

Política nacional de saúde e o programa rede mãe paranaense: uma análise bibliográfica, exploratório-descritivo e documental

The national health policy and the Paraná maternal network program: a
bibliographical, exploratory-descriptive and documentary analysis.

Lorena Regina de Oliveira

Doutoranda em Desenvolvimento Regional e
Agronegócios, Universidade Estadual do Oeste do
Paraná. E-mail: lorena.regina.oli@hotmail.com.

 0000-0002-6351-7782

Zelimar Soares Bidarra

Doutora em Educação, Universidade Estadual do
Oeste do Paraná. E-mail:
elimar.bidarra@unioeste.br.

 0000-0002-3567-6794.

Resumo

A presente pesquisa possui como objetivo principal realizar uma análise exploratório-descritivo da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), em sua relação com programas regionais para a redução das desigualdades, como no caso do Programa Rede Mãe Paranaense. Para análise dos resultados utilizou-se das pesquisas científicas catalogadas na plataforma *SciELO* que abarca em seu título o termo "Rede Mãe Paranaense". Dessa forma, foi possível identificar que o Programa ainda não atende a seus objetivos no que se refere a estratificação de risco, ponto principal de seu escopo, e acompanhamento da criança em suas etapas evolutivas.

Palavras-chave: políticas públicas; mortalidade; saúde e desenvolvimento regional.

Abstract

The main objective of this research is to carry out an exploratory-descriptive analysis of the National Health Promotion Policy (PNPS), in its relationship with regional programs to reduce inequalities, as in the case of the Rede Mãe Paranaense Program. In order to analyze the results, scientific research cataloged on the *SciELO* platform was used, which includes the term "Rede Mãe Paranaense" in its title. Thus, it was possible to identify that the Program still does not meet its objectives with regard to risk stratification, the main point of its scope, and monitoring the child in their evolutionary stages.

Keywords: public policies; mortality; health and regional development.

DOI: 10.18616/rdsd.v9i2.7878

Recebido: 10/03/2023

Aprovado: 20/08/2023

1. Introdução

O Estado é palco para disputar e preservar interesses, ao qual se confia a garantia do pacto de vida estável, que oferece tranquilidade para a tomada de decisões (investimentos) em relação aos bens privados dos cidadãos. A ele se confia o regramento, isso através da coexistência comunitária, com o encargo de proteger, monitorar e intervir naquilo que ameaça a coexistência. Dentro do Estado, os processos de poder influenciam nas relações entre os indivíduos e em uma sociedade heterogênea e que apresentam diferentes privações é necessária uma posição do Estado para estimular a percepção dessa diferenciação dentro da disputa por interesses (SOUZA, 2006; BROSCETTI, 2008).

As políticas públicas são formas específicas das disputas de interesses dos diferentes atores sociais, atuando em um campo específico, mediante regras de justiça sobre como tornar realidade o acesso a uma condição de vida protegida, a que qualquer integrante da população, inclusive os desiguais, tenham direito. Dentro de um pacto político, as políticas públicas agem como um instrumento nas relações sociais para uma gestão que não acarrete na ruptura da coesão social. As políticas públicas não solucionam os problemas de população heterogênea e sim aponta respostas pontuais, mitiga e ameniza a gravidade de problemas específicos, os tornando suportáveis dentro da sociedade. O objetivo das políticas públicas está na procura de reunir uma conjuntura de diferentes forças que buscam a correlação dos não iguais, com a possibilidade de diminuir distâncias e repostas alternativas na redução das disparidades (SOUZA, 2006; BROSCETTI, 2008).

Observado como um mecanismo de proteção social, o acesso à saúde no Brasil é algo historicamente desigual entre os atores que compõe a sociedade, os controles e planejamentos não são suficientes e tornam o sistema de saúde ineficaz e burocrático (PIOLA E VIANNA, 1995). As políticas públicas de um país refletem um período histórico, a conjuntura econômica e os avanços nas pesquisas relacionadas aos problemas considerados públicos.

Como mecanismo de proteção social, o sistema de saúde brasileiro obteve sua configuração a partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88), estabelecendo esta que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado na geração do atendimento (BRASIL, 1988). A partir dela estruturou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, que passou a oferecer atendimento de forma universal a todos os cidadãos brasileiros, promovendo além dos cuidados assistenciais, o acesso desde a fecundação até o final da vida, tendo como principal objetivo promover a qualidade de vida através da prevenção e promoção da saúde. Estabeleceu-se a descentralização e regionalização do SUS para estados e municípios, tornando capaz o estabelecimento de programas direcionados às diferentes necessidades e especificidades, buscando reduzir as disparidades regionais através da busca por qualidade de vida da população.

Considerando a mortalidade materna e infantil um problema de saúde pública, fazer uma relação entre essa mortalidade e o nível de desenvolvimento da região de residência é substancial para entender a origem do problema, para assim amparar, através da elaboração de políticas públicas, o desempenho da prevenção da ocorrência. Fatores sociais apontam que as mulheres que se encontram em vulnerabilidade social possuem maior risco, a exemplo das negras e com menor escolaridade (OMS, 2018; SANTOS et al., 2021).

