos olhos dos autores: rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

No dicionário Michaelis, seguindo a definição da Botânica, o significado de rizoma é “*um caule subterrâneo no todo ou em parte e de crescimento horizontal*”.

Para os autores, “rizoma” é definido por meio de seis princípios: os princípios de conexão e heterogeneidade; multiplicidade; ruptura a-significante; cartografia e decalcomania (DELEUZE; GUATTARI, 2011b).

Portanto, que rede é esta que considera os rizomas que pulsam nos territórios e que se conectam a eles?

A novidade que pode vir do nível local, das ruas, de onde vivem as pessoas. Enquanto a gestão imagina formas de organizar o mundo para os indivíduos viverem e circularem, estes já estão percorrendo suas rotas e vivendo suas venturas e desventuras sem cerimônia. Os desencontros entre a formulação de políticas e os sujeitos não configuram as melhores condições para a organização de redes mais rizomáticas e cheias de sentidos para os usuários.

A ideia de uma rede de pessoas e não de pontos isolados de serviços e com forte protagonismo do nível local pode se configurar como trajetórias possíveis, mas sem roteiro prévio muito bem estabelecido, que permite reconhecer recursos do âmbito local e das comunidades nem sempre esperados e de alta qualidade para o trabalho compartilhado na organização das redes rizomáticas (Santiago; Andrade). Chamamos de redes rizomáticas aquelas que são o produto da conexão entre as redes de serviços de saúde com os rizomas de múltiplas composições que estão atuantes nos territórios de onde vêm os usuários. Uma fusão na qual a esperança é que a forma rizomática e inclusiva de funcionar prevaleçam.

Apesar dos recursos significativos nos territórios de onde vêm os usuários, pouco se tem cogitado sobre a ampliação do protagonismo do âmbito local na definição de iniciativas em redes rizomáticas que incluam todos os envolvidos. Há sempre um sentimento de tarefa demasiada complexa que deve ser pensada longe das redes locais. E, também, a ideia corrente na gestão de que há um nível formulador (pensante) e um executor (o nível local), desconsiderando que trabalhadores e usuários são máquinas desejantes e formuladoras de soluções para seus problemas. Assim, a necessidade de se proporcionar espaços de trocas de experiências, de estabelecimento de planos comuns, onde heterogêneos se relacionam, seria um caminho para começar a rede (JULLIEN, 2009) (KASTRUP; PASSOS, 2013). Ou por outra, dar visibilidade e vida a algumas radículas que já existiam nos contatos esporádicos entre profissionais e desses com os usuários. Estabelecimento de espaços onde as relações possam ocorrer de forma parêntica, de lateralidade (KASTRUP; PASSOS, 2013). Uma rede que desperte o desejo da mulher gestante conectar sua rede rizomática a ela.

Compreendemos nessa perspectiva que uma pequena rede informal entre um ou outro profissional, entre uma usuária e um profissional, ou a trajetória não esperada de uma usuária pode motivar a constituição de um rizoma mais amplo e com maior potência para o cuidado. Muito menos uma rede raiz, que tivesse uma origem bem definida e programada, identificada, mas muito mais um rizoma com características inusitadas, alta heterogeneidade de indivíduos e desejos, que na multiplicidade buscam maior conexão. Um mapa aberto com pontos de orientação, latitudes, que vão sendo identificadas e que possam se manter abertas, como manda a boa (des)organização de serviços de saúde conectados ao território, pois a lógica organizativa é outra e está menos no âmbito do serviço de saúde e mais nas necessidades dos usuários, chamando por novos trajetos, por novos territórios.

Uma rede sempre aberta e desejante de expansão e que reconhece a força do território, mesmo os menos convencionais. São rizomas que resistem às intempéries que sempre se apresentam no campo da Saúde. Uma rede rizomática, mesmo que tímida pode se formar e perdurar, como o desejo de vida que está sempre lá em algum lugar (uma tal erva daninha que invade as grandes estruturas burocráticas para lhe dar outro sentido).

Um primeiro passo na direção de criar as condições de conexão ao rizoma local e ir ao encontro dos usuários seria desterritorializar os profissionais dos serviços de saúde, aproximá-los dos territórios de fora dos serviços, o território não conhecido e de onde vêm os usuários (HAESBAERT, 2005). A desterritorialização pode criar as condições para escuta ampliada, desde os profissionais de saúde e gestores, até os usuários. Um movimento que poderá reterritorializar a todos, mas numa situação de expansão de seus mundos que concorra para provocar conexões, acertos, combinações, compreensões.

O contato com o território do outro, aquele que nem sempre desempenha seu papel como o desejado, pode mostrar sua potência para ações portadoras de vida e para o cuidado.

Território é um conceito que se realiza no interior e no exterior dos serviços de saúde. Entendido como produto da territorialização de meios e ritmos (DELEUZE; GUATTARI, 2011a), ou fluxos e fixos (SANTOS, 2008b), configuram-se de forma diferente em cada município para a produção de saúde. Importante considerar o quanto os meios e os ritmos constituem

os territórios existenciais diferentes de profissionais e usuários e quais as possibilidades de construção de planos comuns onde relações de interação e comunicação podem se dar. Tanto internamente aos municípios como para as conexões externas.

Nas cidades, grandes ou pequenas, é onde se cumpre a descrição do geógrafo Milton Santos sobre as áreas luminosas da sociedade, ricas em tecnologias, muitos fluxos e recursos, em contraponto com as áreas opacas, territórios distantes nas periferias das cidades, apontando, desavisadamente uma vulnerabilidade, uma lentidão nos fluxos. Porém, o olhar aproximado e o estar presente nestes territórios mostra que, no dizer do autor, a força dos fracos é seu tempo lento. O tempo que ajuda no cuidado, pois lentificados ficamos todos no adoecimento, assim como que desterritorializados no próprio território. É neste interespaço que propostas alternativas podem se colocar para tecerem condições para o cuidado, com o que de melhor cada território, repleto de sujeitos e seus desejos, pode oferecer.

No caso das gestantes usuárias de álcool e outras drogas, a questão que se coloca para a Rede Cegonha é o quanto ela está qualificada para, no encontro consentido e consensado com estas mulheres, construir o cuidado necessário que permita que ela e seu bebê possam se tornar uma dupla parceira, ou por outra, que a gestante possa realmente desejar ser mãe e realizar seu desejo. Vitória do serviço de saúde, das duas partes, de todos nós.

A seguir, apresentaremos a experiência de “gestação” de uma rede constituída no município de Jundiaí para mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas, denominada “Flores de Lótus”.

Rede Flores de Lótus

Partimos do princípio que o abuso de álcool e outras drogas é um fenômeno multifatorial e sistêmico, portanto, requer que o cuidado oferecido a essas mulheres ultrapasse a esfera da saúde e trabalhe em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

No município de Jundiaí, o tema do abuso de álcool e drogas ocupava evidência em diversos contextos, inclusive no Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) da Defensoria Pública, principalmente a partir de 2010: no atendimento de familiares que solicitavam tratamento compulsório aos seus parentes usuários de álcool e outras drogas; na área criminal em que cresciam as prisões de usuários pelo crime de tráfico de drogas; nas reuniões da Rede da Criança e do Adolescente (Redeca) e, por fim, nas Audiências Concentradas³⁵ da Vara da Infância e Juventude que começaram em 2011 no município de Jundiaí.

³⁵ É preciso esclarecer que após a Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, ficou determinada a necessidade de estudo e reavaliação periódica da situação de crianças e adolescentes acolhidos, segundo a qual essa análise deveria ocorrer no máximo a cada seis meses, sendo de responsabilidade das instituições de acolhimento, do Poder Judiciário e do Ministério Público o cumprimento do disposto nos artigos 19, §1º, e 92, §2º, ambos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A importância da reavaliação da situação de crianças e adolescentes acolhidos vinha no sentido de respeitar o ECA e a nova lei que traziam os princípios da excepcionalidade e provisoriedade da medida de acolhimento e a primazia da permanência e proteção da família de origem, ou extensa, sendo a adoção a medida mais radical e somente quando todas as possibilidades de superação das vulnerabilidades fossem esgotadas. A recomendação da Corregedoria Nacional de Justiça inserida na Instrução Normativa nº 02, de 30 de junho de 2010, previu a realização de audiências concentradas, nas quais o magistrado se vale de equipe interprofissional para realizar levantamento da situação das crianças e adolescentes inseridos em medida protetiva de acolhimento. Para instrumentalizar essa reavaliação periódica, a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça havia determinado que as Comarcas deveriam realizar no mínimo semestralmente as Audiências Concentradas.

As Audiências Concentradas na Vara da Infância e Juventude são precedidas por uma reunião de discussão de casos com os serviços de acolhimento e a rede. A pergunta que pairava no ar era: “Por que essas crianças estão aqui? O que justificou o acolhimento e o rompimento familiar”?

A resposta que se fazia ouvir era quase sempre a mesma: “a mãe é usuária de drogas” ou ainda, “os pais são usuários” e não haviam encontrado na família extensa uma alternativa de proteção à criança. Buscando compreender a extensão dessa situação identificada, a Defensoria Pública com o setor técnico do Tribunal de Justiça realizou um levantamento informal e verificou que aproximadamente 90% das crianças que estavam acolhidas, naquele momento, a problemática das drogas era o fator que havia motivado o acolhimento. O incômodo intensificou-se.

Nessa mesma época, outros movimentos ocorriam no município: com a extinção dos procedimentos verificatórios na Vara da Infância e Juventude, a rede precisava se reorganizar. Portanto, fluxos começaram a ser debatidos e construídos para reorganizar o trabalho em rede, principalmente no que dizia respeito às competências do Conselho Tutelar, ao setor técnico do Fórum e aos serviços socioassistenciais da rede. Verificou-se nesses fluxos que, muitas vezes, a rede só tinha conhecimento ou acesso a essa gestante usuária de drogas no momento do nascimento da criança. Como era de se imaginar, apenas os poucos dias de internação na maternidade eram um período de tempo muito curto para trabalhar com a puérpera e a família extensa no sentido de evitar a separação mãe-bebê e a vinculação dessa mulher ao cuidado para a questão álcool e drogas. Urgia a necessidade de um trabalho mais estruturado durante a gestação.

Nessa mesma época, o Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil divulgou alguns resultados que também apontavam como causa associada de mortes que eles investigavam, o uso de álcool e drogas, apesar de Jundiaí ter reduzido o índice de morbimortalidade infantil e materna de maneira geral.

Em 2012, essa discussão foi levada para a Rede da Criança e do Adolescente (Redeca) e formou-se uma Comissão que tinha por objetivo pensar nessa temática. Em 2013, esse grupo começou a se reunir e inicialmente a ideia foi estruturar um fluxo, uma referência para esse trajeto do cuidado intersetorial, que foi elaborado. Mas, brevemente, verificamos que os casos têm “vida própria” e as rotas percorridas são bastante diversificadas. Portanto, há um esforço contínuo por manter vivo na rede os conceitos de rizoma e território anteriormente apresentados e criar as condições para que esta rede se concretize de forma rizomática.

Em continuidade aos trabalhos, a rede visitou alguns locais de referência no estado de São Paulo, pesquisamos artigos e experiências de outros municípios, em um movimento de compreensão de outros territórios, para que, por meio deles, pudéssemos compreender melhor o nosso território de vida e de trabalho.

Enfim, era chegada a hora de ampliar a discussão, levar o debate para toda a rede e não somente para os serviços especializados. Decidiu-se organizar um evento de sensibilização para o tema: “A maternidade como possibilidade de transformação da mulher usuária de álcool e outras drogas: do vínculo ao trabalho em rede”.

Em março/2014, 200 pessoas reuniram-se em um dia de palestras e debates sobre o tema. Buscou-se dar voz às mulheres que vivenciavam essa situação que estavam em tratamento no Caps ad. O evento contou, ainda, com exposição fotográfica da relação mãe e filho. No final do evento, outros profissionais foram convidados a compor essa Comissão. Assim, essa rede foi gestada. Buscou-se mantê-la em um sistema aberto e horizontal, sem estrutura vertical.

A partir de então o grupo ampliou-se e atualmente as reuniões são realizadas quinzenalmente na Defensoria Pública e é composta por representantes dos diversos setores do município (Defensoria Pública, equipe técnica do Tribunal de Justiça, Caps, Caps ad, Caps infantojuvenil, Consultório na Rua, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Creas POP, Equipe Técnica da Maternidade de Referência do Município/Hospital Universitário, Ambulatório de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde Mental, Conselho Tutelar, entre outros). Importante esclarecer que a rede já alterou sua composição em diversos momentos e optamos por manter essa estrutura aberta, pois é necessário incorporar esse movimento natural das mudanças (tanto dos profissionais, quanto das secretarias, da política do município etc.). No segundo semestre de 2014, novo evento foi realizado, dessa vez para tratar da redução de danos: “Psicologia, Drogas e Cidadania: por uma política de redução de danos e direitos humanos” com a participação de aproximadamente mais 200 profissionais de diversas áreas.

Atualmente, o objetivo da rede é realizar a cogestão dos casos; identificar, analisar e aperfeiçoar os itinerários terapêuticos com as gestantes; fortalecer o vínculo destas com os serviços da rede; articular políticas públicas para o cuidado integral com ênfase no território, suas potencialidades e vulnerabilidades. Porém, esta não é uma missão terminativa. Outros objetivos deverão ser incorporados nessa concepção de que há sempre um “devir” possível.

Nesse momento, ainda estamos buscando articulação com a Rede Cegonha no município de Jundiaí que, ao que temos conhecimento até o momento, pactuou o recebimento da verba federal e realizou investimentos para ambiência e estruturação da UTI Neonatal.

As portarias da Rede Cegonha não tratam especificamente da situação do uso de álcool e drogas, mas entendemos que seus princípios poderiam abarcar a qualificação da assistência em saúde, desde que essa rede atue de forma mais integrada com a organização já existente nos municípios em um sistema aberto.

Concluimos, portanto, que a experiência trilhada trouxe alguns aprendizados embrionários e muitos questionamentos das possibilidades futuras engravidadas de vida pelas parcerias que foram se constituindo desde os primeiros movimentos desta rede rizoma.

■ Considerações finais

Um dos aprendizados que temos ao trabalhar com a temática álcool e drogas é o cuidado para não cair na armadilha da dualidade impotência versus onipotência. Os dois extremos nos levam a erros. Se, por um lado, o sentimento de impotência imobiliza, paralisa, desassiste e mina a pulsão de vida, o outro extremo da onipotência nos coloca em uma relação vertical que não se sustenta, por vezes autoritária, invade a subjetividade do outro e, no final de contas, frustra a todos. Urge também esclarecer que o objetivo do presente capítulo é problematizar a questão.

O tema é instigante e parece colocar em xeque supremacia de direitos. Será que cuidar de uma gestante usuária de álcool e outras drogas em uma perspectiva de redução de danos é uma proposta inconciliável com o direito à saúde do bebê gestado?

Para refletir sobre isso, importante pensarmos em quais as respostas que a sociedade conseguiu construir para essa temática até hoje e fazer uma leitura de alguns movimentos existentes.

Haverá defensores da medida de internação compulsória. Outros poderão levantar a bandeira da legalização do aborto. Outros ainda continuarão simplesmente atacando o uso de drogas como problema individual e, portanto, condenando moralmente essa mulher.

