



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA

**O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE DO
PROGRAMA REDE CEGONHA DO HOSPITAL GERAL ROBERTOS SANTOS/BA**

CACHOEIRA-BA

2014

CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA

O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE DO PROGRAMA
REDE CEGONHA DO HOSPITAL GERAL ROBERTOS SANTOS/BA

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Professor Orientador: Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo.

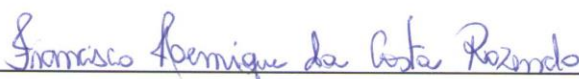
CACHOEIRA-BA
2014

CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA

O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE DO PROGRAMA
REDE CEGONHA DO HOSPITAL GERAL ROBERTOS SANTOS/BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 10/04/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Orientador – UFRB)



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno – UFRB)



Bel. Delmária Oliveira Sampaio
(Membro Externo – Hospital Geral Roberto Santos)

À

Minha família pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao meu Deus, por ter me guiado sempre, por ser minha direção. Por estar sempre presente em minha vida cuidando de mim. Obrigada pelos anjos terrestres que me ofereceram carinho e segurança.

Agradeço de forma infinita aos meus genitores, em especial à minha mãe – Josélia Ferreira Da Silva - que ao não poder concretizar seu sonho de um dia concluir os seus estudos, me estimulava a estudar e a seguir em frente apesar das adversidades.

As minhas irmãs Katia Quelle Ferreira da Silva Rocha e Camila Naiara Ferreira da Silva Lima e ao meu irmão Davi Felipe Ferreira Da Silva pelo, amor, atenção e apoio dedicados.

Aos meus cunhados Ângelo Erasmo Aguiar Lima e Daniel Barbosa Rocha.

Ao meu lindo sobrinho João Afonso Da Silva Lima por ter feito meus dias mais alegres.

A todos (as) os meus tios (as) e primos (as) que de alguma forma direta ou indireta me apoiaram, pela dedicação, atenção, cuidado.

Às minhas amigas Juliana Silva, Meline Figueiredo, Elaine Dutra, Deisiane Leite e Keidy Teixeira, que sempre foram mais que simples amigas e sim verdadeiras IRMÃS.

Um agradecimento mais que especial e carinhoso ao meu namorado, companheiro e amigo George Matos. Obrigada por nunca desistir de mim e do nosso amor. Por me apresentar ao AMOR! Obrigada pela infinita paciência, pelos inesgotáveis gestos de amor e carinho. Por me entender e me motivar a sempre seguir em frente. Te Amo muito!

Aos meus mestres, eternos professores Valeria Noronha pelo seu carinho e por me apresentar o ilustre mundo da pesquisa, Rosimeire Guimarães pela sua simplicidade/humildade, Silvia Arantes pela solicitude e generosidade, Edgilson Tavares pelos grandes ensinamentos e diligencia. Henrique Rozendo meu orientador pela atenção e presteza. Enfim agradeço a todos.

A professora Heleni um agradecimento especial por está nutro uma particular admiração obrigada, pelas contribuições da pré-banca e pela disponibilidade em apreciar meu texto de trabalho de conclusão de curso, ora apresentado.

As Assistente Social do Hospital Roberto Santos Delmaria Sampaio, Elisangela Santos e Rosana Ruiz por terem me apresentado a praxis do Serviço Social em especial a Delmaria Sampaio pelos ensinamentos na vivência dos estágios supervisionados I, II e pela disponibilidade em avaliar este trabalho de conclusão de curso.