Dentro desse ponto de vista, o objetivo principal deste artigo é realizar uma análise exploratória-descriptiva sobre os antecedentes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, investigando programas regionais para a redução das desigualdades como a configuração do Programa Rede Mãe Paranaense. Entendendo a importância da saúde materna e infantil com o foco na redução da mortalidade, procura-se nas pesquisas científicas realizadas identificar como foi tratada a questão da eficácia do Programa.

Para isso, o presente estudo inicia com esta introdução seguida da metodologia que mostra como foi desenvolvido o trabalho. No terceiro tópico está o referencial teórico que delinea as políticas públicas de saúde brasileira, posteriormente se mostra a relação das políticas públicas com a mortalidade materna como ponto primordial nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e para finalizar o tópico, é apresentado o programa Rede Mãe Paranaense. No quarto tópico são descritos trabalhos que pesquisaram sobre o Programa se encontram publicados em veículo da plataforma *SciELO*. Seguido da conclusão que aponta a relação entre o referencial sobre as políticas públicas e o programa Rede Mãe Paranaense, com os resultados identificados nos trabalhos científicos publicados.

2. Metodologia

O presente estudo é de natureza exploratório-descriptivo, no qual se descreve e explora a Política Nacional de Promoção de Saúde e as ações implantadas no Estado do Paraná para a atenuação da mortalidade materna e infantil, por meio do SUS, utilizando-se do recurso da estratificação de riscos. A análise dos resultados se deu com base na pesquisa bibliográfica que, segundo Panosso Netto & Nechar (2014), busca usufruir de bases científicas e teóricas que fundamenta a construção do conhecimento.

Assim, a análise dos resultados se dividiu da seguinte forma: a) a seleção de busca da produção científica foi realizada na plataforma *Google Scholar* nos trabalhos publicados pela Scielo; b) como palavra-chave usou-se “Rede Mãe Paranaense” no título dos trabalhos; c) selecionando as publicações que estão configuradas como artigo e f) diagnóstico dos resultados. Este levantamento localizou oito trabalhos que indicam diferentes abordagens em diferentes regiões. Na sistematização foram excluídos quatro artigos do levantamento

por estarem duplicados.

3. Elementos teóricos

3.1 Estrutura das políticas públicas de saúde brasileiras

Durante o Brasil colônia os cuidados básicos à saúde disponíveis eram precários, quando necessário, os tratamentos eram feitos através do conhecimento prático ou experimental por meio do uso de ervas ou plantas disponíveis no território. Com a chegada da Família Real e a carência de uma estrutura básica de saúde, iniciou-se um certo controle sanitário que se alongou por quase um século. Em 1808 Dom João VI inaugurou o Colégio Médico na cidade de Salvador na Bahia e no mesmo ano a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2012; SOUZA, 2022; GUILHERME, 2022; OLIVEIRA et al., 2022; KUCHARSKI et al., 2021).

O início do período republicano até 1930 foi marcado por diversas epidemias, gerando consequências para as condições de saúde coletiva no Brasil; o que gerava impactos nas relações comerciais, os navios não desejavam mais ancorar no porto do Rio de Janeiro dado o grave problema de saúde sanitária que acometia a cidade. Com vistas a mudar esse cenário, o então Presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Em 25 de maio de 1900 foi criado o Instituto Oswaldo Cruz objetivando, através de medidas severas, a erradicação da febre amarela e peste bubônica. Além disso, foi aprovada a Lei Federal no 1261, de 31 de outubro, que estabelecia a obrigatoriedade da vacinação contra varíola em todo o território nacional (FIOCRUZ, 2022).

A campanha sanitária realizada até a década de 1920 era orientada aos envolvidos à exportação, como a economia era agroexportadora, destacando a monocultura do café, o foco sanitário se concentrava nas regiões portuárias e em doenças que poderiam atrapalhar a exportação, por isso predominou como ação governamental o denominado sanitismo de campanha. As epidemias foram sendo reduzidas paulatinamente, e houve o deslocamento dessa forma de abordagem, as campanhas, para outras grandes cidades e para a área rural da necessidade do combate de epidemias rurais, como a doença de Chagas e Esquistossomose (POLIGNANO, 2012; SOUZA, 2022; KUCHARSKI et al., 2021).

Mesmo estabelecendo campanhas para combate e prevenção de algumas doenças, as ações até 1930 eram definidas através de organizações institucionais, após este período a saúde pública era disponível somente aos proletariados associados às caixas de auxílio mútuo. Em 24 de janeiro de 1923 decretou-se a Lei Eloy Chaves que instaurou as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, que ofereciam assistência médico-assistencial aos ferroviários e a outras categorias profissionais que tinham organização e trabalho formalizado. Para os demais o atendimento de saúde era ofertado por entidades

filantrópicas ou de forma privada. Mesmo que restrita, esta Lei é considerada a primeira política pública de saúde instaurada no Brasil (BRASIL, 2020).

