FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

Mudanças na atenção à saúde da mulher no SUS em Diadema/SP

Um estudo do caso após 10 anos da implantação da Rede Cegonha

Aluna: Dora Cavalcanti Ehrlich

Orientador: Prof. Adriano Massuda

São Paulo – SP

2022

Mudanças na atenção à saúde da mulher no SUS em Diadema/SP

Um estudo do caso depois de 10 anos da Rede Cegonha

Resumo

Situado nos campos de Saúde Coletiva, Administração Pública e Gênero, este foi um estudo de caso da gestão da atenção à saúde da mulher em Diadema/SP. Trata-se de uma análise sistêmica da adesão à Rede Cegonha, no momento de sua publicação, em 2011 (com implementação em 2012) e do período atual, desde o início do mandato atual da prefeitura, iniciado em 2021. O principal objetivo foi responder à pergunta: como a implantação da Rede Cegonha modificou a atenção à saúde da mulher no SUS em Diadema/SP até os dias atuais? A partir de entrevistas semiestruturadas com gestores da saúde no município e de análise documental, esta iniciação científica mapeou os principais avanços, desafios e retrocessos na política pública em questão, especificamente no que diz respeito a financiamento, governança e organização, prestação de serviços e resultados em saúde. Dentre os resultados da pesquisa, está a repetição ou persistência, em 2022, dos mesmos desafios de 2011: a falta de integração e comunicação entre os serviços de saúde que faziam parte do atendimento à gestante, parturiente e puérpera; e a estagnação da queda da taxa de mortalidade materna e infantil. O trabalho contribui para a revisão da política de atenção à saúde da mulher no SUS a nível municipal, que está sendo feita no momento de sua publicação, em 2022. Além disso, intersecciona mais uma vez gênero, saúde coletiva e administração pública, olhando especificamente para a esfera municipal.

Palavras-chaves

Estudo de caso; Saúde da Mulher; Sistema Único de Saúde; Gênero; Município.

1. Introdução

As relações e desigualdades de gênero já foram estudadas pela biologia, pela sociologia, pela literatura e até mesmo pela estatística. No campo das ciências sociais aplicadas, não é diferente e, na Administração Pública, especialmente no Brasil, isso tem um marco: 2004, com o artigo "Gênero e Políticas Públicas" (FARAH, 2004). Ele não só abre as portas para o estudo das abordagens de gênero em cada política pública, como alerta e mapeia a necessidade de que os *policy makers* passem a considerar as desigualdades em seus desenhos. De transporte a educação, passando pela saúde, pela cultura e pela assistência social, precisamos considerar que mulheres e homens têm necessidades diferentes que devem ser consideradas pelas políticas, sejam características físicas, como a possibilidade de engravidar em mulheres cisgênero, por exemplo; ou sociais, como o recorrente fenômeno do abandono paterno, que faz com que políticas de transferência de renda sejam feitas no nome das mulheres, para que elas controlem o dinheiro recebido.

Em 2020, ano em que o mundo foi duramente afetado pela pandemia da Covid-19, foram registradas 1.965 mortes maternas no Brasil. Dez anos antes, em 2010, esse número foi 1.719, subindo 14,31% em uma década. Nesse perído, o número de nascidos vivos diminuiu em cerca de 5,6%[1]. A alta taxa de mortalidade materna, assim como a estagnação na queda da mortalidade infantil, indicam a necessidade de formular políticas públicas de enfrentamento dessas mortes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tudo o que diz respeito ao escopo de responsabilidades do SUS, que é definido pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e participação social.

Ao propor estudar a saúde da mulher e programas voltados para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil, o presente artigo está estudando também a gestão do SUS, que é tripartite. Portanto, se dá no Ministério da Saúde, a nível federal, quanto nas secretarias estaduais e municipais e todos os governos subnacionais do Brasil. O recorte aqui escolhido foi o municipal, pelo fato de que a maior parte do atendimento a mulheres em casos que não são de alta complexidade se dá nos municípios, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde, onde devem ser realizadas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças como câncer (de colo de útero e de mama, por exemplo), tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), assim é onde ocorrem os cuidados de pré-natal de baixo risco, no caso de mulheres gestantes.

---

[1] Dados obtidos a partir dos Painéis de Monitoramento da Mortalidade Materna e de Nascidos Vivos, da Secretaria de Vigilância em Saúde e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

A única política nacional que consolidou um conjunto de ações e serviços voltados para a saúde da mulher é a Rede Cegonha, implantada em âmbito local a partir da adesão opcional dos municípios em 2011, na portaria de número 1.459. Dentre os objetivos pelas quais ela foi criada, um dos principais era a redução das taxas de mortalidade materna no país. Para tanto, "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" (BRASIL, 2011).

O município escolhido foi o de Diadema, na Região Metropolitana de São Paulo, e também na Região do ABC, que inclui os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Diadema, Mauá, Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires. O primeiro motivo para a escolha foi de ordem prática. O município fica muito perto de São Paulo, na fronteira, ou seja, não haveria impasse algum (seja temporal ou monetário) para visitas à campo. E, além disso, o orientador da presente pesquisa tem um vínculo acadêmico em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, facilitando o contato e a abertura para entrevistas, acompanhamento de reuniões, acesso a dados e documentos oficiais. O segundo motivo é a relação do município com o SUS. Diadema é uma cidade de 429.550 habitantes (IBGE, 2021) com cerca de 60%[2] da população que tem o SUS como principal fonte de acesso à saúde. Por isso, a saúde é prioridade da prefeitura atual (cujo prefeito é José de Filippi Júnior). Em Diadema, a cobertura da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, ou seja, da Atenção Básica e das UBS, é de 100%. A despesa alcançou quase 40% do orçamento próprio (SIOPS, 2022), 25% do mínimo estabelecido para os municípios brasileiros pela Lei Complementar 141 (BRASIL, 2012) a gastar no mínimo 15%. No que diz respeito à Rede Cegonha, a Região do ABC, da qual Diadema faz parte, foi a segunda do estado de São Paulo a aderir à rede temática de saúde da mulher gestante e puérpera, ou seja, o município está entre os pioneiros no estado.

Tendo como objeto a gestão da Rede Cegonha no município de Diadema/SP, esta pesquisa busca responder à pergunta "Como a implantação da Rede Cegonha modificou a atenção à saúde da mulher no SUS em Diadema/SP?" a partir de uma análise a de mudanças no financiamento, organização e governança e prestação assistencial. Os dois marcos temporais considerados são de 2011 e 2012, período de adesão e implementação da Rede Cegonha, e 2021 e 2022, os dois primeiros anos do mandato atual da prefeitura. O objetivo específico é, a partir de entrevistas e análises documentais, mapear a gestão da rede cegonha

[2] Dado obtido em acompanhamento de reunião de revisão da Rede Cegonha em Diadema

no momento de sua implementação e no momento atual, analisando o que mudou neste período. Pretende-se contribuir para a revisão da política de atenção à saúde da mulher no SUS a nível municipal e intersecciona mais uma vez gênero e saúde coletiva, olhando especificamente, agora, para a esfera municipal e para os desafios enfrentados pelos governos locais na implementação da Rede Cegonha.

Além desta introdução, este artigo tem uma seção (de número 2) de teoria, dividida em três partes: 1) O Sistema Único de Saúde, que explica a criação do SUS, suas diretrizes e princípios, sua organização e faz um apanhado do que há de bibliografia sobre o sistema; 2) Gênero e Saúde Coletiva, que introduz o estudo de gênero em políticas públicas e inserção da saúde neste novo campo; 3) Rede Cegonha: a saúde da mulher no SUS, que descreve a Rede Cegonha e também envolve material bibliográfico a respeito. A seção de teoria será encerrada com um quadro que sintetiza as principais referências usadas para os três temas. A terceira seção, de metodologia, descreve os métodos estudo de caso qualitativo, entrevista semi-estruturada, observação não-participante de reuniões e análise documental. Já na quarta seção, de resultados, os dados obtidos nas entrevistas, análises documentais e reuniões são expostos de maneira a expor avanços, retrocessos e desafios da implementação e do momento atual da política. Por fim, há as seções 5, de discussão, indicando pontos que poderão ser trabalhados na revisão atual da Rede Cegonha no município, e 6, a conclusão. Após a bibliografia, está, anexo, uma dupla de quadros que foi fundamental para a análise que levou aos resultados da pesquisa. Na seção 4, os dois quadros estão sintetizados em um só.