Às minhas colegas de faculdade Barbara Assunção, Crislane Fiuzza, Cintia Reis, Daneila Gondim, Edmaria Medeiros, Jessica Bastos, Laís Lima, Lilian de Jesus, Luana Oliveira, Noelia Machado, Taysa Santos, por serem verdadeiros exemplos de garra e superação, perseverança. Enfim, agradeço a vocês minhas queridas colega/amigas que sempre me deram força e fizeram estes três anos e oito meses mais felizes

RESUMO

O estudo que ora se apresenta tem por objetivo investigar a constituição dos sentidos da interdisciplinaridade e sua importância no processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde. A interdisciplinaridade, ainda que genericamente, constitua-se em um conceito polivalente quanto ao campo de sua emergência de sentido e às aplicações práticas, recomenda não anular os saberes diferenciados envolvidos no processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, enfatizando que as mesmas dialoguem entre si numa perspectiva interacional em busca de inovação. Desta forma, o objetivo deste trabalho centrou-se na identificação dentro do Programa Rede Cegonha, do Hospital Geral Roberto Santos, os aspectos que condicionam a interdisciplinaridade nas equipes multiprofissionais de saúde. Para tanto, utilizamos de uma revisão bibliográfica para debater sobre os conceitos que permeiam a discussão de interdisciplinaridade em saúde e, mediante uma investigação junto aos profissionais que compõem essa equipe, os aspectos que a condicionam, além da realização de entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam que a equipe de saúde composta por profissionais de diversas categorias conceitua a interdisciplinaridade como uma forma de trabalho em que exige a necessidade da interação, em prol de um objetivo comum. Entretanto, esse conhecimento não se efetiva durante o processo de trabalho da equipe como um todo, existindo práticas interdisciplinares em momentos específicos do processo de trabalho, mas que não permeiam todo o desenvolvimento de ações. Outro fator importante que deve ser destacado é a centralização das decisões que impedem a participação da equipe nos espaços de construção, negociação e decisão. Os participantes da pesquisa ainda relatam sobre a precarização do sistema de saúde, que tem proporcionado um excesso de trabalho, ocasionando desgastes nas relações de trabalho. Para modificar essa realidade é preciso definir a maternidade do HGRS como um espaço na política de atenção materno infantil onde se ofertem ações de saúde especializadas, cuidados articulados e integrais, visando romper com práticas fragmentadas no atendimento dessa população, para tanto é necessário garantir recursos e investimentos. Além disso, é necessário humanizar o processo de trabalho interdisciplinar nesta unidade de saúde, pois, diante da complexidade que pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe multiprofissional de saúde, com o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupondo o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Equipes multiprofissionais de Saúde. Rede Cegonha.

ABSTRACT

The study that presents aims to investigate the formation of senses of interdisciplinarity and its importance in the work process of the multiprofessional health teams. Interdisciplinarity, although generically, constitutes a multi-purpose concept regarding the field of their emergence of sense and practical applications, recommends not negate the differentiated knowledge involved in the working process of the multiprofessional teams of health, emphasizing that the same private conversations among themselves in an interactional perspective in search of innovation. In this way, the aim of this work has focused on identifying within the Network Program Stork, Roberto Santos General Hospital, aspects which affect the interdisciplinarity in multiprofessional teams. To this end, we use a literature review to discuss the concepts that pervade the discussion of interdisciplinarity in health and, through an investigation by the professionals who make up this team, aspects that condition, besides conducting semi-structured interviews. The results indicate that the health team composed of professionals from various categories conceptualizes the interdisciplinarity as a way of working that requires the need for interaction, towards a common goal. However, this knowledge is not effective during the working process of the team as a whole, existing interdisciplinarity practices in specific moments of the work process, but that does not permeate the entire development of actions. Another important factor that should be highlighted is the centralization of decisions that prevent staff participation in construction, negotiation and decision. Survey respondents also reported on the precarious health system, which has provided an excess of work, causing wear in labor relations. To modify this reality must set the HGRS maternity as a child care policy where specialized health actions offer distance, articulated and integral care, aiming to break away from fragmented practices in serving this population, for this purpose it is necessary to ensure resources and investments. Furthermore, it is necessary to humanize the process of interdisciplinary work in the unit of health, because, in the face of complexity which presupposes the promotion of integral care for part of the multidisciplinary team of health, with the establishment of a link between health professionals and the population, assuming the recognition of health as a right of citizenship.

Keywords: interdisciplinarity. Multiprofessional teams. Stork Network.