Em 1933 criou-se no governo de Getúlio Vargas os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, divididos conforme a categoria profissional e tendo o controle de cada Estado, dado o processo de industrialização do país. As CAPs foram convertidas em IAPs e se estendeu para outras categorias de profissionais. Em 1953 o Ministério da Saúde (MS) foi criado, porém isso não representou de imediato nenhum resultado efetivo para a política de saúde, apenas um desmembramento do até então Ministério da Educação e Saúde Pública (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; GUILHERME, 2022; OLIVEIRA et al., 2022).

A partir de 1964 se estabeleceu o Regime Militar, convivendo-se com um cenário de considerável piora nas condições de saúde pública brasileira, principalmente as da parcela mais vulnerável da população. Com vistas a mitigar alguns dos problemas, o governo passou a comprar serviços privados de assistência médica; contudo esses não alcançavam toda a população que necessitava. Além do que, piorava os diversos indicadores de assistência social. Algumas ações foram feitas durante o período militar a partir da publicação do Decreto de Lei no 200, que estipulou a formulação e coordenação da política nacional de saúde como competência do Ministério de Saúde, tornando-o responsável pelas atribuições médicas ambulatoriais, pesquisas médico-sanitárias, controle de drogas e medicamentos e ações preventivas no geral (POLIGNANO, 2012; SOUZA, 2022; GUILHERME, 2022; BRASIL, 1967).

A partir de 1970, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária ganhou dimensão política as discussões voltadas para as condições de vida e trabalho da população. Criou-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de erradicar e controlar endemias. A ampliação da rede ambulatorial pública foi realizada através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, em 1976 (BERTOLOZZI & GRECO, 1996; POLIGNANO, 2012; SOUZA, 2022; GUILHERME, 2022; OLIVEIRA et al., 2022; KUCHARSKI et al., 2021).

A crise do modelo econômico do regime militar, em 1975, acarretou no aumento da concentração da renda e em graves sequelas sociais, como o aumento da mortalidade infantil. Além das fragilidades dos recém-criados sistemas de saúde e previdenciário, que se colapsavam pela falta de recursos para sua operacionalização. Houve o aumento dos custos para atuação e perda da confiabilidade por parte dos cidadãos por não atender e amenizar os problemas relacionados à saúde. Desde então, tornara-se evidente a necessidade de estabelecer políticas públicas voltadas à população, principalmente para as pessoas e segmentos sociais que se apresentavam em vulnerabilidade social.

Dessa maneira, a democratização do país ocorreu de forma mais rápida, porém a reorganização política e social se deu de maneira lenta, somente em com as eleições de

1982 e 1986 que se ampliou as discussões democráticas, o Movimento da Reforma Sanitária apontou que a saúde pública é bem público, acarretando uma luta para torna-la um direito universal para todos os brasileiros (POLIGNANO, 2012; GUILHERME, 2022; OLIVEIRA et al., 2022; KUCHARSKI et al., 2021).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde ocorreu em 1986, foram cinco dias de debates com o intuito de contribuir com a formulação de um sistema de saúde. Essa Conferência é considerada uma referência a definição de novos paradigmas e parâmetros para a saúde pública do Brasil. O resultado desta Conferência acarretou em documentos que apresentavam propostas a serem adotadas no texto da nova constituição que estava sendo elaborada. Entre as propostas estava o direito universal e igualitário do acesso à saúde de toda população, ter a saúde como direito de todo cidadão e o Estado interferir por meio da criação de um sistema de saúde. Em 1987 foi aprovado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, que apresentava os conceitos básicos para o estabelecimento do que alguns anos após se caracterizou como o Sistema Único de Saúde (SUS) (BERTOLOZZI & GRECO, 1996; SOUZA, 2022; OLIVEIRA et al., 2022; KUCHARSKI et al., 2021).

A CF-88 contém as premissas para o estabelecimento e legitimidade do SUS. As determinações acerca da Seguridade Social (nos artigos 194 e 195) e em específico à saúde, no Capítulo VIII da Ordem Social, artigos de 196 a 200, reconhece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sustentando através de políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988). O texto da Constituição indica que o SUS foi modelado através das necessidades da população, consolidando como um direito de cidadania que tem o comprometimento do Estado como alicerçador do bem-estar social (BRASIL, 1990; POLIGNANO, 2012).

Após dois anos da publicação da CF-88 instituiu-se o SUS mediante a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu art. 3º indica o conceito de saúde expandido, com fatores determinantes e condicionantes que incluem a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, o lazer, o transporte e o acesso a bens e serviços essenciais e que estes níveis englobam a saúde nos termos de organização econômica e social, garantindo à população condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Assim, a Lei no 8.142 de 28 de dezembro de 1990 implantou e regulamentou o SUS, apontando sua forma de organização e funcionamento e dispendo a atuação da coletividade. Para a gestão do SUS, estabeleceu-se as transferências governamentais dos recursos financeiros para a área da saúde (BRASIL, 1990).