Por fim, pode-se simplesmente calar-se diante da realidade, negá-la, negligenciá-la, “fingir” a prestação de uma assistência em saúde de forma superficial, que novamente joga unicamente sobre o outro a responsabilidade de sucesso ou fracasso, afinal, não cansamos de ouvir que “usuário não aderiu à proposta de tratamento oferecida”.

Ficam novas perguntas: quem desistiu primeiro? Quem não aderiu? O serviço, o profissional, a rede ou o usuário? O que é um cuidado possível? É aquele que idealizamos e corresponde ao nosso desejo? Será que precisamos repensar conceitos?

A redução de danos (RD) parece apontar uma perspectiva da clínica do possível. Importante ressaltar que a política de redução de danos não é contra a abstinência. Apenas não parte desse pressuposto para oferecer o cuidado e a assistência. Para a RD a abstinência pode ser uma meta terapêutica, mas não a única. Souza (2013) fala-nos que a RD se constitui “enquanto uma perspectiva de análise que atravessa toda esta produção, sendo, portanto, um ponto de vista atento às singularidades e as diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas”.

Ou seja, se admitimos concepção ampla de saúde, estratégias de RD podem ultrapassar a relação da mulher e o uso de drogas na norma da abstinência e abordar questões de moradia, de alimentação, de higiene, de segurança pública e de assistência social, por exemplo. Dessa forma, a vinculação ao tratamento para a questão do uso de drogas vai se construindo paralelamente com o estabelecimento de vínculo e atendimento das necessidades identificadas numa perspectiva de integralidade.

Muitas vezes, conseguir articular ambiente protegido e seguro (pensão, política de habitação, serviços de acolhimento noturno, albergues etc.) para uma mulher que vive em situação de rua e violência urbana pode significar sim redução de danos e promoção de saúde. Muitas dessas mulheres vivenciam situação de violência de gênero e este aspecto precisa ser trabalhado de forma integrada, uma vez que pode ser impeditivo para a vinculação ao tratamento.

Outras vezes, essas intervenções dizem respeito à reaproximação com a rede de suporte social que a mulher possui e à construção de novas pontes de cuidado. Isso pode se dar por meio de reaproximação familiar, ou mesmo com pessoas que ocupam o território existencial que podem contribuir para o cuidado (pontos de apoio para alimentação, higiene pessoal etc.). Exemplificamos essas circunstâncias para demonstrar que o cuidado deve ter uma amplitude.

Compreender o território e a inserção da mulher nesses espaços pode contribuir para a superação de vulnerabilidades que ultrapassam o uso da substância.

Ainda que se parta de uma lógica binária, em que a saúde do bebê é o interesse superior, cuidar da mãe significa cuidar do bebê, já que o ambiente do bebê é a mãe. A busca ativa e a visita domiciliar demonstraram ser estratégias essenciais e estruturantes para o acompanhamento realizado. Nessa perspectiva é pautado um atuar em saúde mais proativo e nos diferentes níveis de atenção.

Além disso, importante refletir que nos acompanhamentos realizados em rede, mostrou-se imprescindível o trabalho com a família extensa e a figura paterna masculina. Retornemos ao início do capítulo. Talvez agora possamos compreender que o estigma em relação aos usuários de drogas é uma realidade, mas o que recai sobre a mulher usuária de álcool e drogas é maior. Partimos do princípio de que uma gestação implica um encontro sexual entre um homem e uma mulher. Interessante observarmos que as matérias de jornais e revistas frequentemente esquecem-se da dupla parental, e mais especificamente da corresponsabilidade masculina, culpando e colocando em cena apenas as mulheres nesse contexto e sua “inaptidão” para a maternidade. Portanto, trabalhar com os sujeitos significativos desse contexto é de suma importância para o compartilhamento do projeto terapêutico.

Também avaliamos que o trabalho deve ultrapassar a gestação, possibilitando acesso a programas de planejamento familiar e cuidados com o bebê (maternagem), com objetivo de manutenção do vínculo, inclusive ao tratamento AD.

Compreendemos que a formação de redes intersetoriais pode contribuir para a qualificação da assistência integral em saúde e superação de estigmas a que estas mulheres estão sujeitas. Entretanto, a inexistência de alguns serviços que compõem a Raps e demais políticas públicas (assistência social; habitação; segurança pública) podem restringir o manejo dos casos, principalmente para as mulheres que estão em situação de rua. É importante que sejam oferecidas condições de suporte social e de rede de cuidados. A formação continuada e a supervisão mostram-se imprescindíveis.

Uma perspectiva a ser sempre perseguida é que precisamos contribuir para que o outro, neste caso a outra e seu bebê, possam ter momentos de felicidade durante a gravidez, de partilha, de cuidado e de relações prazerosas com os profissionais da Saúde e outros, e que isso possa ser motivador de procurar alegria e relações prazerosas vida a fora.

Ainda há que se considerar que a gestação impõe uma realidade de um tempo objetivo que poderá impactar no tempo subjetivo do sujeito. É importante ponderar essa variável “tempo-espço” no acompanhamento realizado às mulheres, uma vez que será necessário estabelecer um vínculo baseado nesse princípio de realidade.

Há diversos sistemas que se cruzam: SUS; Sistema Único da Assistência Social (Suas); Sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente (SGDCA), Sistema de Justiça, entre outros. Vale problematizar com as mulheres que, especialmente na circunstância da vida (gestação) que se apresentam, um protagonismo maior em relação ao autocuidado será importante, com vistas a evitar intervenção indesejável e autoritária do Estado em sua vida. Não nos esqueçamos de que a gestação pode ser um período de ressignificação e motivação para a mudança.

Por fim, buscamos inspiração para esse novo modelo de assistência que nos é “encomendado” diante do contexto apresentado, recorrendo à Deleuze e Guattari (2011): “muitas pessoas tem uma árvore plantada na cabeça, mas o próprio cérebro é muito mais uma erva do que uma árvore”.

Saibamos mover as raízes de nossas “árvores” do saber, acionando rizomas e construindo pontes de cuidado.

■ Referências

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, dez. 2013.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 4. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BORDIN, S. et. al. Dependência química na mulher. In: ACONSELHAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA. [S.l.]: Editora Roca, 2010.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de Crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003. 60 p.

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. In: MIL PLATÔS: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2011a. v. 4, p. 121-179.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: rizoma. In: MIL PLATÔS: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2011b. v. 1, p. 17-49.
- GALERA, S. A. F., ROLDAN, M. C. B., O'BRIEN, B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) – papel maternal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, 2005
- HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. p. 6774-6792.
- HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S. Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira. **Álcool e Drogas Sem Distorção Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein** [on line] mar. 2004. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- JALIL, E. et al. Perfil das mulheres usuárias de *Crack* e/ou similares: resultados do inquérito nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014
- JULLIEN, F. **O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.
- KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal, Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 263-280, maio/ago. 2013.
- MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.
- SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G. Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ateliê do cuidado: trabalhos completos/VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC; ABRASCO, 2008.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2008a.
- SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional**. São Paulo: Edusp, 2008b.
- SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectiva da redução de danos)**. 2013. 355 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas,

Campinas, 2013.

ZILBERMAN, M. L; BLUME, S. B. Women and drugs. In: LOWINSON, J. (Eds.). **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 1064-1075.

A ambiência nas redes prioritárias do SUS

Mirela Pilon Pessatti

Introdução

Atualmente, no Ministério da Saúde as Redes Prioritárias possuem incentivos e recursos para as intervenções nos espaços físicos que devem acontecer articuladas às mudanças nas práticas e nos processos de trabalho, e como cada Rede traz consigo especificidades nos seus modelos de atenção e gestão e, conseqüentemente, nos processos de trabalho, as alterações e as novas configurações nos espaços físicos também são necessárias.

No âmbito da Política Nacional de Humanização, a diretriz da Ambiência vem se constituindo como um modo potente de intervenção, pois a partir da experimentação da construção dos projetos cogерidos nas oficinas de ambiência, que é um dos dispositivos dessa diretriz, tem se constatado que para além das intervenções concretas nos espaços físicos, seja para reformas, ampliações ou novas construções, esse modo de fazer cria condições favoráveis e potentes também para discussão e intervenções nas práticas e nos processos, nos modos de estar, trabalhar e conviver nas instituições de saúde.

Neste artigo são apresentadas propostas metodológicas que subsidiaram o decorrer dessas oficinas, usando como matéria concreta a experimentação concreta da sua aplicação na realização de oficinas de ambiência em uma das redes prioritárias, a Rede Cegonha. No entanto, como poderá ser observado, trata-se de metodologia genérica que poderá ser aplicada às outras Redes que compõem as Políticas de Saúde atuais ou que vierem a ser criadas, modulando-se a depender da necessidade específica de cada uma.

A Ambiência como uma Diretriz da PNH

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) tem como uma de suas diretrizes a Valorização da Ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, e como dispositivo, contribuir na mudança das práticas, processos e relações de trabalho, a elaboração de Projetos Cogерidos de Ambiência pautados na construção coletiva e participativa desses projetos.

A compreensão de produção de saúde que se utiliza no contexto da PNH, parte do entendimento dos processos de produção de saúde como algo vinculado à potência do “vivo” em atender ao desafio de criar e recriar normas que lhe permitam lidar melhor com espaço que a todo instante se transforma, apresentando sempre desafios e situações com os quais se deve lidar, diferente da visão hegemônica que se satisfaz em associar saúde à manutenção de certas condições biológicas e ambientais (SANTOS; BARROS, 2007).

Assim, a produção das condições de vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, no processo, de sujeitos; a produção de espaços saudáveis e acolhedores não podem ser pensados sem a implicação e a protagonização dos sujeitos que neles e com eles convivem e se inter-relacionam: os trabalhadores, os usuários e os gestores.

As mudanças no modo de atenção e de gestão que são defendidas no Política Nacional de Humanização como necessárias para avanços no Sistema Único de Saúde implicam mudanças nas posturas e relações, nas práticas e nos processos de trabalho, os requerem também nova lógica na organização espacial. Nesse sentido, afirma-se a Ambiência na Saúde como espaço que se produz indissociável da produção de saúde e de subjetividades.

Ao adotar a diretriz da Ambiência para a produção dos espaços na saúde, atinge-se avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS para além da composição técnica e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e tempo, e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais, sociais, políticos, valores e costumes.

E a Ambiência passa a ser considerada como a “Diretriz Espacial” para as demais diretrizes da PNH, apontando-se duplo desafio que é o de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, ou seja, conceito e método.

O conceito aqui proposto se refere à Ambiência na Saúde como o espaço produzido que é físico, social, profissional e de relações relacionado a um projeto de saúde e que deve estar sintonizado a um modo de fazer, o método da inclusão³⁶ da PNH. Para a produção do espaço, esse modo de fazer também é norteado pela compreensão de se operar na intercessão dos saberes como potencializadoras de mudanças. Onde a intercessão de diferentes campos do saber (arquitetos, engenheiros, médicos, nutricionistas, enfermeiros, usuários, entre outros) que muitas vezes provoca tensionamentos valorizam o processo coletivo a partir de diferentes olhares. Trata-se, assim, de um modo de fazer que afirme as especificidades do saber de cada um em uma relação de interferência para a produção de um objetivo comum.

A ampliação proposta no olhar para a produção do espaço físico na saúde por meio da Diretriz da Ambiência nos possibilita afirmar que diferentes fatores atuam e interferem nessa produção que compõe um território de encontros no SUS, entre eles: modelos de atenção e gestão, processos de trabalho, relações de poder (ver Figura 1).

Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da: Clínica Ampliada; Cogestão; Acolhimento; Ambiência; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos direitos do usuário; Fomento das grupalidades, coletivos e redes. E por dispositivo um arranjo de elementos que podem ser concretos (ex.: reforma arquitetônica, decoração, manual) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes, oficinas), mediante o qual se faz funcionar, catalisa-se ou potencializa-se um processo (BRASIL, 2006).

³⁶ A PNH afirma como método a tríplice inclusão: (i) inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Modo de fazer: rodas; (ii) inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises. (iii) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando é trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes (BRASIL, 2006).

Figura 1 - Diagrama da Ambiência



Fonte: Elaborado pela autora.

Na Diretriz da Ambiência para efeitos didáticos de implementação destacam-se três eixos principais, os quais devem ser trabalhados de forma articulada: o espaço que visa à confortabilidade; a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos, produção de saúde e de subjetividades e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

A orientação metodológica é o diferencial para intervenções nos espaços físicos ao apostar na sintonia das mudanças e intervenções com o modo como elas acontecerão. Nesse sentido, a Oficina de Ambiência é um modo proposto pela PNH para se produzir coletivamente os espaços físicos na saúde que tem por princípio a inclusão dos diferentes sujeitos implicados no processo de discussão e decisão, e aposta na criação/invenção dos coletivos como força motriz de mudanças e qualificação, tanto nos espaços físicos quanto nas práticas e processos de trabalho no SUS.

As oficinas de Ambiência são espaços coletivos com objetivo de construção de propostas e projetos para discussão e decisão sobre as mudanças e intervenções nos espaços físicos dos estabelecimentos de assistência à saúde, possibilitando que ao mesmo tempo em que se discutem os espaços, problematize-se e sejam colocados em análise os modos como se ocupam esses espaços e os processos de trabalho que neles acontecem. A metodologia proposta para cada oficina baseia-se no método da inclusão e da coprodução do espaço físico como potencializador de mudanças.

Na Rede Cegonha

Atualmente, o modelo que se preconiza para Humanização de Partos e Nascimento transpõe a lógica tradicional que implicitamente considerava a questão do parto e nascimento como uma patologia. Dessa forma, a gestação, o parto e o nascimento voltam a ser vistos como acontecimentos naturais da vida, solicitando organizações e composições nos espaços físicos que favoreçam essa orientação. E é no contexto de uma aposta na coprodução do espaço como potencializadora das mudanças e da construção de um novo modo de estar e se produzir os espaços na saúde que se desenvolve uma orientação metodológica para as Oficinas de Ambiência, as quais podem ir se modulando a partir da necessidade e da singularidade de cada lugar.

A proposta modulada para se discutir e intervir nos espaços físicos no âmbito da Rede Cegonha relaciona-se não apenas com questões referentes às mudanças físicas, mas da articulação dessa produção para alteração no espaço físico com os modelos de atenção e gestão no sentido da Humanização dos Partos e Nascimento.

Assim, nas Oficinas de Ambiência nos serviços que acolhem os partos e nascimentos é importante se discutir também sobre as forças que agem para a composição dos espaços físicos, as quais determinam a organização desses espaços nas atuais Maternidades do SUS. Essa organização e arranjo espacial são determinados por fatores físicos, arquitetônicos, de dimensões, de ocupação, de terreno, mas para além dessa dimensão concreta um componente importante determina seus arranjos, e o que nos interessa discutir e analisar é o modo como se organizam os processos de trabalho e esta relação processo de trabalho x organização espacial. Dessa forma, a metodologia proposta para essas oficinas necessariamente precisam criar condições favoráveis para que essas análises e discussões aconteçam.

Inúmeros avanços são trazidos pela Rede Cegonha no sentido da Humanização de Partos e Nascimento, um deles refere-se especialmente às portas de entrada dos serviços que realizam partos com a implementação do Acolhimento, garantia do acesso e a presença do acompanhante, sendo fundamental que, ao entrar no ambiente dos serviços de saúde, este possua elementos sensíveis que remetam aos valores e às culturas de cada comunidade e ser espaço frio, assustador e até mesmo agressivo para o usuário que está chegando nesse lugar estranho ao seu *habitat* e modo de vida cotidiano, como muitas vezes acontece nos serviços de saúde, sendo a ambiência concebida para atender à demanda, às necessidades e aos desejos das usuárias e sua rede social.