2. Teoria

2.1. O Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde brasileiro é organizado a partir das diretrizes e princípios que estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto da Constituição Federal de 1988, que estruturou o sistema de seguridade social no país, a saúde foi definida como um direito de cidadania e uma responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988). A principal lei que regulamentou o SUS é a Lei Orgânica da Saúde, de número 8.080/1990. Há também um terceiro dispositivo legal, a lei 8.142, do mesmo ano, que versa sobre participação popular e transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Nas duas primeiras legislações, há a definição, respectivamente, de diretrizes e princípios do SUS. Segundo Matta (2007), essa divisão é contraditória, pois há certo esvaziamento do que seria um princípio ou uma diretriz, e, assim, há sobreposição entre as duas legislações. Há, portanto, uma reorganização acadêmica dos princípios e diretrizes. O mesmo autor define, assim, que seriam, excluindo sobreposições e esvaziamentos devido à "dupla legislação" sobre o mesmo assunto, os princípios do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade; e as diretrizes a descentralização, a regionalização e hierarquização (ver quadro 1); e a participação da comunidade.

Sendo assim, o Sistema Único de Saúde deve: ser acessível em seus serviços e ações para todos os cidadãos; buscar a redução das iniquidades, reconhecendo "a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e na suas potencialidades" (MATTA, 2007); e atuar na prevenção em saúde, humanizando as práticas e considerando a diversidade de pessoas, assim como grupos específicos, como mulheres, por exemplo. Para tal, é necessário que o sistema tenha a gestão distribuída entre entes federativos, sendo que cada um tem uma direção de atuação e gestão e tenha conselhos e conferências de saúde para ouvir e favorecer a participação da população.

Quadro 1 - Competências de cada ente federativo no SUS

Municipal	Estadual	Federal (Direção Nacional do SUS)

Planejar, organizar e executar os serviços públicos de saúde; Executar serviços de vigilância sanitária, nutrição e saúde do trabalhador; Executar a política de insumos e equipamentos; e Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.	Promover a descentralização para os municípios, para os quais deverá prestar apoio técnico e financeiro; Gerir hospitais e sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; e Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).	Participar da formulação e da implementação das políticas relativas a meio ambiente, saneamento básico e trabalho; Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; Definir normas e padrões; e Cooperar técnica e financeiramente com os estados e municípios, para os quais deverá promover a descentralização do Sistema.

Fonte: elaboração própria com base nos artigos 16, 17 e 18 da lei 8080/90.

Segundo Arretche (2003), o SUS apresenta uma mudança de paradigma, por ser um direito universal garantido por lei e constitucionalmente, ou seja, pautado na concepção de cidadania, e descentralizado. Após a sua implementação, não só a participação dos municípios na produção ambulatorial teve aumento, mas as diferenças entre os municípios diminuíram. Pelo fato de o Brasil ser uma federação, os municípios têm autonomia, criando oportunidades institucionais e permitindo que cada um escolha como executar a política a partir da diretriz federal. Assim, os municípios também colaboram na formulação e no financiamento de políticas, já que têm autonomia e que o sistema é cofinanciado, mesmo com predominância das transferências fundo-a-fundo para municípios. Ainda, há uma estrutura que favorece que o SUS como sistema federativo funcione:

> a NOB 01/1993 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), constituídas por representantes dos gestores do SUS, como espaços intergovernamentais adequados técnica e politicamente para a definição de ações organizacionais para a implementação de políticas de saúde pública em que as decisões

> ocorrem por consenso, estimulando o debate e a negociação entre os gestores e se constituindo em palco importante das relações interfederativas. Os Conselhos de representação dos secretários estaduais e municipais, Conass e Conasems, respectivamente, que já desempenhavam o papel de interlocutores com o Ministério da Saúde e entre si, após a criação da CIT e das CIBs, cresceram de importância com a instalação formal desses espaços de formulação e pactuação. (FRUTUOSO, 2010)

Olhando para o Sistema hoje, depois de mais de três décadas, é possível afirmar que:

> No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu ampliar o acesso a serviços de saúde, reduzindo mortes por causas preveníveis e diminuindo desigualdades regionais (Paim *et al*., 2011). Entretanto, a reforma sanitária brasileira foi incompleta. A persistência de problemas estruturais, como o subfinanciamento crônico, fragilidades na alocação de recursos e na organização regional, mantém altos os índices de inequidade no padrão de acesso a tecnologias em saúde, principalmente na atenção especializada e hospitalar (Paim *et al*., 2018). (MASSUDA e CAMPOS, 2020)

Portanto, o SUS, em todos os níveis federativos, passa recorrentemente pela necessidade de inovação e resiliência, de maneira a mitigar e solucionar esses problemas estruturais ou outros contextuais que podem surgir, como mudanças de gestão devido à mudança de grupo político no poder, crises nacionais ou epidemias, por exemplo.

> A crise brasileira, que começou econômica, tornou-se política, ascendendo ao poder grupos populistas de direita, que contestam direitos humanos e políticas sociais. Infelizmente, a ruptura em curso do pacto democrático e social, estabelecido pós-ditadura militar, que deu origem ao SUS, deve aumentar as desigualdades em saúde no Brasil. (MASSUDA e CAMPOS, 2020)

O SUS contribuiu substancialmente para o aumento do uso de serviços de saúde, melhores resultados de saúde e maior equidade em saúde. O acesso à saúde melhorou e o uso dos serviços aumentou para toda a população brasileira. Em grande parte, as melhorias estão associadas à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a política nacional para Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Entretanto, problemas estruturais persistem, como o subfinanciamento crônico e a frágil regionalização, limitando acesso a serviços especializados de saúde, incluindo áreas de saúde da mulher (CASTRO et al, 2019)..

2.2. Gênero e saúde coletiva

Na década anterior à criação do SUS, a de 1970, em meio à democratização e à crise fiscal, houve o surgimento de uma "agenda de reforma", na qual novos atores foram incluídos (FARAH, 2004).

> A constituição das mulheres como sujeito político deu-se inicialmente por meio de sua mobilização em torno da democratização do regime e de questões que atingiam os trabalhadores urbanos pobres em seu conjunto (...). Os movimentos sociais urbanos organizavam-se em torno de questões como falta de água e de saneamento nas periferias urbanas e de reivindicações por equipamentos coletivos como escolas, creches e postos de saúde. (FARAH, 2004)

No campo da saúde, as reivindicações se deram e acordo com a constituição do atendimento em saúde no país, que, quando as mulheres passaram a compor a agenda, era centralizado no nível federativo, mas, com o passar dos anos, se distribuíram para cada um dos entes, de acordo com as respectivas responsabilidades. Grande esforço foi despendido pelos movimentos de mulheres para a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1984,

> com o desenvolvimento de ações de atenção à saúde em todas as etapas da vida da mulher, incluindo cuidados com a saúde mental e ocupacional, ações voltadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, de prevenção do câncer e na área do planejamento familiar, de forma a superar a concentração dos programas exclusivamente na saúde materno-infantil. (FARAH, 2004)

As discussões sobre gênero passam inevitavelmente pela maternidade e pelo trabalho doméstico não remunerado (FEDERICI, 2021). Assim também se deu a reivindicação dos movimentos de mulheres com relação à saúde pública, nas últimas décadas do século XX.

> A incorporação da mulher como mãe não apenas indica a focalização de um grupo de risco mas também assinala uma incorporação baseada em sua 'função' na família. Assim, embora os programas de Saúde da Família assinalem uma importante inflexão nas políticas de saúde no país, ainda parece ser incipiente a incorporação da 'filosofia' do PAISM, de atenção integral à saúde da mulher. (FARAH, 2004)

Desta maneira, se coloca, há pelo menos cinquenta anos, a necessidade de focalizar ações em saúde para mulheres, sejam elas mães ou não, não apenas como "filosofia" de programas, mas efetivamente, de maneira a endereçar problemas de saúde física e mental

particulares das mulheres. Assim, a mitigação e a criminalização de violências físicas, morais e psicológicas são cada vez mais favorecidas.

Sendo assim, redes de atenção à saúde da mulher, sendo a mais recente a Rede Cegonha, são não só fruto da entrada de demandas de grupos de mulheres e da compreensão de gênero e de seu caráter de marcador de diferença e gerador de desigualdade, como objeto da constante observação das potenciais usuárias. Tais redes passam, depois de implementadas, a voltar para a agenda com demandas de mudanças e adequações.

2.3. Rede Cegonha: a saúde da mulher no SUS

A Rede Cegonha (RC) foi instituída em 2011, pela portaria de número 1.459. Segundo o próprio texto, ela "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" (BRASIL, 2011a). Ela foi pensada para promover a redução de óbitos neonatais e maternos:

> No Brasil, os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são muito altos em relação aos dos países mais desenvolvidos. Entretanto, é importante notar que o Brasil obteve avanços nos últimos anos. De 1990 a 2013, o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 55,3%, caindo de 143 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 63,9 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 2011. Ainda assim, os índices são altos, considerando que, em países desenvolvidos, a Razão de Morte Materna oscila entre seis e 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e que a meta para o Brasil é não ultrapassar, em 2015, 35 por 100.000 nascidos vivos. (PASCHE et al, 2014)

Desta maneira, a RC é implementada dentro das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

> (...) Propõe um novo modelo que visa produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento; promoção da saúde infantil e materna; prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis; e normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família. (PASCHE, 2014)

A partir disso, a Rede Cegonha se divide em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e, por fim, sistema logístico,

transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b). É importante salientar a ausência do Planejamento Familiar (PF) como parte da Rede.