Para a estruturação do SUS em 1991 se instituiu a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/91), com o objetivo de normalizar o acesso à assistência à saúde oferecida pelo SUS, incentivar a implantação, o desenvolvimento e funcionamento do Sistema, além da

efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Destacando que a NOB-SUS 01/91 regulou a transferência de recursos para o setor de saúde destinando as secretarias estaduais e municipais, essa descentralização fortaleceu a conceção correta e necessária dos recursos, que acarretaria no aumento da qualidade nos atendimentos (BRASIL, 1991). Essa descentralização se tornou mais evidente com a NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993), que enquadrou os municípios dentro das condições de gestão que eram apoiadas pelas arenas de pactuação institucionalizadas. A descentralização seria um processo gradativo e prolongado, dando a liberdade aos entes federados de aderir ao maior grau de autonomia e gestão.

Em 05 de novembro de 1996 foi publicada através da portaria GM/MS no 2.203 a NOB-SUS 01/96, com o intuito de desenvolver a descentralização prevista na NOB-SUS 01/91. Intensificando o processo de municipalização da saúde, o município possui a responsabilidade sobre os atendimentos das demandas dos cidadãos, através de assistências ambulatoriais e hospitalar, epidemiológica, vigilância sanitária e controle de doenças, assim melhorando o conceito da promoção à saúde e atenção básica (BRASIL, 1996).

Buscando a redução das desigualdades sociais e regionais através da saúde, o SUS é formado envolvendo as atuações dos estados e dos municípios onde cada ente possui sua participação, apontando como uma estrutura descentralizada e hierarquizada, mas que se integra de forma regionalizada para atender aos princípios estipulados de universalidade, integralidade e equidade. Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001), instituiu-se a ampliação da responsabilidade dos municípios, através das Redes de Atenção à Saúde ou Atenção Básica à Saúde (ABS). Constituíram-se os mecanismos para fortalecer a atuação do SUS e otimizando os recursos disponíveis, além de redefinir a gestão conforme o grau de complexidade do atendimento: básica, média e alta (BRASIL, 2001).

A Promoção de Saúde tornou-se um pacto para a oferta de saúde no Brasil, no período que compete entre 1998 a 2004 a Política Nacional de Promoção à Saúde era apenas um embrião, dentre as principais atividades fomentadas era a redução das morbimortalidades através de ações voltadas para o desenvolvimento local integrando de maneira sustentável. Em 2005 a Coordenação Geral das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) lotado na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) incumbiu-se da coordenação e constituição uma Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de interpor as três esferas governamentais para o progresso da saúde (MALTA, et al., 2016).

Em 2006 o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) subscrevem a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), através da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, que elabora atuações através de redes de responsabilidades, dando importância

as restrições sociais da população para uma nova modelagem do SUS no que diz respeito aos acessos, buscando a promoção e qualidade no processo saúde-doença.

Através da instituição desta portaria e a atuação através de redes, reconhece-se o objetivo de regionalização do SUS buscando alcançar o princípio de universalidade, para isso se estabeleceu subdivisões nos atendimentos que direciona o melhor cuidado, buscando a redução de indicadores negativos voltados à saúde dos cidadãos, principalmente da mulher e da criança que até então apontavam altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil. A saúde da mulher e a redução da mortalidade materna compõe a agenda mundial como prioridade. Na década de 1980, no Brasil, a cada ano aproximadamente quinhentas mil mulheres iam a óbito em consequência de problemas na gestação (SOUZA, 2015). Em 2016 o número caiu para 1.485 mulheres e em 2019 o índice de mortalidade materna foi de 64,5 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (RODRIGUES, et al., p. 4, 2019).

Entendendo que mesmo reduzindo a mortalidade materna, programas voltados à saúde no período pré e pós gestacional, são de grande importância para países em desenvolvimento, como o Brasil, onde as taxas ainda são elevadas quando comparadas à países desenvolvidos. Certificar-se da qualidade e do cuidado no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, através de políticas e programas, auxilia na identificação dos traços demográficos, socioeconômicos, reprodutivos e obstétricos de uma determinada região, contribuindo para a promoção de saúde adequada e reduzindo os possíveis riscos identificados.

3.2 Objetivos do desenvolvimento sustentável e a mortalidade materna

A Organização das Nações Unidas (ONU) busca a transformação do mundo com a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, que estabelece os planos de ação para o planeta e pessoas na busca para prosperidade e erradicação da pobreza em todos os níveis, desafio esse global e que é fundamental para o desenvolvimento sustentável das nações. Em 2015 organizou-se os novos objetivos, definidos como Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual são compostos por 17 objetivos e 169 metas que buscam o desenvolvimento global através da cooperação que acarretam em ganhos para os países (ONU, 2015).