LISTA DE SIGLAS

ALSO- Advanced Life Support in Obstetrics.
ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar.
CAPS- Caixas de Aposentadorias e Pensões.
CF- Constituição Federal.
CIAVE- Centro de Informações Anti-Veneno.
CIHDOTT- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.
COSEMS-BA- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia.
CPN- Centro de Parto Normal.
DGSP- Diretoria Geral de Saúde Pública.
EME- Emergência.
FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz.
HAC- Hospital Amigo da Criança.
HGE- Hospital Geral do Estado.
HGRS- Hospital Geral Roberto Santos.
IAPS- Institutos de Aposentadorias e Pensões.
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano.
LOS- Lei Orgânica da Saúde.
MS- Ministério da Saúde.
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde.
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
PHPN- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
PPV- Pacto Pela Vida.
RAS- Rede de atenção à Saúde.
RC- Rede Cegonha.
RDC- Resolução da Diretoria Colegiada.
REDA- Regime Especial de Direito Administrativo.
RENOSP- Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
SESAB- Secretaria da Saúde da Bahia.
SISPRENATAL- Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré-natal e ao Puerpério.
SIH/SUS- Sistema de Informação Hospitalares do SUS.
SUS- Sistema Único de Saúde.
TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido.
UTI- Unidade de Terapia Intensiva.
ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
OMS- Organização Mundial de Saúde.
ONU- Organização das Nações Unidas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES PARA SUA COMPREENSÃO	17
2.1 O que é trabalho: conceitos e definições	17
2.2 O processo de trabalho em saúde	20
2.3 Trabalho em equipe: equipes multiprofissionais	24
3 AGENDA DE SAÚDE PÚBLICA: O PROGRAMA REDE CEGONHA	28
3.1 A Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil	28
3.2 Políticas de Atenção ao Parto no Brasil	40
3.3 A Estratégia Rede Cegonha	47
3.3.1 A Rede Cegonha no Hospital Geral Roberto Santos	52
3.3.1.1. Caracterização do Hospital Geral Roberto Santos	54
3.3.1.2. Caracterização da Maternidade do HGRS	58
4 A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROGRAMA REDE CEGONHA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	59
4.1 Interdisciplinaridade: Algumas Considerações	60
4.2 Interdisciplinaridade e Saúde um campo em construção	64
4.3 O processo de trabalho interdisciplinar na equipe da Rede Cegonha	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76

APÊNDICE

ANEXO

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o atendimento á saúde do brasileiro sempre se baseou na visão curativa, imediatista e fragmentada, centrada na figura do médico. No entanto, com a ampliação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde- OMS; houve a requisição de outros profissionais para desempenham as ações que contemplam o conceito ampliado de saúde- Biopsicossocial-.

Nesse sentido tem-se discutido muito a pertinência do trabalho interdisciplinar nas equipes multiprofissionais de saúde, com vistas à ampliação de saberes e práticas sobre o cuidado. Com vistas a busca de praticas mais articuladas no processo de trabalho em saúde, para o alcance de seus objetivos.

As discussões em torno da interdisciplinaridade vêm se expandindo, para além do campo acadêmico, mas também se apresenta com força nas dinâmicas do mundo do trabalho, que requisita agora um trabalhador que desempenhe ações com foco a integração, à flexibilização e ao desenvolvimento de competências mais diversificadas e transversais e considera a necessidade da atuação interdisciplinar para a prestação de um cuidado integral e humanizado em saúde.

A integração das ações desempenhadas por distintas categorias profissionais envolvidas nos serviços de saúde, no que tange ao conjunto de objetos, saberes e práticas envolvidos no atendimento, tem se tornado um desafio, vivenciado diariamente pelos profissionais da saúde no cotidiano da pratica.

A construção de estratégias como a interdisciplinaridade tem vistas à busca de uma forma diferenciada no atendimento prestado aos usuários, o qual seja capaz de atender de forma satisfatória a cada sujeito. Juntamente com a minimização da hierarquia de poderes e saberes envolvidos na pratica de saúde que recaem na prestação do cuidado e na efetivação da prática.