Outra Diretriz da Rede Cegonha que é imprescindível na humanização de partos e nascimentos é a não separação dos momentos clínicos do pré-parto, parto e puerpério durante o processo do parto e nascimento. Assim, o espaço físico deverá prover condições para que a parturiente tenha liberdade de escolha das posições de parir e que esteja com seus acompanhantes também de sua livre escolha nesse momento, o que na maioria das vezes significa não estar apenas acompanhada do marido, mas, por exemplo, nos casos da gestante indígena que por alguma situação necessite parir fora da aldeia, a ambiência deve criar condições para acolher nessa cena do parto também a parteira, o pajé, a madrinha da criança, entre outros, de modo a possibilitar a realização de rituais especiais preservando as crenças e os costumes de cada etnia.

Nesse exemplo, em relação ao parto indígena, a cena do parto requer arranjo diferenciado no espaço físico, de modo a favorecer a coexistência de adoção das novas tecnologias, como, por exemplo, do uso do ultrassom, da bola de Bobath, da banheira com os métodos tradicionais indígenas, como as parteiras, os chás, as rezas, entre outros, o que pode significar em um aumento na área física do tradicional quarto PPP, por exemplo, que atualmente é normatizado em 14,50 m². Dessa forma, o modo mais estratégico para as tomadas de decisão em relação aos espaços físicos, seus arranjos e dimensionamentos são os projetos cogерidos de ambiência, que tem como pressuposto a inclusão dos diferentes sujeitos no processo de discussão e decisão.

Dessa forma, foi desenvolvida uma proposta para a realização das Oficinas de Ambiência na Rede Cegonha de modo a possibilitar a análise dos espaços existentes, coletivamente, por meio de discussões, com registro e expressão dessas discussões graficamente, por exemplo, na construção de diagramas analisadores que contribuam na elaboração das propostas de mudanças nas ambiências, também coletivamente, como podemos verificar nos passos apresentados a seguir para a condução de uma oficina e sua aplicação nos casos relatados de intervenção.

Proposta Metodológica:

Objetivo das Oficinas: Apoiar a elaboração dos projetos cogерidos de Ambiência para as Intervenções nos espaços físicos das Maternidades que integram a Rede Cegonha de acordo com o Conceito de Ambiência da Política Nacional de Humanização.

Participantes/público-alvo: Trabalhadores e gestores das Maternidades; trabalhadores e gestores de outros serviços que compõem a Rede Perinatal do estado/município/região onde realizará a Oficina de Ambiência; arquitetos e engenheiros que estejam envolvidos nos projetos arquitetônicos das Maternidades e de outros serviços relacionados da Rede; profissionais das Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais; representantes dos Conselhos Municipais e/ou Estadual de Saúde.

Condução da Oficina: As oficinas devem ser conduzidas por uma dupla de facilitadores, consultores/apoiadores. Sendo um consultor matricial para o tema da Ambiência e um consultor/apoiador temático. A quantidade de facilitadores deverá ser ampliada de acordo com o número de participantes, estimando-se que cada facilitador se responsabilizará por um grupo de até 20 participantes.

Etapas e Conteúdos:

Primeira Etapa: Abertura, Contextualização, Contrato

- 1.1 Abertura: boas-vindas aos participantes.
- 1.2 Contextualização/exposição dos objetivos da Oficina de Ambiência no âmbito da Rede Cegonha. Falar brevemente do cenário local e o porquê de estar integrando este processo.

Responsáveis: representante maternidade/gestão municipal ou estadual/apoiador do Ministério da Saúde.

Tempo estimado: 40 minutos.

1.3 Dinâmica de apresentação dos participantes com exposição das expectativas em relação ao encontro/trabalho.

As expectativas poderão ser faladas sucintamente, porém deverão ser anotadas por meio de uma única frase e guardadas para serem relidas no final da Oficina no momento da avaliação.

Tempo de duração: estimado de 40 minutos.

1.4 Leitura do Roteiro da Oficina que deverá ser elaborado a partir das orientações contidas neste documento e entregue a cada um dos participantes com pactuação do contrato de trabalho do dia.

Tempo estimado: 10 minutos

Para a segunda etapa da oficina já dividir os participantes em grupo de 7 a 10 pessoas

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos: 8h-9h30.

Segunda Etapa: Atividades da Oficina

Atividades do Participante	Atividades do Facilitador
<p>Elaboração de um Diagrama Analisador das Condições da Ambiência e Modo de Organização dos Espaços de Trabalho na Maternidade. Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos: 9h30-11h.</p>	<p>Orientação da atividade no grupo: Elabore esquematicamente um Diagrama Analisador das Condições da Ambiência e Modo de Organização dos Espaços de Trabalho na Maternidade, seguindo as seguintes questões: Ao chegar à Maternidade, em qual lugar a gestante é atendida/acolhida? (Existe espaço adequado para a Classificação de Risco? Para onde a gestante é encaminhada após o primeiro atendimento/acolhimento? Desenhe este fluxo com as várias possibilidades de direcionamento da gestante após o acolhimento e diga em que espaços acontece. Se for uma gestante em trabalho de parto para onde ela é encaminhada? Como? O acompanhante fica presente? Existem quartos/boxes PPP? Quando e como são utilizados? Desenhe esse fluxo do Pré-Parto; Parto e Pós-Parto e em que espaço ou espaços eles acontecem?</p>
	<p>Inclua fatores que o grupo encontra como dificultadores do processo de trabalho e que devem ser mudados para a humanização dos partos e nascimentos na sua maternidade. Podem ser puxadas setas indicativa de qualquer parte do digrama para descrever esses fatores.</p>
Intervalo: 15 minutos	

continua

conclusão

Atividades do Participante	Atividades do Facilitador
<p>Análise do Diagrama Construído no Grupo e Elaboração de um Novo Diagrama com as mudanças necessárias na Ambiência que o grupo propõe para Qualificação e Humanização do atendimento e dos espaços de trabalho das Maternidades. Tempo Estimado: 1 hora e 15 minutos: 11h15-12h30.</p>	<p><u>Orientar e apoiar a análise do grupo e a construção do novo diagrama.</u></p>
Almoço	
<p>Apresentação em Plenária do Diagrama Analisador da Situação Atual e do Diagrama Contendo as Propostas de Mudanças e Intervenções. Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos: 14h-15h30.</p>	<p><u>Coordenar a Plenária</u></p>
<p>Participar da Exposição Dialogada Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos: 15h30-17h.</p>	<p>Exposição dialogada da diretriz da ambiência para as maternidades com o objetivo da humanização de partos e nascimentos. Responsável: consultor matricial para a Ambiência</p>
<p>Participar da Plenária Final com Pactuação das Propostas de Intervenção e Desdobramentos. Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos: 17h-18 h.</p>	<p>Coordenar a Plenária Final</p>

Diretrizes da Humanização de Partos e Nascimentos norteadoras do trabalho de análise e proposta que devem ser usadas pelos facilitadores no grupo de participantes:

- O acolhimento da gestante e sua rede social.
- A implementação do Acolhimento com Classificação de Risco nas maternidades e nos serviços que realizam partos.
- Na recepção à mulher, o serviço deve garantir: ambiente confortável para espera; que toda mulher receba atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados.
- A garantia de acompanhante para a mulher durante a internação para o parto e do recém-nascido, com incorporação de propostas relacionadas para a adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente (PPP).
- Proporcionar a privacidade da parturiente e seu acompanhante.

- Criar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos; proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos.
- Prever espaços adequados para se realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente e do bebê.
- Estimular o contato imediato, pele a pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor.
- Possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente.
- Estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto, criando ambiência que favoreça o conforto e a privacidade para essa situação.
- Garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico, projetando-se espaços adequados para as atividades.
- Garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação.
- Garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências.
- Garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.
- Adequar os espaços de modo a favorecer o atendimento multiprofissional quando necessário.

Casos concretos de intervenção na ambiência das maternidades

As ações e as intervenções em ambiência na Rede Cegonha pautaram-se no apoio matricial articulado com o apoio institucional em âmbito local norteadas pelo método das oficinas de ambiência que foi sendo modulado para cada situação singularmente, como podemos observar nas experiências concretas apresentadas a seguir na Oficina de Ambiência para discussão e construção coletiva do projeto de reforma para adequação dos quartos PPP e melhorias no acolhimento com classificação de risco, adequando a recepção para a Maternidade Dr. César Cals em Fortaleza, Ceará na Figura 2.

E a oficina para discussão da ambiência articulada com os processos de trabalho e os novos modos de ocupar o espaço na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac), também no Ceará, nas figuras 3a, 3b e 4, sempre constituindo-se em espaços coletivos para discussão e decisão. Nessa situação, o espaço dos quartos de pré-parto, parto e pós-parto já estavam parcialmente concluídos, porém, como o processo anterior não havia sido discutido coletivamente com a equipe, as oficinas de ambiência tiveram o objetivo além de qualificar e prover algumas melhorias na ambiência, também de articular a discussão do espaço físico e seus modos de ocupação com os processos de trabalho.

Figura 2 - Momento da Oficina para discussão do projeto arquitetônico - Maternidade Dr. César Cals, Ceará



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Figuras 3a e 3b - Oficina de Ambiência na Meac, Ceará



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Figura 4 - Oficina de Ambiência na Meac, Ceará



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Outro caso foi as ações e as intervenções no Hospital Maternidade Dona Regina, cujo processo do apoio matricial para a ambiência nessa maternidade foi disparado em meados de 2010, com uma oficina de ambiência/visita-intervenção iniciando-se com uma roda de conversa para discutir as mudanças físicas e o projeto arquitetônico de reforma do hospital, em especial a parte da maternidade, com a proposta da adequação dos tradicionais pré-partos em PPP, com garantia do acompanhante.

Estavam nessa conversa inicial os diretores administrativos e técnicos da maternidade, os obstetras, os neonatologistas, as enfermeiras e os técnicos da Vigilância Sanitária do Estado.

Na proposta de mudanças imediatas foi discutida algumas dificuldades de fluxos que ali se apresentam, sugerindo mudanças e, em seguida, fomos ao local a ser reformado para discutirmos as readequações *in loco*.

Na visita-intervenção, um dos obstetras que havia chegado de Belo Horizonte da visita ao Hospital Sofia Feldman, que é a referência nacional para Humanização de Partos e Nascimento, também nos acompanhou e colocou a questão da necessidade de aumentar o número de leitos de PPP, uma vez que não terão como ter mais a quantidade que trabalham atualmente no pré-parto devido à mudança de conceito.

Essa necessidade foi bastante discutida com o grupo, sendo apontadas algumas sugestões que possibilitarão ampliar mais três leitos, ficando com 11 leitos de PPP e todos com individualização por cortinas divisórias, garantindo a privacidade da mulher e seus acompanhantes. Para isso uma adequação ao projeto foi necessária, relocando-se o espaço do serviço social, o qual continua com as duas salas, agora uma inclusive com banheiro.

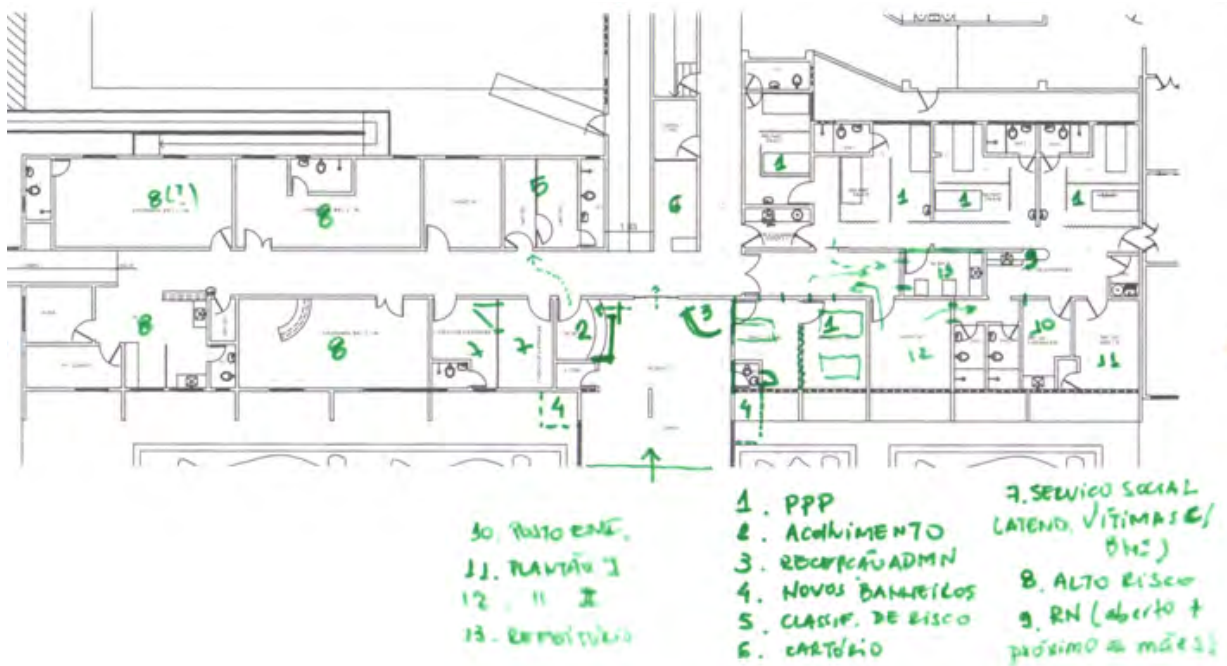
Outro ponto discutido foi o do Acolhimento que não estava pensado no projeto, então sugerimos nova disposição da entrada e recepção de modo que se tenha espaço de acolhimento logo na entrada, próximo à classificação de risco, com reforma e ampliação dos banheiros da recepção. A discussão exaustiva das possibilidades no grupo chegou a um estudo possível, ver croqui apresentado na Figura 5.

Visita à maternidade: Durante a visita, ainda discutiu-se *in loco* a possibilidade de trazer o alto risco para o pavimento térreo, pois as mulheres atualmente têm de se locomover para lá por meio de rampa, o que clinicamente não é indicado, pois são pacientes que normalmente necessitam de repouso. Observou-se nova área no térreo, cuja discussão da mudança deveria ser mais profundamente discutida e pactuada com a equipe de acordo com o diretor administrativo.

No dia seguinte, realizou-se roda de conversa sobre o conceito de ambiência na PNH, com ênfase especial ao método de inclusão e coprodução dos espaços, num esforço para sensibilizá-los da importância da cogestão desses espaços e processos de trabalho.

Durante o período de um ano após a realização de apoio intensivo à Maternidade Dona Regina, verificou-se em visita realizada que as necessidades de mudanças apontadas e pactuadas com relação à ambiência na primeira etapa foram totalmente executadas. E seguiram o croqui coproduzido com a equipe.

Figura 5 - Croqui realizado na discussão com a equipe que norteou o projeto de reforma na 1ª etapa



Fonte: Croqui elaborado pela arquiteta Mirela Pilon Pessatti.