Dentro destes pressupostos, o terceiro objetivo que incorpora a ODS busca assegurar da confiança em vidas saudáveis e bem estar para todos e todas as idades, sendo que a redução da mortalidade materna está na primeira meta deste objetivo. Nesta perspectiva, mortalidade materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o final da gestação, sem ter em conta a sua duração e por qualquer causa identificada ou agravada pela gravidez e por medidas relacionadas a ela, salvante por causas acidentais ou

incidentais (ONU, 2015; OMS, 2019)

Segundo a Secretaria de Vigilância da Saúde (2020), um dos objetivos da ODS é a redução da mortalidade materna, em dados essa redução na escala global seria de 70 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, objetivo traçado para o período de 2016 a 2030. No ano de 2011 para a América Latina, as taxas de mortalidade materna giraram em torno de 74,3 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, no Brasil a taxa estava em torno de 72,3 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos e em 2018 esta taxa era de 59,1 óbitos maternos considerando cada 100 mil nascidos vivos.

Quando se verifica países como a Colômbia e Equador os resultados eram maiores para o ano de 2011, estavam em torno de 90 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Para países desenvolvidos como o Canadá e Estados Unidos as taxas eram menores, 12 e 21 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (*Pan American Health Organization*, 2011).

Arantes et al. (2020) indicam que em aproximadamente 90% dos casos a mortalidade materna pode ser evitável. Neste cenário existe fatores que atrapalham o melhor desenvolvimento no processo gravídico-puerperal, entre eles o atraso em identificar e intervir quando são apresentados sinais de gravidade e a realização do tratamento de maneira assertiva de acordo com a identificação do quadro de saúde materno. O grau de conhecimento materno e dos familiares, a identificação de comorbidades preexistentes, o histórico de doenças familiares, o desempenho do sistema de saúde, entre outros, são fatores que interagindo entre si podem ocasionar em possíveis falhas.

As políticas de saúde voltada as mulheres originaram no início do século XX e exclusivamente direcionadas à gravidez e ao parto, a preocupação com a saúde infantil se estendeu as décadas de 1930 a 1970 e neste mesmo período via-se a saúde da mulher particularmente como sua função biológica de procriação e pela criação e educação dos filhos. Estes programas retratam os grupos de risco – gestantes e crianças – porém, também a falta de integralização com outros programas e ações oferecidos pelo governo federal. Estas políticas eram criticadas, pois eram reducionistas e não englobavam o ciclo gravídico-puerperal, os argumentos giravam em torno das diferenças nas relações sociais entre homens e mulheres que acabavam por impactar no atendimento à saúde (BRASIL, 2004).

Em 1984 o MS instaurou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estabelecendo uma quebra nos preceitos que direcionavam as políticas de saúde da mulher e a definição de prioridades, incluindo ações preventivas, de tratamento e prevenção, através de clínicas ginecológicas desde o pré-natal, parto e puerpério, no climatério e tratamento de DST, câncer de colo de útero e de mama, e outras necessidades detectadas para as mulheres. O estabelecimento do PAISM se deu até 1989 e continuou na década de 1990 sendo persuadido pelo SUS e pelas características da nova política de saúde

estabelecida por ele. Como o NOAS (2001) garantiu autonomia aos municípios, o mesmo ocorreu para a saúde da mulher, garantiu as ações mínimas de atendimento à mulher, porém não responde à todas as atuações previstas no PAISM, que foi atendida apenas em 2003 (BRASIL, 2004).

Considerando a Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, que reconhece o estabelecimento da Rede de Atenção Materno e Infantil, um programa do MS instituído pela portaria GM/MS no 3 de 28 de abril de 2017, que se implementa em coparticipação com os Estados e Municípios e que está apoiada na Rede de Atenção Básica à Saúde - Portaria no 2.488 de 21 de outubro de 2011 – onde estabeleceu a necessidade da implementação de programas em níveis estaduais e municipais voltados a saúde materna e infantil.

A Rede Cegonha – Portaria no 1.459, de 24 de julho de 2011 – foi iniciado com o objetivo de assegurar o atendimento para o planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento puerpério e primeira infância, procurando aumentar a qualidade da assistência e redução da mortalidade materna e infantil, principalmente durante os dois primeiros anos de vida, do crescimento e desenvolvimento infantil. São diversas ações propostas para apontar a redução da mortalidade materno-infantil, em especial a materna, como: organizar os processos de atenção, atendimento antecipado da gestante no pré-natal, segmentar os risco e participação da gestante, conforme o risco encaminhar ao hospital e profissionais adequados para atendimento e parto. Identificar os fatores de risco é peça chave para evitar a mortalidade infantil e materna e conduzir o planejamento das ações e mudar o cenário.

Através da instauração da Rede Cegonha com a coparticipação dos Estados e municípios, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR) investigou os nascimentos e óbitos durante cinco anos (2006-2010) no Estado do Paraná e através destes resultados conduziu o programa Rede Mãe Paranaense, dando autonomia e acessibilidade aos municípios do Estado (PARANÁ, 2022).