Neste sentido, o trabalho que ora se apresenta tem como objetivo geral identificar os agentes que condicionam a interdisciplinaridade numa equipe multiprofissionais de saúde. no Hospital Geral Roberto Santos Como objetivos específicos elegemos: apreender como os profissionais concebem a interdisciplinaridade e se existe interação entre os profissionais que fazem parte do programa.

A motivação para a realização deste estudo se deve as observações de campo realizadas no desenvolvimento do estágio obrigatório I e II do curso de Serviço Social da

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), desenvolvido no programa de estágio curricular de Serviço Social do Hospital Geral Roberto Santos.

Como estagiária nesta instituição, e lotada na enfermaria da maternidade, observei ao longo do período de estágio uma dificuldade de articulação e integração das ações dos profissionais dessa equipe multiprofissional, o que me levou a vários questionamentos sobre o processo de trabalho em saúde e a concretização da interdisciplinaridade em saúde.

O referido trabalho é uma pesquisa orientada pelo método monográfico que “[...] parte do princípio de que o estudo de um caso em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros ou mesmo de todos os casos semelhantes [...]” (GIL, 1999, p. 35). No que concerne à natureza da pesquisa, esta se caracteriza por ser afluente da pesquisa qualitativa.

Pois, está procura compreender a fundo as manifestações existentes em determinados fenômenos, “através de suas crenças, valores, motivações e sentimentos, dentro de um contexto de significados” (GOLDENBERG, 2009). “Os dados qualitativos consistem em descrições, detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos” (idem, p. 53).

A pesquisa qualitativa ainda conforme as considerações de Minayo (2001) não se preocupam com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. “[...] A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (MINAYO, 2001, apud SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009, p. 14).

A pesquisa também se caracteriza como sendo um estudo de caso porque visa a compreensão de um determinado fenômeno num contexto particular. Segundo (GIL, 2007, p. 44), “o estudo de caso se caracteriza pelo estudo amplo e profundo do fenômeno de forma que permite seu amplo e detalhado conhecimento”.

Em consonância, Yin (2005, p. 32) compreende o estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Para Fonseca (2002) um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social, “visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico” (FONSECA, 2002, p. 33).

O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revela-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo de vista do investigador (idem, p. 33).

No que tange à operacionalização deste estudo, o mesmo foi norteado parte da, observação participante, e norteado pela revisão bibliográfica, pesquisa documental e a realização da pesquisa de campo com a utilização de questionário com questões abertas, visando à obtenção de seus objetivos gerais e específicos.

No primeiro momento foi realizada pesquisa bibliográfica que é considerada por alguns autores “o primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa; sua finalidade é conhecer as diferentes contribuições científicas sobre o assunto que se pretende estudar” (GONÇALVES, 2005, p. 58), ou seja, busca-se revisar a bibliografia existente sobre temática de interesse do pesquisador.

Portanto, a fim de construir a discussão em torno do objeto de pesquisa, fez-se necessário a realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema. A revisão de literatura é primordial para o alcance dos objetivos específicos da pesquisa, como define Noronha e Ferreira (2000); que os trabalhos de revisão como estudos que avaliam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecem uma visão geral ou um relatório do estado-da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm atenção na temática estudada.

Taylor e Procter (2001) pontuam a revisão de literatura como uma tomada de contas sobre o que foi publicado acerca de um tópico específico. Portanto, o objetivo dessa revisão de literatura foi subsidiar o debate em torno dos conceitos de trabalho, processo de trabalho em saúde e interdisciplinaridade.

No segundo momento foi realizada a pesquisa documental que em conformidade com Gil (2010, p.62-63), apresenta a pesquisa documental algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”, não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, “e o que as diferencia é a natureza das fontes sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa”.

Para Santos (2012, p. 61) “a análise documental é importante no âmbito da pesquisa qualitativa, não só porque os documentos são meios de fácil acesso e de baixo custo, mas principalmente pela informação que proporcionam”. Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizados dois grupos de documentos.