Figura 6 - Recepção da maternidade antes das intervenções



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Figura 7 - Recepção da maternidade após as intervenções



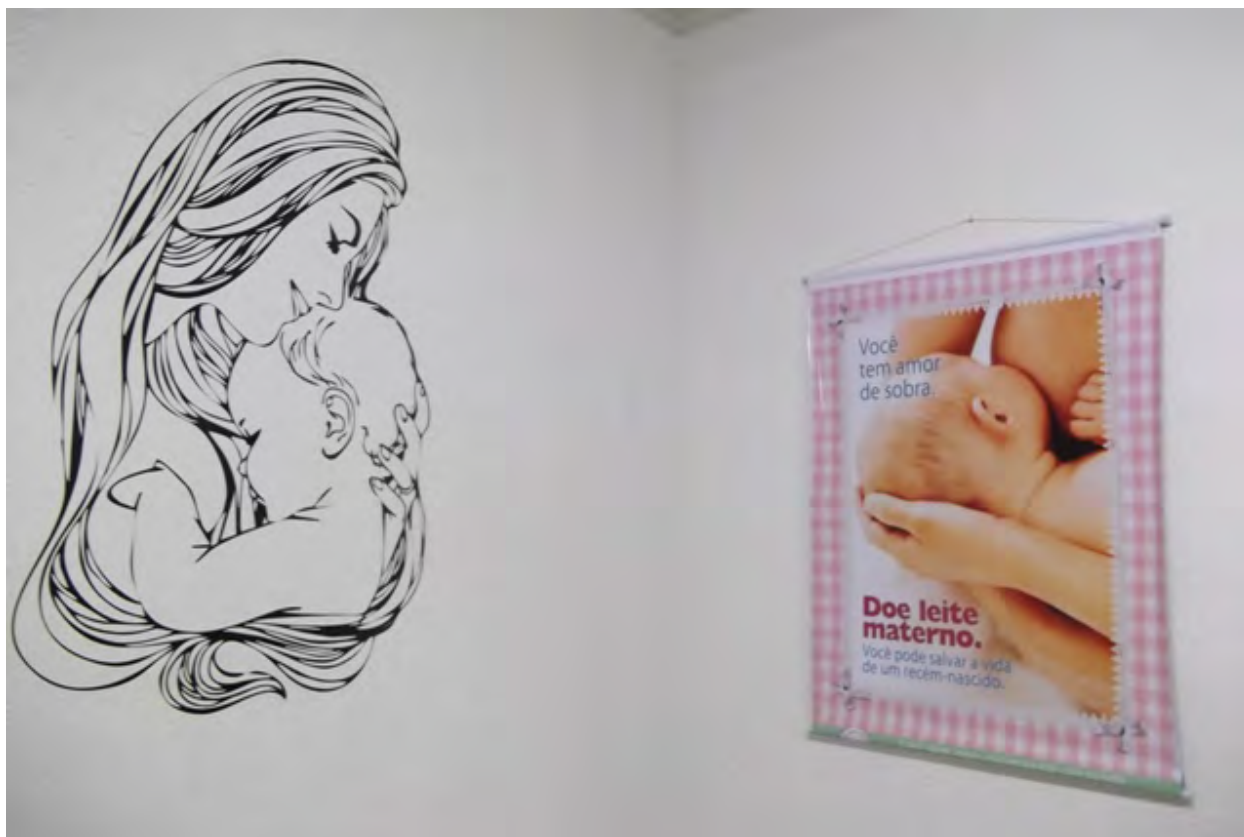
Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Figura 8 - Após as intervenções: novos banheiros acessíveis, climatização e água para os usuários



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Figura 9 - Inclusão de painéis artísticos na composição do espaço



Fonte: Mirela Pilon Pessatti.

Conclusão

A realização de Oficinas de Ambiência é o modo proposto para a discussão do espaço físico na saúde no âmbito da Política Nacional de Humanização, e sua maior potência é possibilitar que, ao se discutir o espaço, sejam criadas condições favoráveis também para problematização e análise dos modos como esses espaços são ocupados e os processos de trabalho que neles acontecem.

As Redes Prioritárias trazem consigo diretrizes assistenciais que requerem um novo olhar para o espaço físico, o qual deve estar em sintonia e favorecer as práticas e processos de trabalho que pretendem imprimir. Dessa forma, é oportuno que as alterações e intervenções nos espaços físicos, assim como os novos projetos sejam realizados de forma cogridas, onde se favoreça a participação de diferentes atores (usuários, gestores, trabalhadores), e nesse sentido a Oficina de Ambiência é uma estratégia potente, cujos conteúdos, etapas e modo de acontecer devem ser modulados a depender da especificidade de cada rede.

■ Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco**: Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; FIOCRUZ, 2006. p. 89-104.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; FIOCRUZ, 2005. p. 67-80.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Resolução-RDC no 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 2008. Seção 1, n. 105, p. 50-53.

SANTOS, S.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2007.

Sites consultados:

Normas, decretos, leis
<http://www.saude.gov.br>

O apoio institucional da Rede Cegonha: aposta na construção coletiva de novos modos de fazer na obstetrícia e neonatologia no Brasil

Aline de Oliveira Costa
Adriana Lopes Lima Melo
Antonio Rodrigues Ferreira Junior
Analia Cunha Pupo

Introdução

O processo que envolve a assistência ao parto e, conseqüentemente, a forma de parir e nascer no Brasil, tem passado por muitas transformações ao longo dos tempos. Com o surgimento da Obstetrícia como prática médica, o parto foi hospitalizado e o lugar da mulher nesse processo mudou. A antropóloga americana Davis-Floyd descreve três paradigmas de cuidados em saúde que influenciam fortemente os cuidados ao parto, principalmente nas sociedades ocidentais: tecnocrático, humanista e holístico. O modelo tecnocrático é marcado pelo desrespeito à fisiologia do parto e pela visão do corpo da mulher como máquina defeituosa que deve ser submetido a inúmeras intervenções para ser corrigido. No modelo humanizado, busca-se o respeito à fisiologia, o resgate da mulher como protagonista do parto e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas. O modelo holístico, além da integração mente-corpo, como proposto pelo modelo humanizado, insere ainda a dimensão espiritual.

A assistência ao parto no País foi se consolidando baseada no modelo tecnocrático; no entanto, a partir da década de 1980, influenciado por movimentos mundiais, surgem críticas a ele com propostas de mudanças para um modelo de atenção humanizado. O governo brasileiro, a partir de então, foi incorporando às suas orientações e políticas essas iniciativas e, ao longo das últimas duas décadas, atendendo demandas da sociedade e respondendo a compromissos assumidos nacional e internacionalmente, tem lançado um conjunto de medidas e programas para enfrentamento do quadro epidemiológico da morbimortalidade materna e infantil e para mudança das práticas de assistência obstétrica para um modelo baseado em evidências científicas e nos direitos reprodutivos.

No Brasil, a razão de mortalidade materna estimada pelo DATASUS em 2012 foi de 61 óbitos maternos (OM) por 100 mil nascidos vivos. Este índice é bastante elevado, sobretudo quando considerados os compromissos do País em relação ao quinto Objetivo do Milênio das Nações Unidas, que estabeleceu a redução de 75% dos OM em relação a 2000, o que corresponde a uma meta de 35 OM/100.000 nascidos vivos até 2015 para o País (ONU, 2000).

Considerando as dificuldades de obtenção de informações e as incorreções técnicas no preenchimento das declarações de óbito, que podem gerar a subnotificação destes registros, os casos de morte materna podem ser ainda maiores do que está oficialmente registrado. Compreender e intervir nos determinantes da mortalidade materna é uma questão que precisa ser enfrentada de forma urgente e efetiva. Passos importantes foram dados nas últimas décadas proporcionando, além de melhorias socioeconômicas e redução das desigualdades sociais, o aumento do acesso aos serviços de saúde, de forma que 61,7% das mulheres tiveram pelo menos

7 consultas pré-natais e 98,1% dos partos foram hospitalares (BRASIL, 2011a). Apesar disso, o impacto sobre a morbimortalidade materna está abaixo do que seria esperado.

As mortes fetais e neonatais também afetam a morte materna, ainda muito elevada no Brasil. As altas taxas de mortalidade materna e neonatal no País não condizem com o conhecimento atual no campo da obstetrícia e da neonatologia. Este paradoxo perinatal brasileiro evidencia oportunidades perdidas de ação de saúde e de vidas perdidas por causas evitáveis (LANSKY, 2010).

A assistência ao parto tem sido objeto de ações do Ministério da Saúde (MS) desde 2000, quando lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e neste mesmo ano a Presidência da República lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004).

Em 2009, o Ministério da Saúde definiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna tendo sido construídos os planos estaduais, compostos por diversas ações. Entre elas destacamos a vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao serviço onde se realizaria o parto, regulamentada pela Lei nº 11.634/2007 (BRASIL, 2007), o direito a acompanhante de livre escolha da mulher na internação para o parto assegurado pela Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005) e a regulação de leitos obstétricos e neonatais.

Na perspectiva de organização e qualificação da assistência, também implantou em 2009 o Programa de Qualificação das Maternidades e redes perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQM) como uma das estratégias do Plano de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. As maternidades consideradas como prioritárias e essenciais para constituição da rede de serviços recebem apoio institucional do Ministério da Saúde desde 2010 (BRASIL, 2012).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi estabelecida desde 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Em 2011, foi lançada pelo governo federal a Rede Cegonha, política pública que tem como objetivo fomentar um novo modelo de atenção obstétrico e neonatal no País baseado em evidências científicas e nos direitos das mulheres e crianças.

Um dos objetivos da Rede Cegonha é a mudança do atual modelo de atenção obstétrico, intervencionista, caracterizado como tecnocrático. Ao considerar o parto como evento de risco aliado à necessidade de enquadrá-lo na dinâmica hospitalar, uma série de intervenções é realizada pela equipe na tentativa de controle e regulação do processo.

Quanto mais nos sentirmos capazes de dominar a natureza e o nosso corpo, mais tememos o que não conseguimos controlar. E no final, a morte é a demonstração do nosso fracasso. O que está por trás e por baixo das atitudes e da rotina obstétrica em vigor é em última instância o medo da morte. Todos os procedimentos vivem a tensão do querer criar a ilusão da segurança absoluta (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 5).

Rede Cegonha como estratégia indutora da mudança de modelo das práticas obstétricas e neonatais

O Brasil lançou a Rede Cegonha como estratégia de sistematização e institucionalização de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País, desde os anos 90, com base na garantia às mulheres e às crianças de uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e encanto. Tem como princípio implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e; às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, constituindo numa mudança de paradigma na atenção obstétrica e infantil, baseada no cuidado humanizado e em evidências científica.

A RC baseia-se no Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM)³⁷ que, desde 2009, atuou em 26 maternidades dessas regiões, mediante aposta no apoio Institucional como importante estratégia para alterar a lógica hospitalocêntrica e tecnocrática de gestão e atenção ao parto e ao nascimento.

Tem como norte ético-político o agir em saúde pautado nos direitos humanos e como valor central, em especial, os direitos à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança. Para cumprir esse compromisso, o MS desencadeou uma ação organizada de caráter nacional, com vistas a ampliar o acesso e melhorar a qualidade do pré-natal, garantir a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, com direito ao transporte seguro, bem como a implementação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento. As principais diretrizes são constituídas pelo acolhimento em rede e com classificação de risco/vulnerabilidade, a cogestão, o direito à acompanhante de livre escolha da mulher, as melhorias na ambiência, a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e cuidado para com crianças de até 2 anos de idade, além de mudanças no modelo de gestão da rede de atenção ao parto e ao nascimento, com indução financeira e implantação de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera.

Nesse sentido, a RC possui três grandes objetivos (2011):

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses.
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade. E
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.

Para que seja implantada e efetivada em todo território brasileiro, a RC organizou sua operacionalização em cinco fases, que compreendem desde o diagnóstico do território e desenho da rede até a contratualização dos pontos de atenção e certificação.

³⁷ Publicação sobre o tema encontrada em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>.

É no desenvolvimento de todas estas fases, com a preocupação de lidar com a complexidade de reorganizar o modelo de gestão e atenção ao parto e ao nascimento e atingir seus objetivos, que o apoio institucional se coloca. Apoio é estruturado como um modo de relação interfederativa entre União, estados, municípios e serviços, com objetivo de fortalecer a gestão da RC. Essa estratégia se divide em dois âmbitos – apoio temático e apoio de serviço – e visa potencializar as equipes de trabalho na gestão e na implementação da rede de atenção, ativando e conectando espaços coletivos e incluindo vários olhares e práticas, desejos e interesses. Tais apoiadores trabalham na articulação entre cuidado e gestão, no sentido de possibilitar a construção coletiva de práticas de saúde mais acolhedoras e equânimes.

A escolha da tecnologia de trabalho do apoio institucional (PASCHE; PASSOS, 2010) deu-se em razão da complexidade das ações propostas na RC, sobretudo pela aposta em espaços coletivos de decisão, mas também pelos acúmulos produzidos no SUS na última década, por intermédio da PNH, do apoio à descentralização e da regionalização experienciada no Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e do Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste Brasileiro (PQM), nos anos de 2009-2010.

Para sustentar a aposta no apoio institucional, a RC, desde sua primeira regulamentação, a Portaria nº 1.459, em 2011 (BRASIL, 2011c), preconizou a participação do apoiador institucional no âmbito estadual e de serviços. Ao entender que a rede só será constituída de forma coletiva, um dos primeiros desafios do apoio institucional para sua operacionalização corresponde às fases iniciais, isto é, a instituição de dois espaços plurais, coletivos, de gestão da RC: os Grupos Condutores Estaduais (GCE) e os Fóruns Perinatais.

Art. 8: Operacionalização da Rede Cegonha: [...] instituição de Grupo Condutor Estadual, com a participação do apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). [...] Fase 2 – Desenho Regional da Rede Cegonha: Estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011c).

Nesse movimento, os estados brasileiros vêm sendo apoiados pelo MS nos dois âmbitos de apoio institucional: temático e de serviço. Em suas diversas reuniões, desde a adesão à RC, até à organização do GCE e dos fóruns perinatais, os apoiadores vêm acompanhando a construção de planos de ações regionais (pactuados nos grupos de condução estadual), a implementação das boas práticas nas maternidades, os cursos e oficinas de trabalho para constituição da atenção ao parto e ao nascimento em rede e o fomento aos fóruns perinatais. Além disso, a RC tem ofertado consultores matriciais que trabalham tanto temas específicos de Obstetrícia, Neonatologia e Vigilância como temas de aprimoramento dos modos de planejar, monitorar e avaliar a implementação da rede.

Para que sejam alcançados os objetivos da RC e que se consolide um movimento de mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento, foi exigida a construção de agendas propositivas e a constituição de um GCE em cada estado brasileiro. Nessas agendas, foram construídos planos de ação, nos quais se fez necessário articularem: investimentos em insumos, equipamentos e melhores instalações; com iniciativas que permitam à formação de

compromisso e produção de contratos coletivos de trabalho, os quais colocam em questão tanto a organização dos processos de trabalho como as atitudes e comportamentos individuais e coletivos que efetivamente determinam a qualidade da assistência prestada³⁸.

Para acompanhar e ativar esse processo, a RC optou por organizar sua estrutura de apoio com diferentes sujeitos que apoiam diferentes espaços, pela necessidade de atuar tanto em espaços decisórios de gestão do SUS – Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Conselhos Estaduais de Saúde (CES) – como em espaços da atenção direta às mulheres e crianças (serviços de saúde), além de qualificar os processos de trabalho para aprimorar a gestão e a atenção à saúde das mulheres e das crianças no SUS.