3.3 Programa rede mãe paranaense

Iniciado em 2012, o programa Rede Mãe Paranaense é desenvolvido através da Atenção Básica de Saúde, desempenhando nos municípios do Estado do Paraná atribuições que respondam às necessidades precoces de crianças até dois anos de vida e de gestantes, oferecendo um pré-natal em quantidade e qualidade, conectando a gestante aos serviços que acarretem em um parto seguro e solidário, de maneira mais natural possível. Assim como se procede o adequado encaminhamento da gestante de risco para um atendimento especializado e personalizado. As unidades de Atenção Primária em Saúde (APS) adequam

as atividades de pré-natal e acompanhamento referenciado a gestante para uma unidade próxima a sua residência. A estrutura do Programa está em busca de detectar de maneira precoce uma gestação de risco, vinculando gestante a uma rede de atenção com maior estrutura com uma equipe Ambulatorial Especializada (AAE), mantendo o monitoramento e acompanhamento multiprofissional para gestante de risco (PARANÁ, 2022).

Ainda, dentre os pilares que compõe o Rede Mãe Paranaense está a Atenção Hospitalar (AH), que é dividida considerando os parâmetros da estratificação do risco, dando assistência à gestação, parto, puerpério e situações de parto e/ou emergência. (PARANÁ, 2022).

O cuidado da Saúde Materna gera benefícios no longo prazo, como gestações futuras saudáveis, saúde e bem-estar, ter uma consciência ampliada de assistência à gestação, coloca a saúde materna dentro do ciclo de vida da população, contemplando desde a saúde sexual até o acompanhamento gestacional, parto, pós-parto, aproximando-se do conhecimento e manejo de doenças crônicas não-transmissíveis. Os cuidados possibilitam verificar as particularidades das mulheres, principalmente aquelas que são parte de grupos em vulnerabilidade, como mulheres pretas e pardas, indígenas, migrantes, rurais, pescadoras, privadas de liberdade, ribeirinhas, ilhéus, ciganas, acampadas e assentadas, em situação de ruas, entre outras situações que merecem atenção especial (PARANÁ, 2022).

Dentro do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, a Linha de Cuidado Materno e Infantil procura oferecer atenção especial às gestantes (PARANÁ, 2022). Alinhados com essas premissas, as metas da linha de cuidado materno-infantil podem ser visualizadas na tabela 1.

Tabela 1: Metas da Linha de Cuidado Materno-Infantil

GESTÃO E PROCESSOS
Diminuir a morbimortalidade materna e infantil
Assegurar a atuação da Linha de Cuidado Materno Infantil em todo o Estado
Conceituar a atenção ao pré-natal, parto e puerpério
Defender o direito da gestante ao atendimento
Confirmar o vínculo entre as gestantes e os hospitais de referência dado a estratificação de risco e viabilizar a assistência necessária de cada caso.
Oferecer os exames de apoio conforme os protocolos estabelecidos
Designar hospitais que para incorporar o parto de acordo com sua estrutura e corpo técnico
Oferecer os elementos necessários para qualificação do corpo técnico

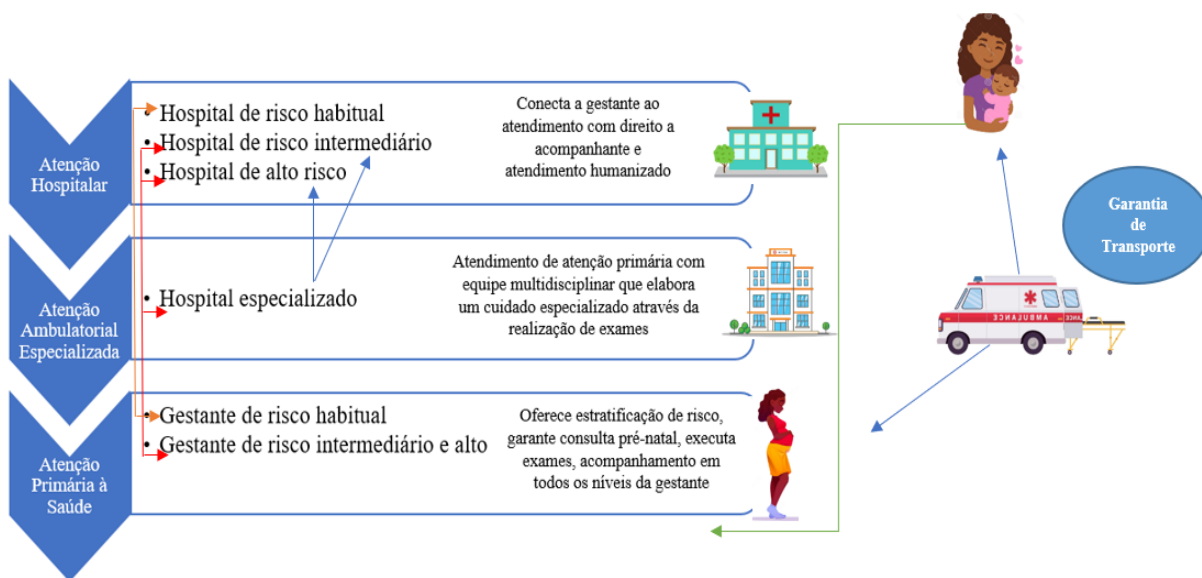
Afim de garantir a excelência nos atendimentos, incorporar as tecnologias necessárias