> O PF, no contexto dos direitos reprodutivos, tem o objetivo de garantir às mulheres e aos homens o direito de ter ou não filhos. Faz parte das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde. Portanto, os serviços devem garantir acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, acompanhamento clínico e ações educativas, visando escolhas conscientes (BRASIL, 2002). (CAVALCANTI, 2013)

Cavalcanti (2013) também explica que, por ser uma RAS, a RC é ofertada pelo Ministério da Saúde (MS) para os municípios brasileiros. Não é obrigatório que todos os municípios tenham aderência e implementem a rede, é uma escolha dos gestores municipais. Portanto, isto pode mudar de um grupo político para o outro, caso haja mudança de partido no poder municipal nas eleições, por exemplo.

Quadro 2 - O conhecimento sobre saúde da mulher no SUS - principais referências. Observação: Excluem-se as normativas, manuais e legislações federais, que são ponto importante da geração de conhecimento sobre o assunto aqui tratado, mas não são material acadêmico.

Tema:	**Autoras/es**	**Assunto**	**Contribuições**
Gênero	- FEDERICI, Silvia, 2021. - FARAH, Marta, 2004.	- Gênero, sociedade e papel da mulher - Gênero e políticas públicas	- A ideia de trabalho doméstico não remunerado - Pioneirismo ao analisar as perspectivas de gênero nas políticas públicas em diversos campos, incluindo saúde
Saúde da mulher	- PASCHE, Dário et al, 2014. - CAVALCANTI, Pauline et al, 2013.	- Rede Cegonha - Modelo lógico	- Análises contextuais e culturais sobre a política - Detalhamento a partir de modelo de análise

			de políticas públicas
SUS	- MASSUDA, Adriano e CAMPOS, Gastão, 2020. - MATTA, Gustavo, 2007. - ARRETCHE, 2003. - FRUTUOSO, 2010.	- Inovação - Princípios - Federalismo	- Trajetória histórica do SUS a partir do contexto histórico - Esclarecimento acerca de legislações ambíguas e conflitantes - Olhar para o SUS a partir do sistema legislativo, considerando as competências de cada ente, como elas se determinam e analisando de maneira crítica a efetividade dessa cooperação - Também analisa as competências de cada ente e descreve de maneira geral a gestão do Sistema.

Fonte: Elaboração própria.

3. Metodologia

Este estudo é qualitativo, no sentido de que não busca colher, trabalhar ou analisar dados quantitativos. A presente pesquisa é qualitativa, pois parte de entrevistas e documentos para descrever uma política pública. Em algumas entrevistas e determinados documentos, há dados qualitativos que servirão para basear a análise, mas não serão objeto da mesma.

Trata-se de um estudo de caso único sobre a Rede Cegonha no município de Diadema/SP. “Um estudo de caso pode ser usado tanto para analisar quanto para apoiar o desenvolvimento de políticas públicas: ele pode gerar informações *para* a política, ou pode ser usado para analisar experiências de políticas passadas em detalhes” (GILSON, 2011, trad. própria).

Buscou-se descrever dois momentos: a adesão e a implementação do município à Rede, em 2011 e 2012, respectivamente, e o momento atual, iniciado a partir da posse da Dra. Rejane Calixto como secretária de saúde municipal, em 2021 e com desdobramentos em 2022. Apesar de o ano de 2022 ainda não ter acabado no momento de finalização da presente pesquisa, avaliou-se ser importante descrever o que aconteceu com relação à RC neste ano por dois motivos: ela começou, neste período, a passar por uma revisão, ou seja, voltou a ser discutida na SMS (Secretaria Municipal de Saúde) de Diadema; e porque, em 2021, a Secretaria teve de se dedicar amplamente no combate ao coronavírus e na vacinação contra a mesma doença, podendo voltar a se dedicar mais a outros assuntos, como as redes temáticas, apenas em 2022. Desta maneira, se trata de uma pesquisa-implementação (*implementation research*), que considera “vital para entender contexto, avaliar performance, informar implementação e facilitar o fortalecimento de sistemas de saúde” (OMS, 2013, trad. própria). Foram três os principais métodos para obtenção de dados: entrevistas semi-estruturadas, a análise dados e documentos oficiais e o acompanhamento de reuniões.

3.1. Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas foram realizadas com 8 servidores ou ex-servidores da SMS-Diadema, totalizando cerca de 9 horas, ou 533 minutos. Os dados colhidos nas entrevistas foram analisados a partir das categorias propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) para análise de sistemas de saúde, os de *building blocks* (blocos estruturantes): “Segundo essa organização, para o desempenho de suas funções, os sistemas de saúde precisam dispor de (i) liderança e governança, (ii) financiamento, (iii) produtos estratégicos para saúde, (iv) força de trabalho, (v) informação em saúde e (vi) prestação de serviços” (MASSUDA et Al, 2021). Para o caso da presente pesquisa, houve uma adaptação dos 6 blocos, excluindo força de trabalho e produtos estratégicos, já que o escopo do estudo de caso não possibilitava a descrição destes. Portanto, houve um rearranjo dos blocos para 4

categorias de análise que faziam mais sentido para o caso em questão. Desta forma, após o rearranjo, as categorias analisadas foram: (i) financiamento, (ii) organização e governança, (iii) prestação de serviços e (iv) resultados em saúde. Para cada um dos quatro, foram observados os avanços, desafios e ameaças/retrocessos desde a implementação até os dias atuais.

Quadro 3 - Entrevistadas e entrevistados

Código	Principal área de atuação na SMS-Diadema	Principal formação	Tempo de entrevista (minutos)	Mês (2022)	Local	Período na SMS-Diadema
E1	Atenção especializada	Enfermagem	115 (duas entrevistas)	Fevereiro	Online	2005-2012 e 2021-atual
E2	Atenção básica	Psicologia	54	Maio	Local de trabalho	2021-atual
E3	Gabinete	Medicina	38	Maio	Local de trabalho	2021-atual
E4	Urgência/emergência/hospitalar	Medicina	28	Maio	Online	2022-atual
E5	Gabinete	Medicina	41	Junho	Local de trabalho	2009-2012
E6	Gabinete	Medicina	41	Junho	Local de trabalho	2009-2012
E7	Regulação	Medicina	63	Julho	Online	2011-atual com interrupções

E8	Vigilância e outras áreas	Medicina	153	Julho	Online	1991-2004 e 2019-atual
Relato	Linhares, A. P. ; ALBIERI, F. A. O. ; SILVEIRA, L. T. ; Livorato, F . A rede materno infantil de Diadema/SP: REDE CEGONHA. Brasília/DF: Revista CONASEMS março - abril de 2012, 2011 (Revista CONASEMS).					

Além das entrevistas, a análise dos 4 blocos se apoiou também em um artigo escrito por pessoas responsáveis pela gestão da RC em 2011/12, que documentaram o processo de implementação em Diadema. O texto ("relato") teve a importância de dar detalhes dos quais os gestores entrevistados não se lembravam, por isso, apesar de ser um documento, foi analisado junto com as entrevistas, já que o conteúdo era similar.

3.2. Análise de documentos e acompanhamento de reuniões

Além das entrevistas, há análise documental e acompanhamento de reuniões (observação não-participante). Estas últimas foram duas reuniões do colegiado de saúde, que reúne semanalmente todos os coordenadores de área da SMS, e a reunião inicial de revisão da Rede Cegonha, também com coordenadores de área, realizada no mês de maio de 2022. Já os documentos passaram por análise de conteúdo, de maneira a contextualizar, complementar, detalhar ou confrontar dados qualitativos de entrevistas.