O primeiro grupo foi constituído por documentos disponibilizados no site do Ministério da saúde e da secretaria de saúde da Bahia que discriminam toda a trajetória e implantação do Programa Rede Cegonha no Brasil bem como a análise do surgimento da Política de Saúde e atenção ao parto, tais documentos são produzidos em consonância com a conjuntura política o que possibilita uma reflexão sobre a construção da trajetória da saúde no país.

Já a pesquisa de campo teve por objetivo coletar informações sobre o objeto em estudo. A pesquisa de campo “consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presumem relevantes, para analisá-los” (MARCONI e LAKATOS, 2007, p. 83).

Como técnica de coleta de dados foi utilizada os questionários que conforme Gil (1999); pode ser definido como uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, etc. É um instrumento de coleta de informações, utilizado numa sondagem, o autor aborda algumas vantagens do questionário sobre as demais técnicas de coleta de dados.

Como a possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo dispersas numa área geográfica muito extensa, implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treinamento de pesquisadores; garante o anonimato das respostas; e permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente; e não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado (GIL, 1999, p. 128/129).

Os sujeitos da investigação foram os profissionais de saúde de nível superior do quadro funcional da organização hospitalar e que fazem parte da equipe multiprofissional que atuam nos setores que compõem a maternidade: Ambulatório; Centro Obstétrico; Enfermaria-3º andar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI/NEO; Unidade de Terapia Semi Intensiva; Alojamento Canguru; assim como os profissionais gestores dessas unidades, campo desta investigação, que estavam em pleno exercício profissional e que aceitaram participar da pesquisa. O critério para definição dos sujeitos da pesquisa foi o de estarem ligados ao

Programa Rede Cegonha, e atuando em um dos setores que compõe o desenho da maternidade.

As categorias profissionais que participaram da entrevista foram: Assistentes Sociais; Enfermeiras, Médica, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionista. No total, participaram do estudo dezessete profissionais, o anonimato foi elemento preservado durante toda a pesquisa. Para tanto, os entrevistados passaram a ser identificados com as iniciais de suas profissões. Cada etapa dessa pesquisa foi conduzida a partir de critérios e de preceitos éticos emanados da Resolução n. 196/66 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto dessa investigação foi submetido ao crivo de um Comitê de Ética da Pesquisa (CEP).

Dos dezessete profissionais que participaram da pesquisa todos são do sexo feminino, confirmando o se vê nos corredores da instituição uma equipe majoritariamente feminina atuando em todas as categorias profissionais. As entrevistadas têm em média quarenta e dois anos de idade, tendo a profissional mais nova trinta e três anos, e mais velha cinquenta e três anos de idade, estas têm em média vinte e um anos de formadas e atuam no HGRS a cerca de dez anos, variando entre dois e sete anos as profissionais mais novas da instituição e mais antigas tem cerca de 20 anos de serviços prestados a unidade. Todas possuem vínculo de estatutárias e carga horaria de trabalho variada entre cento e vinte, cento e sessenta e oitenta, e duzentas e quarenta horas de trabalho mensal.

Os dados foram coletados através de questionário aberto, contendo cinco questões norteadoras que abordavam: o entendimento do grupo sobre a interdisciplinaridade se há interação entre os profissionais, a existência de desenvolvimento de ações interdisciplinares por parte da instituição e dos profissionais, e a contribuição destes para com as ações de cunho interdisciplinar.

Os resultados foram categorizados e analisados por meio da técnica de análise de temática fundamentada em Bardin (1977) que pode ser conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. E abrange as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

Os resultados do trabalho sinalizam que a equipe de saúde composta por profissionais de diversas categorias, conceituam a interdisciplinaridade como uma forma de trabalho em que exige a necessidade da interação, em prol de um objetivo comum, ou seja, diversos saberes a serviço de um único objeto. Entretanto, esse conhecimento não se efetiva durante o processo de trabalho da equipe como um todo, existindo práticas interdisciplinares em momentos específicos do processo de trabalho, mas que não permeiam todo o desenvolvimento de ações.