Além dos GCE, os apoiadores têm implementado os Fóruns Perinatais como espaço de encontro para produzir ações comuns e consolidar a mudança de modelo de atenção e gestão ao parto e nascimento. Para Figueiredo e Lansky (2014), os fóruns são dispositivos transformadores dos processos de intervenção em contextos de organização e articulação dos serviços e da qualificação do cuidado em saúde. [...] estamos considerando o Fórum Perinatal como um espaço plural de construção de propostas, projetos, desenvolvimento de ações voltadas para a mudança modelo de gestão e atenção obstétrica e neonatal. Nesse sentido, a aposta da RC é que essas mudanças propostas só serão possíveis se forem organizadas e apropriadas coletivamente.

A implantação da Rede Cegonha pressupõe, portanto – para garantir o acesso ao parto, promover a integralidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério, com hierarquização da rede –, um sistema de referência e contrarreferência eficaz e comunicação entre as maternidades. A colaboração entre os diversos níveis de assistência (primário, secundário e terciário) é fundamental para o funcionamento de um bom sistema de referência e contrarreferência. É importante também a implantação de um sistema de regulação de vagas com garantia de transporte para a paciente, em ambulâncias adequadas para a assistência oportuna a pacientes de risco em trabalho de parto, além de melhor acolhimento às parturientes na chegada às maternidades.

Os serviços que realizam partos devem contar com equipes treinadas para prestar a assistência adequada, oferecer cuidado humanizado, em tempo oportuno, baseado nas melhores evidências científicas, garantindo às mulheres e aos recém-nascidos o direito ao acesso aos serviços de saúde, em defesa da vida.

A função do apoiador institucional na Rede Cegonha

No PQM foi desenvolvida a estratégia do apoio institucional com a contratação de profissionais para conduzir e apoiar a implantação do Plano, tendo em vista a complexidade das ações e objetos propostos, entendendo que, para operar mudança nas práticas cotidianas do trabalho em saúde, seria necessário atuar com os trabalhadores, gestores e usuários. Os apoiadores institucionais colaboraram com a implantação do PQM fomentando a qualificação da atenção e da gestão, ativando coletivos, estimulando o trabalho em equipe, realizando

³⁸ Informações produzidas coletivamente e sistematizadas no *Guia para Apoio Institucional à implementação da Rede Cegonha*, 2013.

rodas de conversa e oficinas de trabalho com os profissionais, além de ações que promovam a articulação das Redes de Atenção à Saúde.

A Rede Cegonha incorporou a tecnologia do apoio institucional do PQM, mantendo-o como estratégia metodológica para favorecer as mudanças desejadas na gestão e na atenção ao parto e nascimento utilizando duas vertentes: o apoio temático e o apoio de serviço.

O apoio temático da RC tem como principais funções: articular-se com a Secretaria Estadual de Saúde/Conselho de Secretários Municipais de Saúde para compor o GCE; participar da elaboração dos planos de ações municipais e regionais, com mapeamento da rede de serviços; discutir e pactuar propostas para a organização de uma rede de cuidado integral e humanizada, a partir da organização de fóruns da RC (fóruns perinatais); e ofertar tecnologias para garantir a efetivação das atividades que compõem a rede, estimulando a organização de grupos cogestores, tais como colegiados gestores etc.

Esses apoiadores atuam como referências técnico-políticas no âmbito estadual para articulação e desenvolvimento de ações e atividades de implementação da RC. Possuem mandato institucional para construir/intervir com os gestores, os dirigentes e os trabalhadores na construção de novas práticas de atenção e de gestão em Obstetrícia e Neonatologia, no sentido de garantir os direitos das mulheres, crianças e familiares.

São pessoas estratégicas, que atuam como [...] articulador, como conector, produzindo novos territórios, novas realidades (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009, p. 734), agindo sempre no “entre”, ou seja, entre clínica e política, entre atenção e gestão, entre técnicos e usuários, entre saúde e outros setores sociais, entre análise de demandas e ofertas, entre governo e movimentos sociais (BRASIL, 2006).

Já os apoiadores de serviços da RC realizam apoio técnico e metodológico às maternidades, colaborando com a implementação das diretrizes da Rede Cegonha, fomentando a qualificação da atenção e da gestão por meio da ativação de coletivos, realização de oficinas de trabalho e articulação das redes de atenção.

Também são responsáveis por mobilizar os trabalhadores de saúde para discussão de indicadores, bem como a construção de elo entre maternidade e Ministério da Saúde, desburocratizando ações e facilitando diálogos entre os diferentes entes.

Para fortalecer as equipes na missão de implantação das diretrizes da Rede Cegonha, algumas maternidades do País contam com apoio institucional intensivo do Ministério da Saúde, ou seja, o apoiador está no território e constrói com os atores envolvidos agendas semanais de trabalho nas maternidades apoiadas que incluem a elaboração de planos de ação e acompanhamento avaliativo de todo o processo. A função apoio se apresenta, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros.

O apoio é um modo de fazer, modo este que é da interação, da troca entre sujeitos de um coletivo, que se dispõe a pôr em discussão seus próprios modos de funcionamento e de organização, debate imprescindível para a construção de novos pactos e acordos.

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos - que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham conectados e solidários. O apoiador não é o titereiro que comanda e determina a mudança. São os agenciamentos - para os quais o apoiador é apenas um dos que contribui - que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos (OLIVEIRA, 2011, p. 158).

■ Potência do apoio na implementação de novas experiências nos territórios

No apoio da RC foi possível conhecer que o trabalho é para além das políticas de atenção à saúde das mulheres e da criança, ou mesmo o campo da Saúde Perinatal. Os temas específicos da RC têm sido disparadores de diversas ações que extrapolam até o campo Saúde. A partir dos fóruns, presumem-se os múltiplos lugares em que os temas da saúde sexual e reprodutiva da mulher, parto e nascimento se apresentam. Representantes do campo dos direitos (Ministério Público), do campo social (movimentos de mulheres), do campo da educação (universidades) se articulam em prol de assegurar uma saúde integral, equânime e que considere as singularidades.

A RC, ao propor diferentes tipos de apoio, almeja consolidar em suas práticas a inseparabilidade entre gestão, atenção e formação, um princípio da PNH.

Apostar em sujeitos que estão apoiando os espaços formais de gestão do SUS (apoio temático), articulados com sujeitos que apoiam os serviços de saúde (apoio de maternidades), sob constantes processos de educação permanente e acompanhamento avaliativo (apoio matricial) é reafirmar compreensão de produção de saúde a partir da resignificação do trabalho e da consolidação dos direitos. Paulon, Pasche e Righi (2014) afirma que não se as alteram práticas de saúde sem que os sujeitos que as corporificam sejam também subjetivamente modificados.

A RC apresenta estratégias para ampliação do acesso e qualificação do cuidado em rede que dão importância às singularidades das experiências (BRASIL, 2011c).

Entre as estratégias propostas, a vinculação da gestante à maternidade de referência desde o pré-natal é um direito garantido pela Lei nº 11.634/2007 (BRASIL, 2007), e define que toda mulher deve conhecer em qual maternidade será realizado seu parto e onde será atendida se houver intercorrência na gestação. Esta ação exige acordos e pactuações entre equipes da Atenção Básica e da Maternidade. A equipe da Atenção Básica deve informar a gestante o local onde será realizado o parto e a equipe da maternidade deve facilitar a visita dela a esse serviço antes do parto. A vinculação depende de esforço conjunto entre equipes e a gestão de saúde do município, articuladora da rede para garantia do vínculo, proporcionando um trabalho coletivo e integrado, com o desenvolvimento de ações educativas para divulgação e estímulo das boas práticas obstétricas e neonatais.

Na constituição de uma rede de cuidados a Rede Cegonha propõe o Acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido, promovendo práticas de produção e promoção de saúde. Para que seja garantido o acesso da mulher à maternidade, seja em intercorrências da gestação, seja no momento do parto, ela deverá ser acolhida pela equipe de saúde e imediatamente iniciada a assistência. Esse acolhimento deve ocorrer primando pela humanização com avaliação de risco

e vulnerabilidades. Cabe uma escuta qualificada, considerando as angústias e preocupações desta usuária, fomentando sua participação na produção do cuidado. O acolhimento possibilita a análise das demandas e a garantia da atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação da rede de serviços (no âmbito da maternidade e dos outros serviços da rede) para continuidade da assistência. Este processo é entendido como diretriz essencial, na medida em que garante o acesso imediato e oportuno da gestante com queixas ou em trabalho de parto.

Ressaltamos, no entanto, que a vinculação de forma isolada não assegura o acolhimento e pode até se tornar uma barreira de acesso. Maternidades podem recusar o atendimento alegando a vinculação da gestante em outra maternidade, podendo perpetuar a peregrinação da gestante em vez de evitá-la. Dessa forma, a vinculação não deve ser utilizada de forma rígida e burocrática, mas se propor à organização do fluxo e sistematizar a referência e a contrarreferência das usuárias no sistema de saúde.

Portanto, o acolhimento deve ser considerado como um preceito ético, que deve orientar as relações de produção e de promoção da saúde. Deve ainda ser realizado por todos os serviços, evitando a baixa ocupação de alguns e a superlotação de outros. Para que a vinculação aconteça de forma efetiva e se configure numa estratégia de integração de uma rede regionalizada e hierarquizada, é necessário promover a continuidade do cuidado e o acolhimento deve ser praticado por todos os serviços que compõem a rede perinatal.

Nesse sentido, a Rede Cegonha propõe a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) na obstetrícia, um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), especificamente desenvolvido para portas de entrada das maternidades. O ACR exige, muitas vezes, reorganização dos ambientes de trabalho e algumas adequações da ambiência com vistas a promover maior conforto e privacidade à mulher e seu acompanhante. Sua dinâmica consiste em determinar a agilidade no atendimento a partir da análise do grau de sofrimento e da necessidade da usuária, baseado em sinais e sintomas definidos em protocolo específico, proporcionando a atenção necessária, centralizada no nível de complexidade e não mais na ordem de chegada.

O ACR configura-se como intervenção fundamental para a reorganização e a promoção da saúde em rede. É um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, proporciona maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumenta a eficácia clínica, pode ser disparador de outras mudanças na maternidade, como a constituição de equipes de referência e a gestão compartilhada da clínica. No âmbito da rede de serviços promove a integração dos diversos pontos de atenção, fomentando a continuidade da assistência, favorecendo o acesso e o cuidado em rede.

O apoio contínuo à gestante durante o trabalho de parto e o parto também é fundamental para a segurança das parturientes, fato comprovado por evidências científicas e recomendado pela Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005), considerado um fator protetor para a mãe e o conceito. A presença do acompanhante amplia a capacidade da mulher para se expressar, ajudando-as a serem ouvidas e promovendo qualidade no atendimento e respeito aos seus direitos, o que pode ser valioso em caso de negação de assistência e complicações graves (DINIZ et al., 2014). Na pesquisa Nascer no Brasil foi encontrado o percentual de 18,8% de presença de acompanhante

em todos os momentos da internação e 32,7% no momento do parto, frequência ainda muito aquém do que é preconizado pela RC que propõe acompanhante de livre escolha em todas as etapas do parto para 100% das mulheres (DINIZ et al., 2014).

Outra ação que destacamos no componente parto e nascimento da Rede Cegonha é a suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, inclusive com financiamento e custeio dos leitos para internação da mulher (gestação de alto risco e UTI adulto) e da criança (UTI neonatal, médio risco neonatal e canguru). Para tanto, faz-se necessário o planejamento e a programação das ações de saúde, orientados pelas necessidades da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, com oferta de leitos obstétricos e neonatais suficientes para atender à demanda da rede local e referenciada, caso seja o caso.

No processo de organização das ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, a Rede Cegonha propõe, dentro do componente Sistema Logístico, a implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local do parto e a implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais. A maternidade de vinculação deve ter o compromisso e a responsabilidade sobre a gestante, devendo avaliá-la e iniciar a assistência imediatamente. No caso de não haver vaga para internação, a maternidade é responsável pela transferência da gestante, garantindo transporte adequado para outro serviço identificado pela Central de Regulação, evitando assim a sua peregrinação em busca de assistência. É necessário que exista um sistema de referência e contrarreferência estabelecido, com hierarquização dos serviços, permitindo a regulação eficaz dos leitos disponíveis. Ressaltamos aqui a contribuição da Comissão Perinatal de Belo Horizonte/MG que propôs acordo ético entre os serviços para que a gestante seja acolhida imediatamente na primeira maternidade que procura, produzindo melhorias no cuidado e nos indicadores perinatais.

Por fim, identificamos como estratégia potente para fomentar a implementação do conjunto de ações da Rede Cegonha a instituição do Fórum Rede Cegonha, ou Fórum Perinatal, que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento (LANSKY, 2010).

A construção dos fóruns perinatais também foi uma experiência acumulada do PQM, que propõe modo inovador de ação política e institucional, envolvendo o conjunto das instituições e dos atores envolvidos na construção da rede perinatal (gestores, sociedades profissionais, Ministério Público, maternidades, universidades, movimentos sociais, entre outros). Os fóruns perinatais são estimulados também pela Rede Cegonha, na perspectiva de discutir e pactuar propostas para organizar uma rede de cuidados integral e humanizada de atenção a mulheres e a recém-nascidos.

As estratégias preconizadas pela Rede Cegonha do Ministério da Saúde – como a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, a vinculação da gestante ao local do parto, o acolhimento e a classificação de risco com a garantia de vaga sempre – aliadas a uma efetiva regulação de leitos com transferência segura e responsável, garantem a implementação de uma rede hierarquizada permitindo assegurar à gestante e ao recém-nascido o acesso em tempo oportuno ao serviço adequado.

Produção de novos modos de gestão e atenção ao parto e nascimento no Ceará: uma experiência em curso

O trabalho do apoio institucional no estado do Ceará iniciou-se em 2010, com o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e Amazônia Legal (PQM). Em Fortaleza, foram selecionadas duas maternidades, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac) e o Hospital Geral Dr.César Cals (HGCC). Tais hospitais foram escolhidos pela Secretaria Estadual de Saúde para receberem o apoio do Ministério da Saúde. A apoiadora, após apresentações e pactuações iniciais com os gestores, passou a realizar visitas semanais inicialmente, constituindo e fortalecendo um grupo estratégico, em seguida realizando oficinas para elaboração de planos de ação para a implantação das diretrizes propostas pelo PQM. As visitas semanais da apoiadora aconteciam sempre de forma programada com o Grupo Estratégico, com pauta definida e baseada nas diretrizes do Plano e atividades correlatas. A direção participava da apresentação e da discussão das propostas levadas pelo grupo, aprovando ou rediscutindo as ações, debatendo em conjunto alternativas viáveis de melhorias do serviço. Ainda em 2010 foram realizadas visitas técnicas a centros de referência nacionais em Obstetrícia e Neonatologia, como também as maternidades receberam profissionais destas maternidades para troca de experiências e elaboração ou implementação de planos de ação e/ou estratégias de enfrentamento das principais dificuldades. Todo o processo do trabalho da apoiadora tinha como suporte apoio matricial e supervisão institucional, com vistas a qualificar as intervenções e ampliar a capacidade de análise dos grupos apoiados e da própria apoiadora.

A função supervisão e apoio matricial trabalhou temas para efetivar novos modos de fazer nos serviços e Redes de Atenção à Saúde materna e infantil cearense: consolidação e colegiados gestores por unidades de produção do cuidado, implementação de Fóruns Perinatais e a construção de um processo vivo de vinculação das mulheres a estas maternidades de referência, processo que fomentou discussões e pactuações de referência e contrarreferência, qualificando o cuidado em rede, muito além da elaboração de um mapa de vinculação (instrumento também importante e divulgado em todo município de Fortaleza).