Quadro 4 - Documentos analisados

Nome do Documento	Data	Autores / responsáveis	Código
Oficina para implantação da linha de cuidado da saúde da mulher/Rede Cegonha [apresentação de slide]	Junho 2011	Secretaria Municipal de Saúde	Diadema, 2011a
Linha de cuidado - Saúde da mulher - Rede Cegonha - Diadema	s.d. Provavelmente 2011	Prefeitura de Diadema	Diadema, 2011b

Rede Cegonha - proposta preliminar de plano de ação regional	s.d. Provavelmente 2011	Secretarias municipais de saúde da Região do Grande ABC - Câmara Técnica de Saúde	ABC, 2011
Plano Municipal de Saúde 2022-2025	Agosto de 2021	Secretaria Municipal de Saúde	Diadema, 2021a
Pré Natal de Baixo Risco - Protocolo de regulação de acesso - Versão 2	07/12/2021	Grupo técnico - Rede Materno Infantil - SMS Diadema	Diadema, 2021b
Fluxograma de Atendimento às Violências Sexuais	Novembro/2021	Coordenadoria de vigilância à saúde	Diadema, 2021c
Diário Oficial (decreto 8.084/2022)	17/01/2022	Prefeitura	Diadema, 2022a
Mortalidade infantil em Diadema [apresentação de slides]	abril/2022	Núcleo de dados da SMS	Diadema, 2022b

Após a análise dos dados coletados na pesquisa, os principais achados identificados pela pesquisadora foram levados à reunião do colegiado de saúde da SMS-Diadema, no dia 29 de julho de 2022. O objetivo era não só apresentar os resultados da pesquisa, mas também obter a validação dos mesmos pela equipe gestora da secretaria. Algumas observações pertinentes foram feitas e incorporadas no presente relatório, além da correção de um dado sobre aporte financeiro que estava equivocado. Em geral, a recepção foi positiva e o trabalho obteve validação oral da equipe da SMS-Diadema que esteve presente na reunião.

4. Resultados

4.1 Adesão à Rede

No momento da adesão e da implementação da Rede Cegonha em Diadema, a secretária municipal de saúde era Aparecida Pimenta (Cidinha), que esteve no cargo entre 2009 e 2012. As redes temáticas de atenção à saúde, como a Rede de Atenção Psicossocial, foram formuladas para adesão regional. Ou seja, "os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR)" (BRASIL, 2011). Portanto, a adesão à RC aconteceu na Região do ABC (ABC, 2011), onde a RC se fez necessária pois:

> Cada município tem uma maternidade municipal, com exceção de Rio Grande da Serra, que não tinha. Havia duas grandes maternidades estaduais à época, Serraria e Mário Covas, e, nesse momento, o Mário Covas fecha as portas da maternidade. Então foi um rearranjo muito emergencial, foi um tanto intenso e dramático esse momento também. Quando o Mário Covas fecha a porta, foi uma decisão muito unilateral, foi vertical pelo estado. A gente não consegue reverter, mas consegue se rearranjar internamente. (E7)
>
> E a gente avaliou que era uma Rede que fazia sentido e era necessária. A gente tinha que enfrentar o problema das mortalidades infantil e materna, então a gente fez adesão à Rede. (E6)

A Rede surge para que os municípios organizem seus serviços: "a gente tinha o entendimento de que a gente não precisava de mais serviço. O que a gente tinha era suficiente" (E6). Após a adesão regional, em 2011, o município de Diadema implementou o que foi pactuado na Rede em 2012, capacitando profissionais e criando fluxos de comunicação entre os serviços, principalmente através de oficinas (DIADEMA, 2011a/b).

4.2 Desafios e avanços em 2011/2012

Nesse biênio, o principal desafio, identificado nas entrevistas, era a desarticulação dos serviços no município, principalmente das UBS (que realizam o pré-natal) com as 2 maternidades (E5 e E6). Além disso, o diálogo com o Hospital Estadual de Diadema era

praticamente inexistente, e, como lá há uma maternidade, foi necessário criar um fluxo entre o Hospital Estadual e as Unidades Básicas.

> "Deu muito trabalho, fizemos muitas reuniões com a equipe do hospital, o gerente à época, eu lembro bem da participação da pediatria, da neonatologia, a gente teve muitas discussões. Teve muita resistência no começo. Por exemplo, a gente defendia que a gestante, na quadragésima semana, tivesse garantido um atendimento no hospital, pra fazer uma avaliação pra projetar quando seria o parto. E a gente teve muita dificuldade. Mas no dia em que nós tivemos uma equipe [do Hospital Estadual] indo conhecer uma unidade básica, foi super emocionante. Você não imagina a felicidade! A gente entendeu que, enfim, o hospital iria aderir à nossa proposta."(E6)

Também estava entre os planos da SMS fazer uma Casa de Parto (E5) ou Centro de Parto Humanizado (E6):

> A gente conseguiu pouco recurso pra reforma. Por exemplo: a Rede Cegonha previa um recurso muito significativo para as casas de parto[3], a gente não tinha espaço pra fazer isso. (E5)
>
> A gente queria muito implantar um centro de parto normal em Diadema. Isso dificilmente aconteceu, porque o outro governo foi muito ruim pro município. (E6)

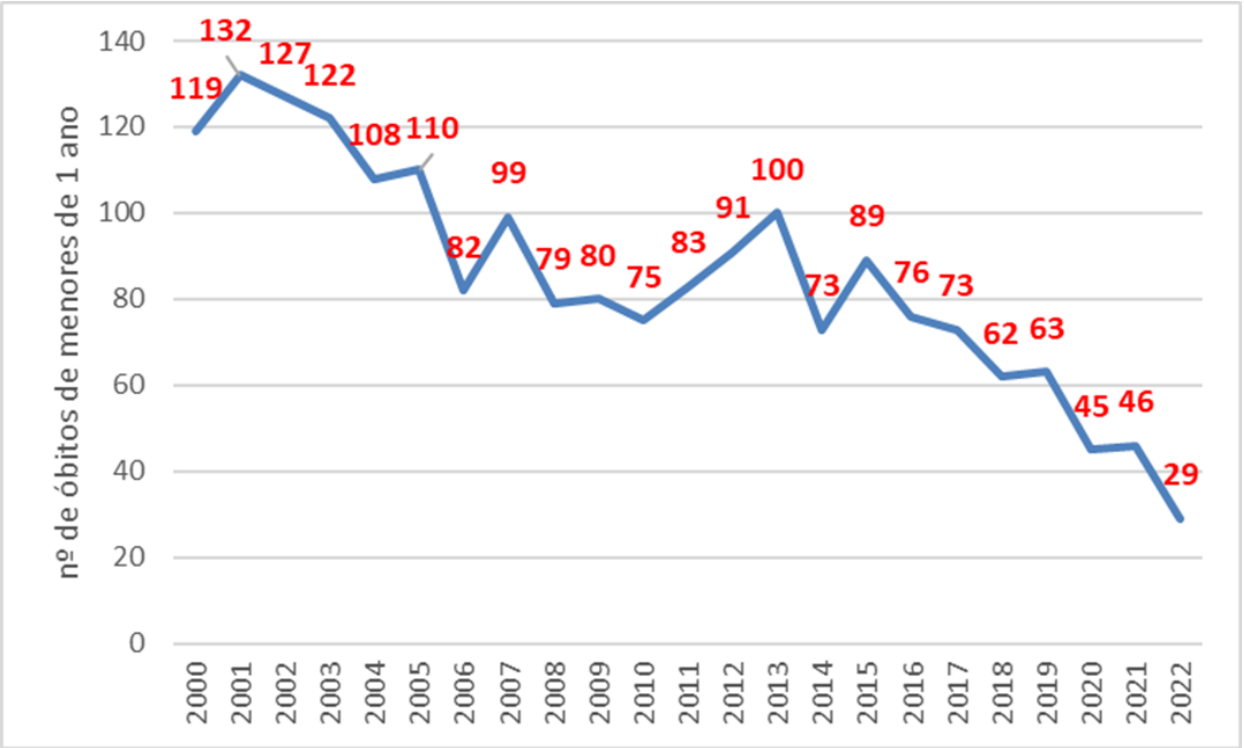
Quanto à redução da mortalidade infantil e materna, E1 aponta melhora nos indicadores neste período: "indicadores que foram melhorando conforme foram reorganizando a rede de saúde. Mortalidade infantil, redução de cesária…" Porém, conforme mostra a figura 1, após um período em que a taxa de mortalidade infantil cai de 17,4 para 12, entre 2001 e 2010, o índice voltou a crescer a partir de 2011, alcançado 15,8 em 2013 e 14,1 em 2015. De 2016 a 2019, oscilou entre 11 e 12 por mil nascidos vivos, apesar da maior redução no número de mortes. Isso se explica pela queda no número de nascidos vivos na cidade no período. Em 2020 foi registrada a menor taxa da série história dos últimos 20 anos: 9,4.