Fonte: Adaptado de Paraná (2022)

Para que os atendimentos sejam feitos de acordo com as metas e premissas, o foco principal da atenção do Rede Mãe Paranaense é a estratificação de risco para a gestante e a criança. Esta estratificação pode indicar previamente os fatores de risco que podem trazer complicações durante o ciclo gravídico. A estratificação do risco é avaliada na primeira e nas demais consultas do pré-natal, o que permite o encaminhamento correto em cada etapa da gravidez, garantindo o atendimento especializado até cerca de 32 a 42 dias após o parto, caso não haja implicações que mostre a necessidade de ampliar o atendimento (PARANÁ, 2022).

Após a classificação de risco feita pelas unidades de atendimento e definindo o ponto adequado e qualificado ao cuidado, caso haja a necessidade, deve-se identificar fluxos de sistematização dos leitos e pactuação regionalizadas de assistência, se enquadrando dentro do processo de regionalização *versus* estratificação de risco, baseado na atenção à integralidade do cuidado regional (PARANÁ, 2022). A figura 1 representa os fluxos de assistência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e respeitando a classificação de risco dado a estratificação.

Figura 1: Modelo de um fluxo referenciado para Linha de Cuidado Materno Infantil



Fonte: Adaptado de Paraná (2022)

Após a classificação de risco feita pelas unidades de atendimento e definindo o ponto adequado e qualificado ao cuidado, caso haja a necessidade, deve-se identificar fluxos de sistematização dos leitos e pactuação regionalizadas de assistência, se enquadrando dentro do processo de regionalização *versus* estratificação de risco, baseado

na atenção à integralidade do cuidado regional (PARANÁ, 2022). A figura 1 representa os fluxos de assistência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e respeitando a classificação de risco dado a estratificação.

4. Considerações finais

Com o exposto foi possível perceber que as Políticas Públicas de Saúde Materno e Infantil no Brasil, atualizou-se conforme o contexto, momento histórico e algumas necessidades percebidas, caminhando entre uma preocupação quase nula com a população. Percebeu-se que mesmo havendo programas voltados à saúde, ainda os tratamentos eram direcionados apenas a uma parcela da sociedade. Com a CF-88 expandiram-se os atendimentos. Quando se analisa as Políticas Públicas de Saúde Materna e Infantil, é possível perceber que a proposta é ter os atendimentos direcionados adequadamente e de maneira universal. O programa Rede Mãe Paranaense propõe a diferentes atores o suporte necessário, porém, em qualquer contexto que envolva interesses e acordos dentro das arenas, nas pesquisas científicas realizadas em diferentes regiões do Paraná foi possível perceber que o Programa não responde a suas metas na totalidade e o mais preocupante é que foi identificado problemas no ponto principal de seu escopo: estratificação de risco. Além do fato, que as pesquisas identificaram carência nos atendimentos primários para a criança, mesmo que este seja apenas de acompanhamento ou preventivo.

Contudo, é possível perceber que mesmo tendo políticas direcionadas para o avanço na qualidade de vida da população e por consequência a redução das disparidades regionais, os programas ainda são falhos, eles acabam por mitigar os riscos propostos, mas em sua maioria necessita de aprimoramento e controles adequados. Não obstante, a pesquisa apontou que a melhora nas políticas de saúde é uma jornada em concepção, auxiliando em futuras indagações na busca do aumento na efetividade das políticas e sobretudo com o objetivo principal de reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade de vida da população.

Referências bibliográficas

AMARAL F. E. et al. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clinical & Biomedical Research**, v. 36, n. 3, oct. 2016. ISSN 2357-9730. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/64515>. Acesso em: 18 de agosto de 2022.

ARANTES, B. M. et al. Fatores associados ao *near miss* materno em um hospital universitário. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 2020, vol. 8, núm. 3, jul-set. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497963985008/497963985008.pdf>. Acesso em 18 de agosto de 2022.

BENDER, T. A. ZILLY, A., FERREIRA, H., FERRARI, R. A. P., FRANÇA, A. F. O., SILVA, R. M. M. Rede Mãe Paranaense: análise da estratificação do risco gestacional em três regionais de saúde em 2017-2018. **Revista Saúde em debate**, v. 45, n. 12, abr-jun, 2021.

BERTOLOZZI, M. R. GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, dezembro de 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300004>. Acesso em 28 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <http://www.gov.br/saúde>. Publicado em 24 de novembro de 2020. Acesso em 29 de julho de 2022.