No ano seguinte, com o lançamento da Rede Cegonha, a tecnologia do apoio institucional do PQM foi mantida como estratégia metodológica para favorecer as mudanças desejadas na gestão e na atenção ao parto e nascimento. Além das diretrizes já trabalhadas no PQM foram incorporadas outras diretrizes propostas pela RC, mantendo-se a mesma estratégia de trabalho para os serviços: a realização de oficinas, visitas técnicas, elaboração de protocolos e, sobretudo, fortalecimento da gestão compartilhada com a constituição de colegiados gestores. Neste processo, outras duas maternidades também passaram a receber o apoio institucional, o Hospital Gonzaga Mota Messejana e o Hospital Geral de Fortaleza, importantes equipamentos na atenção ao parto e nascimento para todo estado do Ceará.

No âmbito do apoio à implementação da RC em todo estado do Ceará, a estratégia adotada de apoio temático trabalhou desde a construção do diagnóstico das redes nas regiões de saúde, até a pactuação, a aprovação e o monitoramento de Planos de Ação Regional (PAR-RC), que contempla incentivos de ordem financeira, técnica e política. Para construção da RC do Ceará, foram realizadas reuniões mensais do GCE-RC, organizando as ações de gestão e atenção ao pré-natal, ao parto e nascimento, ao puerpério e à atenção à criança até 2 anos em 17 redes, que compreendem as 22 regionais de saúde do estado.

O Plano Estadual da Rede Cegonha do Ceará consolidou-se por um processo de construção coletiva pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), Coordenadorias Regionais de Saúde (Cres), apoio técnico da equipe do Núcleo da Educação Especial de Dourados (Nuesp), da Vigilância Epidemiológica, do Controle e Avaliação e apoio do Ministério da Saúde. Para garantir resolutividade nos três níveis de atenção algumas regiões de saúde decidiram se integrar para se constituir em uma única Rede, após análise com base em critérios populacionais, sustentabilidade técnica, financeira e estrutura mínima de serviços. Tais PAR-RC foram aprovados em junho de 2012 e, desde então, são realizadas reuniões quinzenais entre os técnicos e gestores da Secretaria Estadual da Saúde (Sesa) e apoiadores institucionais do MS, com vistas a apoiar os municípios e os serviços de saúde na ampliação do acesso e melhoria da qualidade. Além disso, são realizadas ações de apoio institucional para cadastros de projetos de reforma de ambiência, construção e ampliação de serviços em todas as regiões do estado.

Com o intuito de potencializar discussão acerca do apoio institucional como ferramenta para otimização da gestão nas maternidades, do processo de trabalho nelas construído e consequentemente dos indicadores de saúde a ela vinculados, iniciou-se em 2013 o apoio à Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, hospital filantrópico referência para 55 municípios na área da Obstetrícia de alto risco no interior do Ceará.

Inserida na área com maior taxa de mortalidade materna do estado, o apoio institucional à maternidade considerou a participação deste equipamento nas regiões de saúde a ele adscritas, com suas peculiaridades, demandas, potências, bem como seu papel no conjunto de ações necessárias para o funcionamento da rede. O hospital foi estimulado a contribuir nos espaços de discussões possíveis: Fórum Regional da Rede Cegonha, Comissão Intergestores Bipartite, Comitê regional de investigação do óbito materno e infantil, fóruns realizados em universidades e por conselhos profissionais.

Essa experiência propiciou aos integrantes da maternidade o entendimento de sua importância para modificações positivas da obstetrícia no âmbito regional. A partir destas vivências, pode-se construir novas parcerias com hospitais de menor porte, atenção básica dos municípios da região, bem como facilitou a pactuação de compromissos entre os gestores e os trabalhadores participantes do processo.

Diversos desafios apresentaram-se ao longo do processo de apoio às maternidades cearenses, entre eles: a resistência inicial de alguns gestores, a desmotivação dos profissionais, a rotatividade de profissionais, a mudança de gestores municipais e a própria dificuldade de organização em rede. Todavia, mesmo com essas dificuldades, o trabalho do apoio institucional às maternidades tem se mantido no estímulo e no fortalecimento dos colegiados gestores, na oferta de novos modos de cuidar, baseados em evidências científicas, sempre incentivando os avanços alcançados, valorizando proposições coletivas e estimulando o protagonismo dos trabalhadores e das usuárias. As maternidades apoiadas avançaram em diversos indicadores de qualidade da assistência, ampliaram sua participação na rede materno-infantil e contribuem de forma efetiva para a redução da mortalidade infantil e materna no estado.

No âmbito da gestão da RC, tivemos como desafio a ampliação da discussão técnica-política para todas as regiões. Para superá-lo, foi organizada a implantação de Fóruns Regionais da RC. A instalação desses espaços tem sido importante ferramenta de monitoramento

e organização da RC, além de rica experiência de exercício da gestão compartilhada, pois inclui a participação de gestores, profissionais de saúde dos diversos níveis de complexidade e representantes de movimentos sociais. Neste movimento, aposta-se que o fórum é espaço de experimentação de um método de gestão coletiva da RC, pois este permite a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, e traz como efeito a ampliação da implicação e produção compartilhada de responsabilidades, resultando em mais e melhor produção de saúde, vontade de fazer ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a aposta do grupo de apoiadores de institucionais ao Ceará reafirma que propiciar espaços de encontro entre trabalhadores e gestores para construção, monitoramento e avaliação contínuas de seus projetos de saúde faz com que estes organizem suas ações para além dos muros físicos do hospital e das áreas técnicas, materializando uma experiência de construção de uma rede de atenção ao parto e ao nascimento que caracterize o território e os anseios de todos, causando importantes impactos nas práticas de saúde realizadas, como por exemplo, a redução da mortalidade materna em 20%, nos últimos dois anos³⁹.

Considerações inconclusivas: outro mundo é possível

A aposta deste movimento de apoio institucional ao Ceará está na tessitura do trabalho em rede, em que todos os atores que estão implicados com o parto e nascimento se percebem enquanto sujeitos, agentes de transformação, que fazem parte dos resultados de uma clínica ampliada, da produção de saúde e de vida, sendo fundamentais para a inversão do modelo hegemônico e a consolidação de um cuidado ao parto e nascimento que esteja baseado em evidências científicas, mas que respeite os direitos das mulheres e das crianças.

Barros et al. (2014) aponta que o exercício do apoio é para que se produzam novas subjetividades. No campo da Saúde e da RC, os apoiadores temáticos e de serviço têm buscado, a partir de mudanças nos espaços de gestão, construir outro jeito de produzir saúde e significar o parto e nascimento.

Contudo, ao apostar no apoio institucional aos coletivos como principal dispositivo de luta para consolidação de políticas públicas de saúde, considerando os direitos das mulheres e crianças, assegurando novos modos de gerir e cuidar, o coletivo RC (coordenação, apoiadores, referências técnicas, consultores) tem mobilizado os sujeitos nos territórios para que sejam capazes de produzir intervenções criativas e singulares. Intervenções estas que atuem numa lógica transversal e ampliada, almejando novos modos de subjetivação para que estes sujeitos se impliquem e se corresponsabilizem eticamente, assumindo [...] um compromisso com os movimentos que a vida faz na tentativa de encontrar vias de afirmação criadora (ROLNIK, 2005, p. 24), isto é, que produzam novos modos de estar no mundo.

Pensar em discutir saúde na perspectiva de redes de atenção nos remete à necessidade constante de diálogo entre os diversos atores envolvidos neste processo, pois, partindo da heterogeneidade de vivências e opiniões, poderá ocorrer o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, visando garantir o acesso dos usuários a serviços públicos de qualidade.

³⁹ Dado apresentado em reunião do Fórum Rede Cegonha pela Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará, publicado em meio eletrônico, por meio do endereço: <www.saude.ce.gov.br>.

Referências

BARROS, M. E. B. et al. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Org.) **Práticas de apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 83-111.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, p. 5.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 27 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Pacto pela Saúde: 2010/2011**: Brasil. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2010/cnv/pactbr.def>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasil, 2011b. Documento não publicado, distribuído aos Secretários Municipais de Saúde, na Oficina do CONASEMS, em julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasil, 2004. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 18.03.04. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste**: relatório final. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 27 nov. 2015.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Fortaleza, v. 75, I Nov. 2000, p. 5-23. Supplement 1.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. s140-s153, 2014. Suplemento.

FIGUEIREDO, V. O. N.; LANSKY, S. Fóruns Perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazonia Legal e Nordeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília, 2014. p. 77-108. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e para a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, [S.l.], 2010.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 175 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Millennium Declaration**. 2000. Disponível em: <<http://www.2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso: 12 nov. 2015.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, 2010.

PAULON, S. M.; PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030379&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 2 nov. 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Editora Clube do Livro, 2005.

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHÉL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, [S.l.], v. 13, p. 729-738, 2009. Supl. 1.

Câmara Técnica de Humanização e Mobilização do SUS (CTH-MobSUS): dispositivo de articulação das redes temáticas, políticas e programas nas regiões de saúde

Maria Elizabeth Mori
Carlos Alberto Gama Pinto
Olga Vânia Matoso de Oliveira
Simone Regina Eineck Alcantara

Redes temáticas e o apoio integrado

A partir de 2012, o Ministério da Saúde (MS) adotou o Apoio Institucional como forma privilegiada de articulação com os demais entes federados na implantação das Redes de Atenção. Para isso, as Redes Temáticas prioritárias (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial etc.) passaram a contar com apoiadores temáticos.

Nesse momento, foi realizada mudança na estrutura organizacional do MS, com a Política Nacional de Humanização (PNH) saindo do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas à Saúde (DAPES) e indo para o Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Foi estruturado o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), com a responsabilidade de coordenar o processo de trabalho dos apoiadores nos territórios.

O MS lança a estratégia do Apoio Integrado com a intenção de agregar os seus diversos apoiadores e as ações das redes temáticas. Entre os objetivos do Apoio Integrado, destaca-se “contribuir para aumentar o acesso e qualidade dos serviços e ações de saúde”, e para isso, ele deve favorecer a “integração das ações do MS, preservando-se as especificidades de cada secretaria”, “promover mudança cultural na forma de organização” no sentido de “constituir-se um Ministério Único da Saúde” e “fortalecer a relação com estados e municípios na lógica da cooperação e solidariedade” (BRASIL, 2013).

Para a operacionalização do Apoio Integrado nos estados, foram pensadas duas categorias de apoiadores: 1) um grupo de apoiadores de referência para cada estado, composto pelos apoiadores DARAS/SAS, DAB/SAS, PNH/SAS e DAI/SGEP; 2) um grupo de apoiadores temáticos, compostos pelos apoiadores das Redes de Atenção e apoiadores das diversas secretarias (SESAI, SGTES, SCTIE, SGEP, Anvisa, SVS).

A partir da Oficina do Apoio Integrado, em março de 2012, inicia-se a composição dos grupos do Apoio Integrado nos estados da Região Centro-Oeste. A integração dos apoiadores foi dificultada por diversos fatores, como: grande rotatividade dos apoiadores; número insuficiente de apoiadores temáticos em algumas redes, com apenas um apoiador para vários estados; incompatibilidade de agenda dos apoiadores; designação de inúmeras atribuições diferentes, com os apoiadores priorizando tarefas burocráticas dos seus departamentos; forma fragmentada como cada Área Técnica, Departamento ou Secretaria do MS tradicionalmente tem trabalhado e que leva o apoiador a se inserir nesta mesma forma de atuação.

Nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), encontramos a mesma dificuldade de integração dos grupos condutores na implantação das redes temáticas.

Percebendo esta situação, o Coletivo Regional da PNH organizou, em junho de 2013, o I Seminário Macrorregional da PNH na Região Centro-Oeste, com os seguintes objetivos: fomentar a grupalidade com os apoiadores (MS, SES, SMS e Serviços) e demais parceiros da saúde e intersetorial; compartilhar experiências realizadas nos territórios da região com o apoio intensivo da PNH; ampliar a participação dos usuários e movimentos sociais nas ações de humanização na região.

A ideia principal do Seminário foi constituir novo espaço de integração dos apoiadores, menos burocrático e mais articulado com os diferentes atores dos territórios apoiados. Todos os apoiadores do MS para os estados da região foram convidados para o Seminário. Os secretários, os subsecretários, os diretores e os coordenadores de áreas das secretarias estaduais da região também foram convidados.

Nesse Seminário foram levantados os desafios na implementação das Redes e pactuadas diretrizes estratégicas para as regiões de saúde, com as especificidades de cada estado e do Distrito Federal, considerando que estas discussões seriam ampliadas nos territórios, por meio de encontros apoiadas pelo conjunto de apoiadores daqueles estados.

O baixo comparecimento dos apoiadores do MS nesse Seminário foi um analisador importante da dificuldade de integrar os diferentes apoiadores e de colocá-los em agendas mais compartilhadas. O comparecimento dos atores das secretarias de saúde dos estados foi mais expressivo, embora a dificuldade de operar a integração entre as diferentes áreas também esteja presente entre eles.

Com a dificuldade de integração do apoio ficando cada vez mais evidente, e como não tínhamos governabilidade para interferir neste processo, o Coletivo da PNH optou por não deixar de executar suas ações de apoio aos diversos pontos das redes que se interessaram pelo apoio da Política. Assim, foram realizados apoio a hospitais da rede de urgência e emergência, a diretorias e serviços de atenção básica à saúde, a equipamentos de saúde mental, a grupos condutores da Rede Cegonha etc., com diferentes graus de interação com os demais apoiadores temáticos e de referência dos estados.

Assim, em que pese ter ocorrido alguns avanços para integração das redes com esta experiência, a fragmentação do modelo de atenção no SUS ainda persiste. A tentativa de integração dos Apoiadores das Redes se deu principalmente por meio de reuniões entre eles, visando conversar sobre seus esforços e compor suas ações. Em sua maioria, estas reuniões, sem a participação dos representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS), deram-se no âmbito apenas do MS. Na maioria dos territórios, esse processo terminou por se burocratizar e as reuniões ficaram esvaziadas. Houve pouca composição entre os apoiadores, pois suas ações no território continuaram sendo efetivadas isoladamente e cada apoiador se relacionando no território apenas com os atores de suas respectivas redes de atenção. Além de não aproximar as diversas redes no território, todo o universo de problemas de saúde não previstos nas redes instituídas ficou de fora do âmbito de preocupação dos apoiadores e das ações do MS.

■ Apoio e Política Nacional de Humanização (PNH)

A PNH, formulada e lançada pelo MS em 2003 e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde em 2004, propõe mudanças contra-hegemônicas nos modelos de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da adoção de princípios, diretrizes e dispositivos, ressignificando o conceito de humanização (BARROS; PASSOS, 2005) no campo da Saúde Coletiva. Como método de intervenção a Política aposta no Apoio Institucional (MORI; OLIVEIRA, 2014).

O apoio é uma postura metodológica que busca reformular os mecanismos tradicionais de gestão, reconhecendo a diferença de interesses entre gestores, trabalhadores e usuários. O apoiador trabalha fomentando a criação de espaços de análise e gestão compartilhada, onde as relações de poder, saber e afeto possam ser incluídas (CAMPOS, 2007).