---

[3] Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:
II -Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:
c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. (BRASIL, 2011)

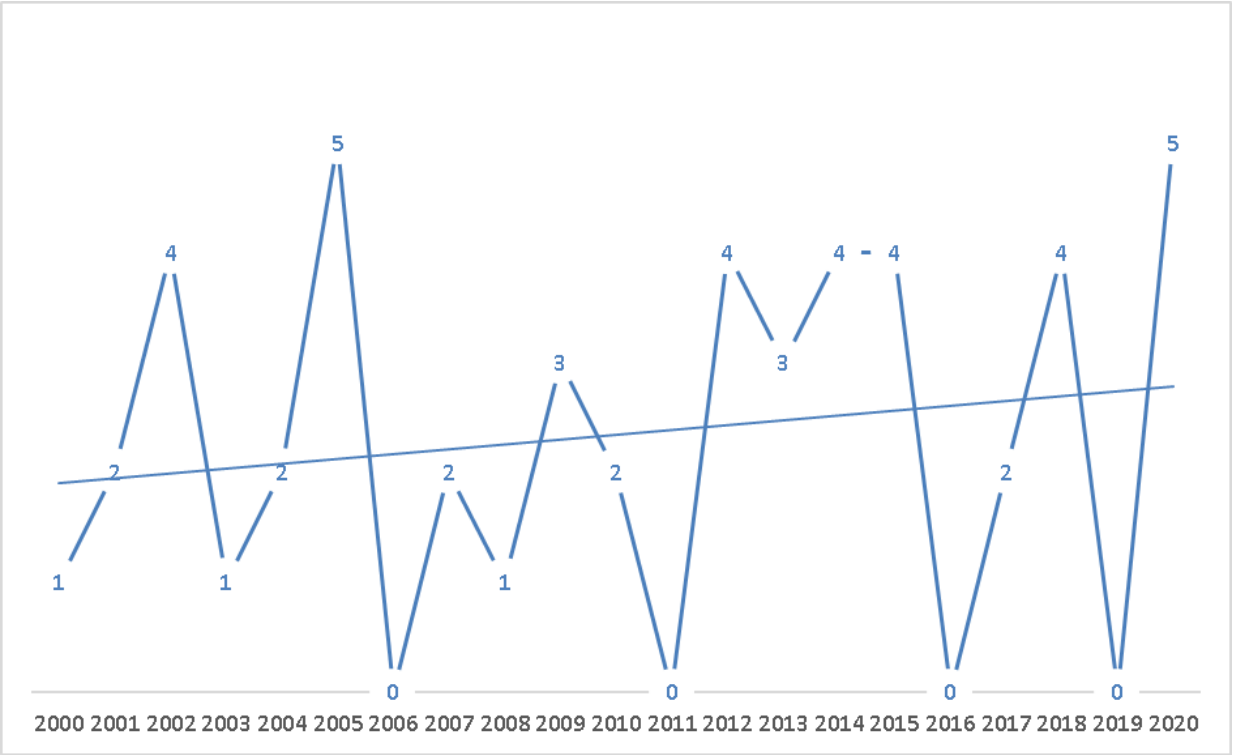
O número de óbitos maternos, por sua vez, tem oscilado entre zero e cinco mortes ao ano, no período de 2000 a 2020, conforme mostra a figura 2. Não houve redução expressiva nesse indicador na cidade no período de implementação da RC, apesar da redução no número de nascidos vivos. Ao contrário, quando se compra o acumulado de óbitos, observa-se um registro de 21 mortes entre 2001 e 2010, contra 26 entre 2011 e 2020.

Figura 1 - Número de óbitos e taxa de mortalidade em menores de 1 ano em Diadema, 2000 a 2022.



Fonte: SIM/Ministério da Saúde

Figura 2 – Número de óbitos maternos em Diadema, 2000 a 2020



Fonte: SIM/Ministério da Saúde

Um dos avanços, já em 2011, foi a divisão das gestantes do município entre as duas maternidades (hospitais estadual e municipal) a partir de geoprocessamento.

> Porque não existia isso, ela ia na maternidade municipal, e se não tinha vaga, ela ia pra estadual, com sintomas já do trabalho de parto. Na assistência pré-natal, não era orientado "olha, agora você vai pro Hospital tal". Então a gente fez um pequeno geoprocessamento: as mulheres daquela região vão prioritariamente pra maternidade municipal, outras vão pra estadual… (E5)
>
> A partir daí, a gente começou a viabilizar as visitas das gestantes às duas maternidades. Não pode ser justamente no parto em que a gestante vai conhecer e ser acolhida. (E6)

Cabe ressaltar que, apesar da Rede Cegonha ser voltada à mulher que é mãe e ter sido implementada regionalmente, Diadema, individualmente, discutiu outros pontos da saúde da mulher que iam além da maternidade:

> Em Diadema, em especial, a gente não só discutiu a RC como um ponto. A gente fez uma discussão da linha de cuidado da mulher. A gente agrega a conversa,

> independentemente das diretrizes do ministério, pra discutir câncer de colo do útero e câncer de mama, e violência contra a mulher. A gente abre essas duas frentes além da RC. A gente traz uma identidade do município. (E7)

4.2 Momento atual: desafios, avanços e retrocessos após uma década

A atual secretária de saúde de Diadema é Rejane Calixto, que assumiu em 2021, uma década depois da adesão à Rede Cegonha. A atual gestão assumiu no momento da segunda onda de coronavírus, no começo de 2021, e prestes a iniciar a vacinação contra a mesma doença. Portanto, mais esforços foram despendidos pela SMS para conter a pandemia no município do que para solucionar outros problemas.

Não há mais repasse federal através das redes temáticas, e nem o Piso da Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável). "Financiamento muito na mão dos municípios, sobrecarga do orçamento dos municípios" (E3) e "Falta de investimento federal em saúde da mulher" (E2) são alguns dos retrocessos apontados por entrevistadas.

Em 2022, a RC em Diadema começa a passar por uma reorganização. O mesmo desafio apontado no momento inicial, de desarticulação dos serviços, voltou a existir. "Não tem 'amarração' para a volta da mulher na unidade [básica, a UBS] depois do parto" (E2), "a gente vê óbitos que aconteceram por falta de comunicação de coisas que aconteceram no pré-natal e não chegaram a quem precisava saber na hora do parto" (E8). Por isso, se vê como necessária a rediscussão da Rede na região do ABC (E1) e também no município, "no sentido de responsabilizar as áreas, serviços e coordenações, e conseguir alinhar isso com o contrato de gestão que Diadema tem com a SPDM (gestão do Hospital Municipal) atualmente" (E4) e também registrar isso em um Caderno de Cuidado.

A percepção de que os serviços existentes em Diadema são suficientes não se mantém após esta década. A expectativa da construção de um novo Hospital Municipal ainda neste mandato (até 2024) traz a espera por uma nova maternidade que seja adequada em espaço e prestação de serviços para as mulheres gestantes e puérperas (E3). Também há o plano de criar e implementar um Ambulatório da Mulher no Quarteirão da Saúde, o aparelho que reúne serviços de saúde especializada no centro do município (E1 e E2). Em 2021, foi feita a revisão do protocolo de pré-natal de alto risco (PNAR) (DIADEMA, 2021b) e há uma previsão de rever o de baixo risco nos próximos meses de 2022. Ainda sobre novos

protocolos, o fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual foi estabelecido em 2021, de modo a descrever o que deve ser feito no acolhimento e quais são os requisitos para que a vítima seja encaminhada para um determinado aparelho, como o Centro de Referência IST/AIDS, o Hospital Pérola Byington, o Centro de Referência de Assistência Social ou UBS de referência, bem como o que cabe a cada aparelho fazer nesses casos (DIADEMA, 2021c).

Com relação ao Hospital Estadual, o diálogo, como relatado em uma das reuniões acompanhadas, segue com dificuldades. Há uma definição do estado de que 50% dos partos devem acontecer lá, sendo que o hospital municipal tem capacidade de absorver todos os partos, como relatado na ocasião. “O HED entra nessa até por uma questão de ganhar grana. Na prática, depende da época do mês, se tem meta pra bater, eles fazem tudo lá, inclusive ligam pedindo mais. Se já bateu a meta, não conseguimos referenciar nada, nem alto risco.” Houve, em reunião do colegiado de saúde, relato de que uma pessoa que representa o HED chegou a dizer que queria realizar lá todos os partos.

A divisão antes feita com geoprocessamento entre as gestantes que teriam o parto nos hospitais municipal ou estadual “foi se perdendo” (observação de servidora durante reunião de validação da pesquisa, julho/22). Também não há mais visitas para as gestantes nas maternidades. Ambas as ações poderiam ser retomadas em conjunto, tanto a divisão das gestantes quanto a visitação. Este é um desafio para o futuro próximo e, ao ser resolvido, melhoraria a experiência de atendimento das mulheres, que, sem esta divisão, correm o risco de chegar em uma maternidade e serem enviadas para outra; e, sem as visitas, podem ter o parto em local desconhecido com profissionais que nunca viu antes, o que é indesejado.