BRASIL. **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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080 acesso em 19 de dezembro de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 1993. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=9&data=24/05/1993>. Acesso em: 29 agosto 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.023, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOBSUS 01/96**. Diário Oficial [da] República Federal do Brasil. Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/11/1996&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=96>. Acesso em: 29 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/2001**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=29/01/2001>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=52&data=28/02/2002>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**

Oliveira & Bidarra

Política nacional de saúde e o programa rede mãe paranaense: uma análise bibliográfica, exploratório-descriptivo e documental

princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União 31 de março de 2006.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União Nº 251, Seção 1 – 31 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.fehosp.com.br/files/circulares/9203ca2f81c0d9c04ddc806b1b98e2aa.pdf>>. Acesso em 09 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de setembro de 2017. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/3_0.pdf> Acesso em 09 de janeiro de 2023.

BROSCHETTI, I (org). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo, Editora Cortez, 2008.

CÁ, A. B., DABO, C. MACIEL, N. S. MONTE, A. S. SOUZA, L. B. CHAVES, A. F. L. COSTA, C. C. Lacunas Da Assistência Pré-Natal Que Influenciam Na Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa. **Revista de enfermagem atual in derme**, v. 96, n. 38, 2022.

PIOLA, S. F. VIANNA, S. M. (Orgs.) **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília - DF: Ipea, 1995.

FIOCRUZ, **Fundação Oswaldo Cruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/historia>. Acesso em 20 de agosto de 2022.

FRANK, B. R. B. TOSO, B.R. G. O. VIEIRA, C. S. GUIMARÃES, A. T. B. CALDEIRA, S. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Revista Saúde em debate**, v. 40, n.109, maio/jun, 2016.

GUILHERME, C. M. O Serviço Social e a intersectorialidade entre políticas públicas de assistência social e saúde: demandas e desafios na concretização da intersectorialidade na

proteção básica do CRAS em Salinas/RN. 2022, **Monografia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Serviço Social. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/48676>. Acesso em: 29 de agosto de 2022.

KUCHARSKI, K. W. BATTISTI, I. D. E. FERNANDES, D. M. M. ANASTÁCIO, Z. F. C. Políticas públicas de saúde no Brasil: Uma trajetória do império à criação do SUS. **Revista Contexto e Educação**, Ed. Unijuí, ISSN 2179-1309, ano 37, no 117, 2021.

MALTA, D.C.; NETO, O. L. M., SILVA, M. M. A., ROCHA, D., CASTRO, A. M., REIS, A. A. C., AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde: capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n.21, v. 6, p. 1683-1694, 2016.

MENDONÇA, I. M. SILVA, J. B. F. CONCEIÇÃO, J. F. F. FONSECA, S. C. PINTO, C. B. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. **Caderno de Saúde Pública**, 2022.

OLIVEIRA, A. S. SILVA, M. D. SAMPAIO, D. F. A. DIAS, M. A. F. SAMPAIO, V. M. O. BOTELHO, K. X. JÚNIOR, A. T. S. PEREIRA, B. F. A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil a partir de 1900 até os tempos atuais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 3073-3089, janeiro 2022.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Tendências da mortalidade materna: 2000 a 2017: estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.

ONU. **Organização das Nações Unidas**. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/> Acesso em 19 de dezembro de 2022.

OPAS/OMS. **Folha informativa – Mortalidade materna**. 2018. Acesso em 18 de agosto de 2022. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health Situation in the Americas: Basic Health Indicators 2011**. Acesso em 18 de agosto de 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49353>.

PARANÁ, Secretaria da Saúde. Divisão de atenção à saúde da mulher. Linha Guia: Atenção Materno/Infantil: Gestação. Secretaria do Estado do Paraná. 8ª Ed. Curitiba: SESA, 2022.

PANOSSO NETTO, A., & NECHAR, M.C. Epistemologia do Turismo: escolas teóricas e proposta crítica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo**, 8(1), 120-144, 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2012. Disponível em:

http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em 29 de agosto de 2022.

RODRIGUES, A. R. M., CAVALCANTE A.E.S., VIANA A.B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf> Acesso em 02 de agosto de 2022.

SANTOS, L. O., NASCIMENTO, V. F. F., ROCHA, F. L. C. O., SILVA, E. T. C. Estudo da mortalidade materna no Nordeste brasileiro, de 2009 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e5858.2021>. Acesso em 18 de agosto de 2022.

SANTOS, R. S., VIEIRA, C. S., GUIMARÃES, A. T. B., TOSO, B. R. G. O., FERRARI, R. A. P. Avaliação da Eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Saúde em debate**, v. 44, n. 124, jan-mar 2020.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista de Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, no 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 37, n. 12, p. 549-51, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf> acesso em 02 de agosto de 2022

SOUZA, M. K. S. Histórico da política de saúde pública no Brasil e o processo de mercantilização do SUS. **Monografia**, Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/8791>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 2020.

TEIXEIRA, R. A., CALDEIRA, S., GUIMARÃES, A. T. B., TACLA, M. T. G. M., FERRARI, R. A. P. Rede Mãe Paranaense: análise do índice de implementação em regionais de saúde. **Caderno de saúde coletiva**, n. 29, v. 2, set-out, 2021.