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da Saúde. Para a PNH, trata-se de um modo de gerir que se propõe articular ações e serviços, trabalhar em rede, compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas fragmentadas do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

As redes de trabalho em saúde, os territórios vivos, devem ser compreendidos como dispositivo de conversa, um esforço coletivo para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007), consistindo na própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida, de produção de subjetividades e de sociabilidade. Redes de produção de redes (TEIXEIRA, 2003).

Ressalta-se que essa forma de grupalidade promove a transversalidade entre as políticas públicas de saúde (princípio da PNH), uma vez que cada grupo responsável por determinada política passa a contar com outros olhares, quando o conhecimento deixa de ser exclusivo/especialista, mas coconstruído por todos esses atores da saúde. A PNH afirma um conceito de grupalidade como:

experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (BRASIL, 2008, p. 61).

A rede transversal produz-se, portanto, pelos entrelaçamentos entre os diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território, produzindo diferenças na distribuição de poderes e saberes. A construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes especialidades e saberes (BRASIL, 2009, p. 8).

■ A PNH na Região Centro-Oeste

Segundo Mori & Oliveira (2009) a PNH formula seu Pacto Interno de Gestão, em 2005, ao estruturar seus arranjos de cogestão, com a organização interna de seus processos

de trabalho em Coletivos Regionais (CR), Colegiado Gestor Nacional (CGN), Núcleo Técnico-Administrativo (NTA) e Coletivo Nacional (CN). Em 2006, a PNH aposta na formação de apoiadores institucionais e realiza o primeiro curso no âmbito nacional.

O apoio institucional da PNH na Região Centro-Oeste (CO) inicia-se em 2004, no estado de Goiás, com ações extensivas (palestras, encontros, oficinas) voltadas à área hospitalar. A formação regional de apoiadores foi a estratégia adotada a partir de 2007, seguindo o princípio fundamental da inseparabilidade entre formação e intervenção. Os processos de formação realizados nos estados de Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS) e Distrito Federal (DF), durante o período de 2007 a 2011, tiveram efeitos significativos para implementação da Política na região: ressignificação do conceito de humanização, capilarização da humanização como Política; ampliação da quantidade de apoiadores locais; corresponsabilização pelo trabalho em saúde, com elaboração de Planos de Intervenção (PI) nos serviços; fomento do trabalho em equipe e em rede; maior articulação das Secretarias Estaduais com os municípios, fortalecendo as regiões de saúde, com a adoção da PNH como norteadora das mudanças na gestão e na atenção.

Desde o início do trabalho de apoio na região, percebemos dificuldades no âmbito da gestão: modelo verticalizado, centralizado e burocrático, com resistência aos processos de democratização institucional; mudanças constantes de contexto político produzindo alta rotatividade de gestores das SES e SMS; foco em investimentos financeiros; ênfase nos resultados quantitativos e ampliação dos equipamentos de saúde, em detrimento às mudanças na organização de fluxos e aos processos de trabalho, com baixa participação dos trabalhadores nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação. No âmbito da atenção, constatamos a ênfase no modelo assistencial hospitalocêntrico, medicalizante, médico-centrado e o cuidado fragmentado pelas profissões e especialidades, produzindo uma clínica degradada e sem responsabilidade pela saúde dos usuários.

O apoiador institucional, ao se inserir no cotidiano da vida do trabalho no SUS, apoia a formação de grupalidades e fomenta a capacidade de análise e intervenção dos coletivos nos seus processos de trabalho. Podemos afirmar que, ofertando os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH, o apoio institucional intensivo regional tem sido uma estratégia potente para provocar novos contratos de trabalho em equipe, com a qualificação da gestão e da atenção.

A CTHMobSUS como proposta para efetivar a integração temática e a articulação interfederativa nas Redes de Atenção à Saúde

Diante da análise do apoio integrado as ações da PNH no Centro-Oeste, ampliamos a proposta para a construção de um espaço que possibilitasse o encontro de gestores e trabalhadores para, a partir do compartilhamento do trabalho de cada um, ocorresse a construção de estratégias para a efetivação do SUS. Pensamos que o dispositivo Câmara Técnica de Humanização (CTH) da PNH seria a melhor oferta, pois, além de tratar-se de

espaço coletivo organizado, participativo e democrático que auxilia na difusão e implantação dos princípios e diretrizes do HumanizaSUS nos serviços de saúde, a CTH

contribui para a qualificação das ações de saúde, construção do trabalho em rede, possibilitando o redirecionamento dos fluxos dos serviços de saúde, a mobilização de parceiros, a pactuação entre áreas/serviços, a criação de redes de atenção e viabiliza trocas de experiências e planejamento coletivo (BRASIL, 2015, p. 5).

Ampliamos o papel da CTH ao tomarmos a mobilização social em defesa da garantia do acesso, da qualidade do atendimento, da produção de vida e do protagonismo do sujeito, portanto, em defesa do SUS, com a inclusão dos usuários e movimentos sociais, além dos técnicos da Saúde. Propusemos e experimentamos o dispositivo Câmara Técnica de Humanização e de Mobilização em defesa do SUS (CTHMOB-SUS) para as regiões de saúde.

A CTHMOB-SUS objetiva:

- Constituir-se como espaço para exercício do método da tríplice inclusão da PNH: inclusão de todos os atores responsáveis pela efetivação do SUS em determinado território: gestores, trabalhadores e usuários; inclusão dos coletivos, movimentos sociais, serviços de outros setores que tenham relação de intersectorialidade com a Saúde; inclusão dos analisadores (conflitos, problemas, paradoxos) decorrentes dessa participação.
- Resgatar os princípios e diretrizes do SUS e da PNH, implantando os dispositivos e método da PNH nas diversas políticas, programas, áreas e serviços.
- Potencializar a negociação e articulação interfederativa reconhecendo a interdependência entre entes federados.
- Potencializar a articulação coletiva das redes.
- Enfrentar os desafios do SUS nos territórios, pela identificação de problemas, análise e proposição de Projetos de Intervenção (PI).
- Possibilitar a troca e o compartilhamento de informações, saberes e experiências dos diversos atores da região.
- Servir como espaço de formação dos participantes.
- Fomentar a grupalidade por meio do acolhimento, do estabelecimento de vínculos, com a construção do comum a partir das diferenças.
- Respalda e garantir a presença e a participação dos representantes dos serviços, das áreas, das políticas e dos programas nos encontros.
- Mobilizar todos os atores do SUS para intervirem nos processos de trabalho em saúde, tanto no nível central quanto nos serviços.

A CTHMOB-SUS constitui-se como:

- Dispositivo potente de articulação e humanização do trabalho em rede.
- Arranjo de gestão como estratégia de implementação das Redes Temáticas.
- Arranjo de negociação e acordo interfederativo, promovendo encontros com a participação conjunta dos parceiros do MS, das SES, de SMS interessadas, das Regiões de Saúde, dos Cosems, Conasems etc.

- Espaço aberto de encontro entre gestores, trabalhadores (técnicos das Redes, Políticas e Programas de Saúde e de serviços), usuários, movimentos sociais, representantes da Academia etc.
- Arranjo inclusivo, ao abrir para a participação de representantes de outras áreas como Educação, Esportes, Justiça, Segurança Pública etc., constituindo-se em verdadeiro espaço da intersetorialidade.
- Espaço para construção coletiva em rede dos planos de saúde nas RAS, propiciando troca e compartilhamento de saberes.
- Espaço de planejamento, monitoramento e avaliação.
- Espaço de valorização e garantia dos Direitos dos Usuários.

A CTHMobSUS promove:

- Gestão compartilhada da rede e dos serviços, de maneira a articular processos de trabalho, conciliando interesses entre gestores, trabalhadores e usuários.
- Grupalidade e aumenta a capacidade dos grupos/áreas/redes de intervir na realidade.
- Transversalidade entre as políticas públicas de saúde, uma vez que cada grupo responsável por determinada política, passa a contar com outros olhares quando o conhecimento deixa de ser exclusivo/especialista, mas coconstruído por todos os atores da Saúde e de outros setores.
- Aumento do protagonismo dos gestores e dos trabalhadores com maior desenvolvimento da capacidade de análise sustentando as ações coletivas.
- Inclusão dos usuários/movimentos sociais na análise e gestão da saúde no território.
- Maior articulação entre os apoiadores do MS.

A CTHMobSUS ocupa-se de:

- Aspectos relacionados à implementação das Políticas de Saúde no território (estado, regiões de saúde, municípios, serviços), incluindo as redes temáticas e áreas programáticas estratégicas.
- Questões referentes ao próprio funcionamento da CTHMobSUS, colocando em análise o seu processo de trabalho, identificando suas potencialidades e fragilidades, buscando a inclusão dos diversos atores nos encontros (apoiadores do MS, coordenadores das redes e serviços nos estados e municípios, representantes de outras áreas, como Justiça, Educação etc.).

A CTHMobSUS tem dois momentos:

- Espaço *de formação*, nos momentos de discussão teórica, alinhamento de conceitos do processo saúde e doença, das políticas e programas, dos modelos de gestão e atenção, com *trocas* e identificação de experiências bem-sucedidas (SUS que dá certo).
- Espaço de *análise e intervenção*, onde problemas específicos de gestão e de atenção no território são trabalhados, com compartilhamento entre os diversos atores de seus

diagnósticos, suas impressões, suas propostas de intervenção e formação de acordos em torno de um projeto de intervenção compartilhado, com designação de prazos e responsáveis para as ações pactuadas.

A CTHMobSUS operacionaliza-se por dois dias de trabalho intensivo de apoio nos territórios:

- Um dia para a reunião mensal ordinária da CTHMobSUS, propriamente dita.
- Um dia para reuniões específicas de apoio institucional a determinados grupos e instituições, a partir de demandas identificadas, como por exemplo: i) apoio à inclusão da Saúde Indígena no Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCERC), com desdobramentos no apoio às maternidades prioritárias da RC; ii) apoio na articulação entre SES e Secretaria da Justiça (Sejud) para integrar as ações de Cuidado à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional; iii) formação de Engenheiros e Arquitetos na Ambiência; iv) apoio a implementação do SOS Emergência na RUE; v) apoio ao planejamento das áreas técnicas das secretarias etc.

Na CTHMobSUS os Apoiadores:

- Colocam-se junto, lado a lado, com os gestores e/ou profissionais que vão apoiar, na problematização das questões da gestão e da atenção.
- Promovem a inclusão dos diversos atores envolvidos nos processos de trabalho, com suas diferentes visões e percepções de mundo, como possibilidade de visão mais compreensiva dos problemas e valorização do diálogo como instrumento para superação dos conflitos e construção dos consensos e acordos possíveis.
- Possuem autonomia para criar, inventar dispositivos e arranjos que promovam encontros com diferentes atores.

A CTHMobSUS produz os seguintes efeitos positivos:

- Fortalece o trabalho dos diversos apoiadores do território.
- Funciona como espaço aberto que permite participação ampla.
- Permite a ampliação da participação dos gestores e profissionais das diversas áreas da Saúde e de setores relacionados.
- Inclui os trabalhadores e gestores das áreas-meio (Engenharia, Arquitetura, Administrativo etc.) da saúde nas discussões.
- Fomenta articulação entre os participantes da CTHMobSUS, no cotidiano do trabalho e na rede de saúde.
- Produz uma rede de relações e diálogo com a diversidade.
- Integra questões, problemas, assuntos das várias políticas e programas nas discussões da CTHMobSUS, com a participação de todos.
- Propicia a discussão das questões que afetam o trabalhador da Saúde (suas demandas e necessidades).

- Produz empoderamento dos trabalhadores dos serviços.
- Promove a discussão sobre produção de sentido no trabalho.
- Atua na defesa do direito das populações vulneráveis específicas de cada território.
- Funciona como espaço de formação, compartilhamento de saberes e alinhamento de conceitos e modelos de gestão e atenção.
- Favorece o trabalho em equipe.
- Provoca a participação ativa dos serviços.
- Amplia o olhar sobre a realidade de saúde e dos serviços.
- Promove a humanização da gestão e da atenção, por meio da ênfase nos princípios, diretrizes, arranjos, dispositivos e método da PNH.
- Fomenta a elaboração participativa e compartilhada dos Projetos de Ação.
- Promove a integração das áreas e redes – participação em reuniões dos grupos condutores etc.

Visando à obtenção de toda sua potência, a CTHMobSUS deve evitar atuar de forma a produzir práticas de exclusão, como quando:

- Pauta somente as preocupações do MS quanto à implementação de ações, como a realização de *checklists*.
- Dificulta a discussão a respeito dos bloqueios e estranhamentos quanto à participação de algumas áreas da Saúde (ou intersetoriais) na CTHMobSUS.
- Interditada os temas de maior interesse dos trabalhadores.
- Realiza as reuniões de forma burocrática, sem se preocupar com os sinais de desinteresse e descompromisso dos participantes.
- Desconhece a necessidade de incluir participação de mais profissionais de determinados serviços na CTHMobSUS, pela dificuldade na ampliação das discussões para dentro dos serviços/áreas.
- Deixa de:
 - problematizar a resistência à participação de algumas áreas da Saúde nas reuniões das diversas redes;
 - utilizar a alta rotatividade dos participantes como um analisador;
 - ocupar-se de que as discussões realizadas na CTHMobSUS sejam levadas para os serviços e áreas;
 - desdobrar as discussões em efetiva implantação das diretrizes e dos dispositivos de modelos de gestão e atenção;
 - problematizar a falta de participação dos gestores na CTHMobSUS;

- cuidar das questões operacionais com a prioridade necessária (organização das agendas, pautas, infraestrutura das reuniões etc.);
- trabalhar as questões relativas às dificuldades de enfrentamento de críticas e divergências nas rodas.

A produção da experimentação da CTHMobSUS

A seguir, destacaremos três casos onde podem ser notados os desdobramentos do funcionamento da CTHMobSUS para a articulação dos processos de trabalho das redes temáticas, áreas técnicas do MS responsáveis pela implementação de Políticas e Programas de saúde, como o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e secretarias. Estes casos se referem à adoção do dispositivo no estado de Mato Grosso (MT), onde este arranjo foi mais consistentemente experimentado.

Inclusão da SAÚDE PRISIONAL nos debates da Saúde

A participação da equipe da Saúde Prisional (SP) da SES, responsável pela implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) no estado de Mato Grosso, na CTHMobSUS possibilitou a inclusão das necessidades desta população vulnerável tanto nos Grupos Condutores de Redes (Raps, RUE e RC) quanto nos encontros de articulação com outras áreas técnicas da Secretaria e intersetoriais.

No MT, os profissionais de Saúde responsáveis pela assistência prestada pelos serviços da SP são concursados da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH). Com isso, havia um distanciamento muito grande entre os profissionais da SES, responsáveis pela gestão da Saúde Prisional no estado, e os profissionais da SEJUDH, que efetivamente são os responsáveis pelo cuidado da população privada de liberdade, cabendo a estes últimos executar as ações formuladas na outra secretaria (SES). Essa situação foi se explicitando nas reuniões da CTHMobSUS. A partir deste diagnóstico, incentivamos a criação de um espaço de diálogo, incluindo todos os profissionais que se ocupam da SP no estado: profissionais da SES, da SEJUDH e outros atores interessados no tema (Defensoria Pública etc.). Nesse espaço foi problematizada a separação entre quem planeja e quem executa e os tensionamentos entre os dois grupos foram explicitados.