Uma nova demanda por parte das gestoras entrevistadas é o planejamento familiar, pouco ou nada citado em entrevistas sobre o período de adesão. A laqueadura “ficou parada” por alguns anos (E2) e foi retomada em maio de 2022 (E3). Atualmente, o desafio é começar a colocar DIU nas UBS, trabalhando também no convencimento dos médicos, que, por vezes resistem em utilizar o método nas pacientes (E2); e também implementar a vasectomia, pois não há urologistas para isso no momento e nem uma fila de requerentes bem organizada (E3). Em janeiro de 2022, foram criados os Comitês de Direitos Sexuais e Reprodutivos. É de responsabilidade desses grupos organizar e executar as ações de planejamento familiar nas UBS, considerando demandas das usuárias e dos casais e o contexto familiar (DIADEMA, 2022a).

No momento da chegada da atual gestão ao poder e à SMS, havia 2700 mulheres na fila da mamografia, que foi posteriormente zerada em 2021 (DIADEMA, 2021a), mas em julho de 2022, já estava em 4200 mulheres esperando (E1). Além deste, outros exames também estavam com baixa ou nenhuma realização, gerando filas e também a migração de mulheres para clínicas privadas, se conseguissem pagar, como ultrassom (E2). Agora, toda a demanda dos ultrassons está sendo atendida em 4 UBS (E1).

Ainda continua sendo um desafio reduzir as mortalidades materna e infantil (E3). “A cada passo dado na redução da mortalidade infantil, fica mais difícil dar o próximo, porque as causas a serem combatidas vão ficando mais complexas” (E7). Até 13 de maio de 2022, o número de óbitos infantis era 29, enquanto, durante todo o ano de 2021, foi 46. Portanto, no ano corrente, a SMS enfrenta um número de óbitos preocupante e que, em 4 meses, já havia passado da metade do número total do ano anterior (DIADEMA, 2022b). Já acerca da mortalidade materna, apesar de até 23 de julho de 2022 não ter sido registrado nenhum óbito no município, a persistência de um média anual de três óbitos nos anos anteriores é motivo de preocupação, visto que em geral são mortes que podem ser prevenidas (DIADEMA, 2022b).

Especificamente sobre o componente do parto, o alto número de cesarianas é uma preocupação apontada nas entrevistas: “mulheres que voltam para o território insatisfeitas” (E2), “o hospital municipal faz mais cesárea do que o hospital estadual e isso não é o habitual. Muita cesárea é ruim se ela não tiver indicação” (E8).

A nível federal, observa-se que "o SUS resistiu por ser um sistema tripartite e por causa das pessoas que estão na ponta” (E5) e que, no município, as “equipes dedicadas e insistentes que conseguiram tocar os serviços mesmo com desarticulação” (E4). O seguinte quadro sintetiza os dados obtidos nas entrevistas, de maneira a mapear avanços, desafios e ameaças em financiamento, organização, prestação de serviços e resultados, tanto em 2011, no momento de adesão à Rede, como em 2021. Os dois quadros que deram origem a esta síntese estão no Anexo 1.

Quadro 3 - Síntese - os avanços, desafios e retrocessos/ameaças mais relevantes à Rede Cegonha, a partir das 8 entrevistas.

	Ano	**Avanços**	**Desafios**	**Ameaças /**

				Retrocessos[4]
Financiamento	**2011**	Recurso novo	Dificuldade em preencher todos os dados solicitados pelo MS	—
	2021	Resiliência da gestão atual	Município fica sobrecarregado sem quase nenhum aporte federal	Fim do repasse federal para redes temáticas e do PAB fixo e variável
Organização/Governança	**2011**	Criação de linha de cuidado articulada e estruturação do combate à violência e aos cânceres de mama e de colo de útero.	Diálogo com o Hospital Estadual	—
	2021	Resiliência dos profissionais de saúde	Contexto da pandemia impediu inovações na saúde da mulher em 2021 + Criação de linha de cuidado articulada	Ministério da Saúde teve desmonte de corpo técnico; e contexto de vulnerabilidade social de Diadema em meio à crise econômica do país
Prestação de Serviços	**2011**	Profissionais capacitados	Falta de espaço para acompanhantes na maternidade	—
	2021	Reestruturação da atenção básica no município	Planejamento familiar: vasectomia, DIU, laqueadura e diálogo com a população com	Serviços parados com filas

[4] Os retrocessos e as ameaças só foram considerados para o período final da análise, já que eles têm a ver com o que foi perdido ou ameaçado nesta década. Não há análise sobre o período anterior à Rede Cegonha, então não faria sentido analisar o que era retrocesso em 2011.

			foco na educação preventiva	
Resultados	**2011**	Melhora no acesso a serviços	Combate à sífilis congênita	—-
	2021	Filas para alguns exames foram zeradas depois de anos	Redução das cesarianas quando não há risco e da mortalidade materno-infantil	Piora dos indicadores de saúde materna e infantil.

5. Discussão

5.1. Problemas persistentes

Tanto a desarticulação dos serviços de atendimento à mulher gestante, parturiente e puérpera quanto as mortalidades infantil e materna continuam sendo problemas em Diadema. A implementação da Rede Cegonha, em 2012, teria justamente, como objetivo, a redução das mortalidades: "Art. 3° São objetivos da Rede Cegonha: (...) III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal" (BRASIL, 2011). A integração dos serviços foi exaustivamente trabalhada tanto na CGR do ABC quanto dentro do município, nas oficinas.

É impossível dizer o que fez o município de Diadema voltar a ter os mesmos objetivos, com relação à saúde da mulher, que tinha há 10 anos: integrar serviços e reduzir mortalidade. Mas cabe reavaliar se basta a adesão à Rede Cegonha para que esses dois pontos sejam melhorados. E, uma década depois, sem financiamento federal para as redes temáticas, vale reavaliar se é benéfica para o município a insistência na Rede Cegonha nos termos da portaria 1459/2011, ou se esses objetivos podem ser alcançados de outra maneira.

5.2 Público-alvo de políticas de saúde da mulher

Depois do PAISM, a única política pública que tem como tema a saúde da mulher é a Rede Cegonha. Porém, seu foco é passivo de contestação, pois nem toda mulher é ou quer ser mãe. A saúde da mulher está também, por exemplo, no combate ao câncer de mama ou de colo de útero, na prevenção às IST, no planejamento familiar e na saúde menstrual, sendo que esta última não foi citada em nenhuma das entrevistas, mesmo sendo tema de discussão a nível nacional, com a recente promulgação da lei 14.214/2021 (BRASIL, 2021).

Os dados aqui apresentados indicam a importância da Rede Cegonha, principalmente no momento de sua adesão, no caso do ABC e de Diadema, onde houve avanços expressivos. Mas ainda é preciso incluir no SUS e na gestão municipal da saúde

pública outros programas e discussões que não impliquem maternidade ao fato de ser mulher. Nesse sentido, Diadema avança com a criação do DiaTrans, o ambulatório para a população T, inaugurado em 2021 e localizado no Quarteirão da Saúde, onde são também endereçadas questões de gênero.

5.3. Excesso de cesarianas

As entrevistas apontam preocupação dos gestores com o excesso de partos cesarianos no município nos dois momentos de análise. A diferença é que, em 2011, essa preocupação estava em escalões mais altos, ou seja, mais passível de se tornar uma ação governamental, e, em 2021, aparece como uma opinião de dois servidores, menos expressiva. O plano de fazer uma casa de parto ou um centro de parto humanizado não é mais citado explicitamente pelas gestoras atuais, mas faz-se necessária uma discussão sobre serviços que podem ser implementados para reduzir os partos cesarianos desnecessários, de maneira a proteger a saúde da mulher e da criança que nascerá. Sejam esses serviços parte de um aparelho, como uma casa de parto ou um centro de parto humanizado, sejam capacitações para médicos, protocolos de tomada de decisão acerca do tipo de parto, ou a criação de mais canais de diálogo com as gestantes de modo a conscientizá-las sobre os tipos de parto, orientando, por exemplo, a escrita de um plano de parto, previsto pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017).

5.4. A Rede Cegonha após uma década

A RC não garantiu, a longo prazo, que Diadema tivesse seus serviços integrados e as mortalidades reduzidas. A política demorou mais de 10 anos para ser revisitada em Diadema e é possível que esse seja um dos motivos dela não ter tido avanços duradouros, já que a política foi implementada e deixou de estar na pauta das gestões seguintes, até 2021. Atualmente, a Rede Cegonha sofre risco de desmonte a nível federal através da substituição pela Rede de Atenção Materna e Infantil, instituída pela portaria 715/2022, “dando ênfase à atuação do médico obstetra sem, todavia, contemplar ações e serviços voltados às crianças e a atuação dos médicos pediatras e a exclusão do profissional enfermeiro obstetra” (CONASS/CONASEMS, 2022). Apesar do risco de desmonte ser uma ameaça para o atendimento à saúde da mulher no SUS a nível municipal, pode ser um momento frutífero para que os municípios se organizem de maneira a não agir apenas quando há nova normativa federal, mas revisar as políticas existentes anualmente ou bianualmente de maneira a manter todos os fluxos e protocolos atualizados.

6. Conclusão

Ao responder como a implantação da Rede Cegonha modificou a atenção à saúde da mulher no SUS em Diadema/SP, a presente pesquisa contribui para o estudo da implementação e da execução a longo prazo de redes temáticas a nível municipal. Assim, possibilitou-se aumento do conhecimento teórico acerca da temática e também do objeto principal, que é a Rede Cegonha. No que diz respeito ao próprio caso analisado, os resultados e a discussão trazidos no artigo poderão basear novas discussões e a tomada de novos pontos de vista na revisão atual da Rede Cegonha, mas também em momentos futuros em que se discuta saúde da mulher na SMS-Diadema. Para a própria secretaria, o trabalho "vai ser de muita valia", como relatado na reunião de validação da pesquisa, pois traz a visão de uma "pessoa de fora" sobre o que é executado ali.

O trabalho encontrou como limitação principal a dificuldade de fazer trabalho de campo em gestão de saúde durante uma pandemia. A Covid-19 sobrecarregou a secretaria de saúde e fez com que algumas entrevistas fossem impossibilitadas ou adiadas. As visitas de campo começaram 4 meses depois da aprovação da pesquisa - até mesmo a visita preliminar para apresentar os objetivos da pesquisa para os envolvidos - pois foi preciso esperar até que todos estivessem com 2 doses da vacina contra covid-19.

Com relação à revisão bibliográfica (contida no capítulo 2. Teoria), a discussão da teoria de política pública de gênero, representada nesse artigo pela pesquisa de Marta Farah, poderia ser mais aprofundada e relacionada com o estudo de caso. Por outro lado, esta Iniciação Científica tinha como objetivo produzir um artigo curto, com limite de palavras, o que, claro, permite certa discussão, mas não permite que todos os pontos possíveis sejam contemplados. Desta forma, é uma escolha relacionada à forma: não discutir a literatura e suas relações com o caso, para que seja possível discutir o caso propriamente dito, de maneira mais aprofundada. Portanto, um próximo artigo, com mais tempo e espaço, poderá e deverá conter essa discussão tão importante.

Um grande desafio foi em relação ao recorte e às entrevistas planejadas. À medida em que o objeto da pesquisa foi se mostrando mais complexo em campo, foi preciso readequar as entrevistas planejadas. Havia a expectativa de entrevistar não só servidores da Saúde, mas também do Planejamento e de Finanças, mas essas duas últimas áreas foram excluídas à medida que foi necessário entrevistar mais pessoas da saúde, totalizando as 8 entrevistas aqui descritas e analisadas. Assim, há uma limitação: o presente relatório discorre apenas sobre o ângulo da gestão em saúde, a nível estratégico. Não há o ponto de vista da

gestão em outras pastas com relação ao tema, e nem do gabinete da prefeitura. O foco na análise da organização da rede não permitiu aprofundar como a RC foi implementada e se dá nos serviços, principalmente nas UBS e atenção hospitalar (maternidades). Além disso, não há a visão técnica e operacional, há apenas a estratégica, retratada aqui.

Se no projeto, aprovado em agosto de 2021, a ideia central era trabalhar com vários componentes da saúde da mulher (por exemplo, a menopausa), em 2022, o artigo tem como maior foco a Rede Cegonha, pois a política pública se mostrou mais expressiva do que outras temáticas de saúde da mulher, que não estão estruturadas em redes. Apesar de isso ter requerido uma mudança de objeto, a pesquisa que foi concluída traz um nível de detalhamento maior sobre a Rede Cegonha, podendo contribuir para a compreensão e reflexão crítica acerca de redes temáticas a nível municipal.

Estudos futuros poderão abordar o caso da região do ABC mais especificamente, ou, então, ter como objeto a Rede Cegonha em outros municípios da região. De acordo com os relatos das entrevistas, São Bernardo do Campo seria um dos municípios interessantes para essa continuidade, pois teve mudanças expressivas com a Rede Cegonha. Do ponto de vista da continuidade desta mesma pesquisa sobre Diadema, há dois potenciais caminhos: o primeiro é a investigação de toda a década, incluindo um ponto central entre os dois momentos aqui abordados, como 2016, ou, então, ano a ano; o segundo caminho é a investigação do ponto de vista federativo, incluindo a formulação da Rede Cegonha no Ministério da Saúde em 2011 e a sua execução a nível estadual em São Paulo, explicitando os diálogos e pactuações com Diadema.

Além destas possibilidades acerca da RC, há possibilidades que envolvem outras políticas ou serviços de saúde. Um deles é o planejamento familiar, que carrega consigo fortes discussões sobre gênero e sexualidade e pode passar por uma análise das perspectivas de gênero que pautam cada prática do planejamento familiar nas Unidades Básicas ou até mesmo nas Escolas (via Programa Saúde nas Escolas). O caso de Diadema, até aqui, se mostrou rico para isso, pois há diversas frentes de atuação.

7. Referências

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. In: Ciência e Saúde Coletiva Vol. 8. no 2; 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Nº 8080. 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011b.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021. Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual.

CASTRO MC et al.. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The lancet. 2019 Jul 27;394(10195):345-56.

CAVALCANTI, Pauline et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013

CONASS/CONASEMS. Nota conjunta: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, 06 de abril de 2022.

GILSON, L. The case study approach. In: Health Policy and Systems Research, A methodology reader. WHO, 2012.

FARAH, M. Gênero e políticas públicas. Revista estudos feministas, v. 12. Florianópolis, 2004.

FEDERICI, S. O patriarcado do salário: notas sobre Marx, gênero e feminismo.Volume 1. Ed. 1. São Paulo: Boitempo, 2021.

FRUTUOSO, J. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: Educação e Federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade. UNESCO, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Diadema.

LINHARES, A. P. ; ALBIERI, F. A. O. ; SILVEIRA, L. T. ; Livorato, F . A rede materno infantil de Diadema/SP: REDE CEGONHA. Brasília/DF: Revista CONASEMS março - abril de 2012, 2011 (Revista CONASEMS).

MASSUDA, Adriano; CAMPOS, Gastão Wagner de S. Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir desigualdades em saúde. Capítulo 3. In: Implementação de políticas e atuação de gestores públicos. IPEA, Brasília: 2020.

MASSUDA et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. 2021. Cadernos EBAPE

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

PASCHE, Dário et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. Divulg. saúde debate ; (52): 58-71, out. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

8. Anexo

Quadro 1 - Avanços e Desafios de 2011/2012, a partir das entrevistas

	Avanços	**Desafios**
Financiamento	- "O financiamento federal era maravilhoso os municípios tinham grande capacidade de ampliação." (E1). "Aporte de recurso novo, mesmo que insuficiente" (E5). "A RC trazia dinheiro, trazia recurso pra cidade" (E7). - Investimento significativo na maternidade do HM, adequação e capacitação ampla para aleitamento (E5). "Pequenas reformas na maternidade com verba de adiantamento, como pinturas" (E6).	- Para receber o financiamento, era necessário preencher planilhas extensas, demandando tempo dos servidores (E5).
Organização / Governança	- "Descentralização é benéfica porque dá ao município autonomia para escolher onde aplicar o recurso" (E1). - "Regionalização também funciona bem no ABC, porque tem um consórcio" (E1). Boa articulação regional (E5). - Criação de linha de cuidado articulada, com capacitação e criação de diálogo entre e com os serviços (E5 e E6). - Amplo acesso ao pessoal do Ministério da Saúde (especificamente a Secretaria de Atenção à Saúde) (E5). - Cultura de gestão colegiada na SMS facilitou diálogos (E6). - A RC vem para qualificar os processos do cuidado de crianças e mães, já que os serviços já existiam. A novidade é o conceito de Rede (E7). - Gestores dos serviços	- Desarticulação dos serviços no município, principalmente das UBS (pré-natal) com as 2 maternidades (E5 e E6). - Diálogo com o Hospital Estadual (E6) "precisava bastante e melhorou muito" (E7). - Fim do mandato logo após a implementação: impossibilidade de acompanhar resultados e dar continuidade (E6).

	participaram de oficinas, tanto na secretaria como em cada UBS (E1 e E6). - “Existia um momento muito potente de coesão, com governo federal a favor, Diadema a favor, São Bernardo também. Não foi à toa que (...) o ABC foi a segunda região (depois da região de Campinas) a pactuar a RC” (E7). - “Em Diadema, a gente não só discutiu a RC como um ponto. A gente fez uma discussão da linha de cuidado da mulher. A gente agrega a conversa, independentemente das diretrizes do ministério, pra discutir câncer de colo do útero e câncer de mama; e violência contra a mulher” (E7).	
Prestação de Serviços	- Geoprocessamento, divisão das gestantes entre as duas maternidades por proximidade (E5 e E6). - “A qualidade dos serviços aumentou, como no estabelecimento de fluxos e diálogo entre os profissionais” (E5). - Revisão dos fluxos do pré-natal, definição de critérios para a vinculação das gestantes nas maternidades, revisão do processo de captação das gestantes, busca ativa e visita monitorada nas maternidades (Relato) - Capacitação de 100 profissionais para aleitamento materno (Relato) - “Oferta sem restrições de testes de gravidez nas UBS” (Relato). - São Bernardo do Campo implementa centro de cardiologia que faltava para tratar RNs cardiopatas na região (E7).	- Não havia espaço para acompanhantes na maternidade municipal (E5 e E6). - “O que a gente acabava necessitando era o cuidado das crianças até os 2 anos, principalmente RN cardiopata. A gente não tinha um centro de cardiologia aqui no ABC e dependia quase que exclusivamente do Estado, na cidade de São Paulo” (E7).
Resultados	- Indicadores de mortalidade infantil e cesárea melhoraram	- Necessidade de combater a sífilis congênita (Relato).