O apoio da PNH para o enfrentamento desses desafios se deu mensalmente, em dia anterior à reunião da CTHMobSUS, quando apostamos na ampliação da rede de conversa interna à SES – entre os grupos condutores das redes (RC, RUE e Raps) e as áreas técnicas (Saúde do Homem, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Doenças Crônicas, Promoção e Humanização da Saúde, Programa Tabagismo, Saúde Indígena) – e rede externa: Defensoria Pública, Trabalhadores da SEJUDH, Hospital Psiquiátrico, gestores da Saúde Prisional de Cuiabá e Várzea Grande, Hospital Santa Helena etc.

As reuniões são organizadas, a cada encontro, com programação pactuada. O trabalho iniciou com o resgate das propostas do Plano Operativo Estadual (2004), não operacionalizado, e da Pnaisp (2014), ainda sem pactuação com o MS, pela falta de Plano de Ação (PA). Os desafios

foram identificados pelos atores (trabalhadores e gestores) e iniciamos a construção de Plano de Intervenção (PI) – ferramenta ofertada pelos apoiadores da PNH/MS, para subsidiar o PA.

Essa fase do processo permitiu o reconhecimento da fragmentação da gestão da SP entre as secretarias estaduais (SES e SEJUDH), iniciando processo de integração das ações desenvolvidas na organização do cuidado à pessoa privada de liberdade no estado. A inserção de representantes das Redes e demais áreas técnicas nas discussões permitiu um olhar ampliado e contribuições importantes para o planejamento participativo e cogrido intersetorialmente.

Como resultado deste trabalho podemos destacar: formação de um grupo de profissionais para estudo dos princípios e diretrizes do SUS, PNH, Pnaisp e PNSM; divulgação conjunta (SEJUDH e SES) da Pnaisp nos presídios; publicização da atual realidade carcerária do estado por meio de um observatório, formado pela sociedade civil, com a OAB; constituição do Grupo Condutor da SP-MT; qualificação do grupo de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário do Tribunal de Justiça; implementação da cogestão; discussão sobre o cuidado ao presidiário no hospital psiquiátrico; constituição de um fórum permanente intra e intersetorial da Saúde Prisional, pautado pela Pnaisp, incluindo todos que trabalham com o tema – Conselho da Comunidade, Direitos Humanos, Pastoral Carcerária, Cosems, Conselho Penitenciário, SES (ST, AB, SM, DCNT, ATSM, Saúde da Criança, Saúde do Homem, Pessoa com Deficiência), Conselho de Segurança; realização de Cine-Fóruns temáticos periódicos; articulação com a RUE para reorganização do atendimento nos serviços de urgência, para garantir o direito do presidiário ao atendimento no SUS, preservando a classificação de risco; discussão dos processos de trabalho e fluxos internos, entre as equipes da SP-MT, com apresentação de dados qualitativos e quantitativos.

O dispositivo CTHMobSUS possibilitou, portanto, que as redes temáticas se articulassem na elaboração de ações e estratégias conjuntas com a SP que, ao mesmo tempo, ampliou sua articulação com a rede interna (SES) e externa (intersetorial).

Inclusão da Saúde Indígena na Rede Cegonha

Desde o início da constituição da CTHMobSUS no estado, a Rede Cegonha Estadual (áreas técnicas de Saúde da Mulher e da Criança da SES) participou ativamente por meio dos representantes do Grupo Condutor Estadual, Grupos Condutores Regionais (Baixada Cuiabana e Sul-Matogrossense) e Grupos Condutores Municipais (Cuiabá e Rondonópolis), além dos apoiadores do MS (de serviço e da criança), gestores e trabalhadores de maternidades e representantes do Comitê de Redução da Mortalidade Materno-infantil.

Com base na apresentação dos Planos de Ação dos Grupos Condutores e das maternidades, a CTHMobSUS apoiou a identificação dos principais desafios, os quais explicitavam os nós críticos para a implementação dos componentes e diretrizes da Rede Cegonha (RC) no estado. Entre eles, a necessidade de aproximação dos diversos apoiadores do MS (PNH, de serviço/maternidade, da criança e da Saúde Indígena) para permitir o fortalecimento do apoio institucional para a implementação da RC. A presença permanente dos apoiadores da Saúde Indígena/Secretaria de Saúde Indígena do MS (SESAI), da área técnica/SES e dos trabalhadores dos DSEI, nas reuniões da CTHMobSUS, incluiu o debate sobre a Saúde Indígena (SI) gerando articulação desta com a RC, o que contribuiu para a participação da SI na Oficina de Contratualização da RC e com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Nesse movimento, a Coordenação de Humanização do estado passou a ser referência para os apoiadores locais e para os gestores e trabalhadores dos serviços.

A participação ampliada e inclusiva do MS e da SES na CTHMobSUS possibilitou a discussão sobre a linha de cuidado materno-infantil de forma conjunta e articulada, com os atores dos diversos pontos da rede, superando a fragmentação notada anteriormente.

A participação da RC na CTHMobSUS disparou várias demandas de apoio institucional às ações para implementação da RC no estado: apoio às reuniões do Grupo Condutor Estadual, que ampliou a participação para Saúde Mental, Saúde Indígena, Saúde do Homem e maternidades nas reuniões, adotando a ferramenta Plano de Intervenção (PI); realização de oficinas sobre ambiência, acolhimento, gestão da clínica nas maternidades prioritárias; fortalecimento de Colegiados Gestores e grupos de trabalho existentes nas maternidades e implementação de novos colegiados; implementação do Direito ao Acompanhante; fomento à participação do Grupo Condutor nos encontros da Comissão Intergestora Regional (pré-CIR), para discussão sobre o Acolhimento; fomento à implementação do Fórum Perinatal Regional; realização de rodas de conversa nas maternidades prioritárias sobre Ambiência, Acolhimento, Cogestão, Direito ao Acompanhante e Humanização do Parto e Nascimento; realização de visitas guiadas priorizando a Ambiência nas maternidades do Hospital e Pronto-Socorro de Várzea Grande e Hospital Universitário Júlio Müller, com rodas de conversas posterior, com gestores, trabalhadores, engenheiros e arquitetos da SES; fomento à constituição do “Grupo Gestor das Maternidades” coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, o qual permitiu a elaboração e pactuação do mapa de vinculação das gestantes às maternidades; inclusão de usuários e movimentos sociais nas reuniões da CTHMobSUS.

Inclusão de área-meio (Engenharia e Arquitetura) nas discussões da Saúde

A CTHMobSUS no estado realizou uma oficina sobre a diretriz “Ambiência nos territórios do SUS”, com participação expressiva dos engenheiros e arquitetos da Coordenadoria de Engenharia e Obras da SES; dos Setores de Arquitetura e Obras das Secretarias Municipais de Cuiabá e de Várzea Grande; engenheiros de Hospitais e Engenheiros e Arquitetos do Distrito Sanitário Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), além de gestores e trabalhadores da SES, SMS de Cuiabá, SMS de Várzea Grande e serviços de saúde prioritários do estado. O processo de mobilização realizado pela Coordenadoria de Promoção da Saúde e Humanização/SES garantiu ampla participação nesta oficina, coordenada pela consultora matricial da PNH.

A CTHMobSUS tem um movimento crescente, ao agregar novos participantes e atores a cada reunião. As áreas técnicas da SES/MT e SMS Cuiabá se fizeram presentes como Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Grupos Condutores da Rede Cegonha e Serviços/Maternidades.

Foi debatido o conceito de Ambiência na Saúde e questões problematizadoras foram trazidas para pensar o espaço nos serviços e territórios, ofertando oportunidades de discussão coletiva, colocando em análise o Hospital Geral Universitário e Hospital Universitário Júlio Muller.

Essa oficina disparou visitas guiadas às maternidades (Hospital e Pronto-Socorro de Várzea Grande e Hospital Universitário Júlio Müller), com rodas de conversa envolvendo gestores, trabalhadores, engenheiros e arquitetos dos serviços da rede e da SES/MT, as quais produziram análise sobre o caminho percorrido pela gestante dentro da unidade, evidenciando problemas relacionados ao acesso e fluxo.

O envolvimento da equipe de Engenharia e Arquitetura com o SUS avançou com a participação destes na CTHMobSUS, onde foi demandada capacitação sobre a Ambiência, na perspectiva da Diretriz da PNH. Esses trabalhadores, apesar de fazerem parte do processo de trabalho em saúde, são apartados cotidianamente das discussões sobre os modelos de gestão e atenção do SUS, pelo fato de não serem profissionais formados no Núcleo da Saúde.

A inclusão desses técnicos na CTHMobSUS produziu ressignificação da profissão como pertencente ao Campo da Saúde, possibilitando novo olhar sobre o trabalho que realizam, pois passaram a pensar o espaço dos serviços e as demandas de projetos e reformas com maior implicação, comprometendo-se e buscando sentido no trabalho que realizam.

Considerações finais

Os desafios vivenciados na experiência do apoio institucional, como consultores da PNH, ao percebermos as dificuldades dos territórios na implementação de mudanças no modelo de atenção e gestão, de forma participativa e inclusiva, impulsionou-nos à criação de novo arranjo e oferta de tecnologias de encontros: a CTHMobSUS, um espaço aberto e articulador.

Trata-se de um dispositivo que pretende ir além de reunir técnicos da Saúde, mas provocar movimentos de mobilização social em defesa do SUS, face aos grandes entraves na luta por um sistema de saúde para todos, com o apoio estratégico do MS. A demanda dos estados, municípios e regiões de saúde, na implementação das redes e de políticas de saúde mais inclusivas permite este novo direcionamento.

O processo de constituição da CTHMobSUS dá-se no movimento de sua formulação, em ato. Cada novo ator que chega participa da construção e configuração desse dispositivo. O eixo transversal (análise do processo de trabalho) esclarece o modo de funcionamento do grupo, corresponsabilizando cada um pelo fomento da grupalidade neste espaço. A cada discussão sobre as propostas das redes temáticas e o diagnóstico de situação, modulamos os próximos passos. A mobilização anterior às reuniões permite identificar atores estratégicos e fazer articulações por meio virtual e reuniões presenciais visando à inclusão de novos atores. Dessa maneira, a CTHMobSUS estabelece-se num cenário ampliado, com a identificação de desafios a serem enfrentados nas regiões de saúde, sem planejamento fechado, mas apenas com uma direção: a efetivação do SUS.

Os espaços de conversa também são alternados com ofertas temáticas que permitem qualificar o diálogo. A intenção é acolher todos os relatos, análises e percepções, permitindo relação de confiança e troca entre os participantes. A síntese do debate é trabalhada na perspectiva de projetos de intervenção, identificando os principais desafios e movimentos a serem apoiados.

A CTHMobSUS produz mobilização e aproximação dos sujeitos e coletivos que, de forma compartilhada e democrática, discutem e analisam os problemas, construindo novas pactuações de projetos de intervenção. À medida que as discussões vão avançando, e os projetos vão sendo pactuados e experimentados, o dispositivo ganha credibilidade com os atores e seus coletivos, levando os profissionais a renovarem suas forças para lutar por um SUS melhor, humanizado e digno. Os participantes colocam que se sentem mais informados sobre as políticas, programas de saúde, participando da CTHMobSUS. Relatam também a oportunidade de conhecer seus parceiros, a finalidade do trabalho de cada um e suas propostas, e veem a CTHMobSUS como espaço que dá visibilidade aos projetos de qualificação da atenção e gestão dos estados.

Identificamos que um grande desafio da CTHMobSUS é promover a inclusão de representantes de usuários e de movimentos sociais, principalmente aqueles que lutam na defesa da saúde das populações vulneráveis. Há necessidade de construção coletiva de novas estratégias para promover esta inclusão, considerando que usuários são atores importantes na discussão, análise e proposição de ações, com gestores e trabalhadores e, conseqüentemente, promovem a qualificação e efetivação do SUS.

Esse é um tema que nos remete ao questionamento: como buscar novas entradas/abordagens de construção coletiva e fortalecimento de redes em que a interface entre secretarias de saúde, conselhos de saúde, entidades voltadas para o direito, instituições formadoras, conselhos de classes profissionais e ONG estejam juntas realizando um trabalho centrado no direito e na ética?

Em síntese, propomos a CTHMobSUS como novo arranjo de integração do Apoio Institucional e de articulação interfederativa, no nível da micropolítica, espaço privilegiado de concretização das ações de saúde.

Os consultores do Coletivo Centro-Oeste da PNH valeram-se de sua autonomia para criar e experimentar esse dispositivo, voltado para a implantação da democracia institucional, na implantação das redes temáticas e nas Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

No atual cenário da saúde pública brasileira, afirmamos a importância de espaços como este, de defesa do Sistema Único de Saúde, de seus princípios e diretrizes, na perspectiva de ampliação do acesso, com qualidade e humanização da atenção, com a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na sua gestão compartilhada.

Referências

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dicas em saúde**: Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/177_grupo_trabalho.html>. Disponível em: 3 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Apoio Institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1063-1075, 2014. Suplemento 1.

_____. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento 1.

PACTO INTERNO: Contribuições, responsabilidades e arranjo de gestão. Brasília, 2006. Documento não publicado à disposição para acesso. Documento Interno da PNH.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. A perspectiva de rede que sustenta dispositivos inovadores para intervenção do trabalho em saúde. **Trabalhador da Saúde Muito Prazer: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 123-141.

TEIXEIRA, R. R. 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: CEPESC, 2003. p. 49-61

Sobre os autores

ADRIANA LOPES LIMA MELO – Consultora do DAPES Ministério da Saúde.

ALINE DE OLIVEIRA COSTA – Consultora do DAPES Ministério da Saúde.

ANALIA CUNHA PUPO – Consultora do DAPES Ministério da Saúde.

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JUNIOR – Consultor do DAPES Ministério da Saúde.

ARIANE GOIM RIOS – Mestranda em Saúde Coletiva (Unicamp) e Psicóloga da Defensoria Pública de Jundiaí/SP.

CARLOS ALBERTO GAMA PINTO – Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP), Professor do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (UNICAMP), Consultor da Política Nacional de Humanização (PNH), Consultor Nacional de Saúde da Criança.

CRISTIANO RODRIGUES DE FREITAS – Doutorando em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

LUIZ AUGUSTO DE PAULA SOUZA – Doutor em Psicologia e professor titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP.

MARIA ELIZABETH MORI – Psicanalista e Analista Institucional; Mestre em Psicologia Clínica; Supervisora clínica e Institucional da rede de saúde mental do DF.

MIRELA PILON PESSATTI – Arquiteta e Urbanista, Mestre em Saúde Coletiva- Unicamp, Dra em Arquitetura, Tecnologia e Cidades- Unicamp, Docente- Arquitetura e Urbanismo na USF, Consultora MS.

OLGA VÂNIA MATOSO DE OLIVEIRA – Especialização em Saúde Pública; Especialização em Gerência de Unidade Básica de Saúde; Consultora da Política Nacional de Humanização/MS.

PAULA GIOVANA FURLAN – Doutora em Saúde Coletiva, Professora Adjunta da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA – Professor Dr. do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo

ROGÉRIO DA COSTA – Filósofo e professor assistente doutor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Comunicação e Semiótica da PUC-SP.

SILVIA MARIA SANTIAGO – Professora Dra. do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp.

SILVIA TEDESCO – Professora Dra. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

SIMONE REGINA EINECK ALCANTARA – Pós Graduação em Saúde Pública, Consultora da Política Nacional de Humanização/MS.

TADEU DE PAULA SOUZA – Professor Dr. do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão.

TATIANA SILVA TAVARES – Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG.

VERA LÚCIA FERREIRA MENDES – Coordenadora da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES/SAS/MS.



DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

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

SUS  **MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