	(E1) - Aumento da oferta de serviços (E5). - “A gente precisava ter um retrato de como estava pra ir pra uma meta. Trabalhar com dado, lógica, objetivo, meta, resultado, isso era novidade da portaria. Isso foi muito legal, porque ela te dava um instrumento de trabalho pra você se programar e se avaliar ou ser avaliado” (E7).	- “Incorporar o protagonismo das mulheres neste processo, e capacitar o conjunto de trabalhadores da saúde para aumentar a resolutividade da atenção materno infantil e garantir a atenção humanizada” (Relato). - “A gente tinha indicadores ainda muito ruins, taxa de mortalidade materno-infantil ainda alta, com 2 dígitos” (E7).

Quadro 2 - Avanços, desafios e retrocessos de 2021/2022, a partir das entrevistas

	Avanços	**Desafios**	**Ameaças / Retrocessos**
Financiamento	- O município se reorganizou para que os serviços (como o Laboratório ou determinados exames) voltassem a funcionar.[5]	- Superar a ausência federal no orçamento da saúde, reorganizando o município de maneira que o orçamento para saúde não comprometa os outros.[6]	- Ministério não repassa mais recursos aos municípios através das redes temáticas (E1) e nem dos PABs Fixo e Variável. “Financiamento muito na mão dos municípios, sobrecarga do orçamento dos municípios” (E3). - Fornecedores não queriam mais atuar pois não estavam sendo pagos (E1), laboratório parado por falta de dinheiro em caixa (E2). - “Falta de investimento federal em saúde da mulher” (E2).
Organização / Governança	- “O SUS resistiu por ser um sistema	- “Chegada no auge da segunda onda de	- Desmonte do corpo técnico do ministério

[5] Não houve nenhuma fala nas entrevistas que se caracterizasse diretamente como avanço de financiamento em 2022, portanto, este espaço está preenchido com percepções da pesquisadora a partir das entrevistas e da análise documental.

[6] Não houve nenhuma fala nas entrevistas que se caracterizasse diretamente como desafio de financiamento em 2022, portanto, este espaço será preenchido com percepções da pesquisadora a partir das entrevistas e da análise documental.

	tripartite e por causa das pessoas que estão na ponta" (E5), resiliência do Sistema mesmo em meio a crise federal. "Equipes dedicadas e insistentes que conseguiram tocar os serviços mesmo com desarticulação" (E4).	covid-19, poderíamos ter feito mais do que fizeram nesses 18 meses" (E1). - Rediscutir a pactuação da Rede Cegonha na região (E1). - Trabalhar com jovens e adolescentes no Programa Saúde na Escola. Esse público acessa muito pouco os serviços (E2). - Reorganizar a rede, no sentido de responsabilizar as áreas, serviços, coordenações. Conseguir alinhar isso com o contrato de gestão que Diadema tem com a SPDM (gestão do HM) atualmente (E4). - Criar um Caderno de Cuidado Materno-Infantil com indicadores de processo, estrutura e resultado a serem acompanhados e alcançados (E4).	no governo atual (E1 e E5). - "O SUS padece da falta de um MS com expertise, com recurso financeiro, com competência e com clareza política para fazer o SUS funcionar" (E5). - Não existe mais uma rede articulada e desenhada (E4). - A Rede Cegonha é focada apenas no cuidado da mulher mãe (E4). - "Falando de um município de quase 500.000 habitantes, não é algo que é simples. E com população com alta vulnerabilidade e alta dependência do sistema público. Pra lá de 70%, 80% da população sem plano. É muito simbólico isso em Diadema" (E7).
Prestação de Serviços	- "Reestruturação da atenção básica, garantindo pré-natal e exames de rotina, como papanicolau" (E3), "volta do ultrassom na atenção básica, reorganização dos exames" (E2). - "Volta do planejamento familiar. Laqueaduras começando a acontecer novamente" (E3 e E2). - Volta do Papanicolau (E2). - Retomada dos grupos de gestantes nas UBSs. Há outros grupos de mulheres também,	- Rever o protocolo de pré-natal de baixo risco (E1). - Criar e implementar Ambulatório da Mulher no Quarteirão da Saúde (E1 e E2). - Reestruturar a maternidade municipal, principalmente no novo hospital (E3). - Faltam insumos e equipe para operar o mamógrafo do Quarteirão da Saúde (E3). - Retomar a captação precoce (busca ativa) das gestantes após a	- "Dentro do que tava pactuado, não é tudo que tá rolando hoje" (E1). - Em 2021: 2700 mulheres na fila da mamografia (E1). - Falta de ultrassom (E1). "Mais de 4 anos sem ultrassom, as mulheres passaram a fazer nas clínicas particulares que podiam pagar" (E2). - "Redução do número de partos. Hoje tem apenas 13 leitos de maternidade e 7 de UTI neonatal no HM" (E3).

	como para idosas (E2). - “Rede funciona bem na região e tem os serviços suficientes” (E4) - “O alto risco, teve épocas que, por falta de profissionais, demorava-se 45 dias pra fazer o agendamento. Hoje em 15 dias ele já tá feitinho” (E7).	pandemia (E2). - Começar a colocar DIU nas UBSs. E convencer todos os médicos para isso (E2). - Vasectomia: não tem urologistas e a fila não está bem organizada (E3). - Retomar visitas[7] monitoradas presenciais das gestantes na maternidade onde vão ter o parto (E4).	- Laqueadura não foi realizada por alguns anos (E2). - Falta de acesso ao papanicolau (E2). - “Não tem ‘amarração’ para a volta da mulher na unidade depois do parto” (E2). Desarticulação dos serviços. - Assistência descoordenada e não integral (E4).
Resultados	A retomada de exames como papanicolau, ultrassom e mamografia. Dados do RAG 2021[8] indicam que algumas das filas para exames foram zeradas, alcançando ou até mesmo ultrapassando as metas para aquele ano.[9]	- Reduzir os indicadores de mortalidade materno-infantil (E3). - Dois casos em que as mulheres não fizeram laqueadura por causa dos maridos. Alguns médicos também se recusam a fazer (E3). - Alto número de cesarianas, “mulheres que voltam para o território insatisfeitas” (E2). “O hospital municipal faz mais cesárea do que o hospital estadual e isso não é o habitual. Muita cesárea é ruim se ela não tiver indicação” (E8). - Não há monitoramento de mortalidade perinatal e não há sempre investigação de motivo de morte fetal (E8). - Problemas de informação: formulários	- Piora dos indicadores de saúde (E1). - “Mulheres acabam trazendo os problemas de toda a família e, por isso, ainda mais quando em situações de vulnerabilidade, estão sobrecarregadas e fragilizadas” (E2). - A cada passo dado na redução da mortalidade infantil, fica mais difícil dar o próximo, porque as causas a serem combatidas vão ficando mais complexas (E7). - “A gente vê óbitos que aconteceram por falta de comunicação de coisas que aconteceram no PN e não chegaram a quem precisava saber na hora do parto” (E8).

[7] Garantidas pela Lei n° 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
[8] Relatório Anual de Gestão 2021
[9] Não houve nenhuma fala nas entrevistas que se caracterizasse diretamente como avanço de resultados em 2022, portanto, este espaço está preenchido com percepções da pesquisadora a partir das entrevistas e da análise documental.

		incompletos, erro ou falta de atualização nos endereços das parturientes (troca de eventos) (E8). - Falta de implementação das recomendações do comitê de mortalidade infantil: “Precisa ser registrado quais são as falhas, em cima dela, fazer recomendações, e depois monitorar a implantação das recomendações. As recomendações precisam ter uma canalização” (E8).	