Essas questões podem ser explicadas pelo modelo biologicista e organicista das formações envolvidas neste processo de trabalho, que segmentam a visão do todo, interferindo em processos mais complexos, que exijam a articulação dos saberes. Outro fator importante que deve ser destacado é a centralização das decisões que impedem a participação da equipe nos espaços de construção, negociação e decisão do programa Rede Cegonha.

Vale salientar também, que relações de poder se estabelecem entre algumas categorias que se sobrepõem as outras no processo de trabalho, inviabilizando uma prática coletiva em prol da resolução de questões tão complexas como a da saúde.

Um ponto a ser destacado apontado pelos participantes da pesquisa diz respeito ao fato da precarização do sistema de saúde que tem proporcionado um excesso de trabalho, ocasionando desgastes nas relações de trabalho, onde os profissionais tem que desenvolver além das ações cotidianas, ações definidas pela gestão, que não foram pactuadas por toda equipe.

Para modificar essa realidade é preciso definir na maternidade do HGRS como um espaço na política de atenção materno infantil onde se ofertem ações de saúde especializadas, com tecnologias adequadas, cuidados articulados e integrais, visando a romper com práticas fragmentadas no atendimento dessa população, para tanto é necessário garantir recursos e investimentos.

Além disso, é necessário humanizar o processo de trabalho interdisciplinar nesta unidade de saúde, pois, diante da complexidade pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe multiprofissional de saúde, com o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupondo o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

O próximo capítulo tem o intuito de abordar o conceito da categoria analítica trabalho, com a perspectiva de demonstrar como o trabalho é considerado o componente fundante da sociedade e de suas relações sócio históricas, com o objetivo de destrinchar essas características até chegar ao aspecto de coletividade do trabalho para introduzir a discussão sobre o processo de trabalho em saúde e suas especificidades e por fim comentar o trabalho em equipe que faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde.

No terceiro discorre-se sobre as políticas públicas no Brasil, as quais costumam estar centralizadas e sujeitas as vontades políticas, de governos autoritários, elitistas e neoliberais, e a política de saúde não são diferentes, se pautam em aspectos campanhistas e imediatistas, que enfatizam um modelo de saúde centrada na figura do médico, desta forma este capítulo apresenta um resumo do percurso histórico da trajetória das políticas de saúde no Brasil, bem

como se desenvolve o programa Rede Cegonha nos hospitais públicos tomando por base a análise de observação do trabalho realizado no Hospital Geral Roberto Santos.

O último capítulo apresenta o conceito de interdisciplinaridade e suas distintas abordagens. Essa temática está presente na história do conhecimento, é interessante se fazer um resgate dessa história e de seus conceitos para uma melhor compreensão, o capítulo traz uma reflexão sobre a interdisciplinaridade na Saúde que é um dos objetos da pesquisa, buscando apresentar a perspectiva dos profissionais que atuam no programa sobre a interdisciplinaridade no cotidiano da prática profissional.

Salientasse ainda nesse último capítulo as conclusões do estudo, com base nos elementos identificados nos capítulos precedentes e apresentamos e nas considerações os aspectos e recomendações a cerca da problemática estudada. Foi relevante investigar de forma científica as angústias e contradições vividas no cotidiano das equipes multiprofissionais de saúde assim como as questões comuns ao processo de trabalho destas inseridas na realidade social, é mais do que legítimo; trata-se, antes de tudo, de um compromisso com a consolidação de uma política que vem passando por inúmeras crises.

2 TRABALHO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES HISTÓRICAS PARA SUA COMPREENSÃO

[...] Foi através do trabalho que de, grupos de primatas, surgiram os primeiros grupos humanos- numa espécie de salto que fez emergir um novo tipo de ser, distinto do ser natural (orgânico e inorgânico) o Ser Social. [...] Noutras palavras foi através do trabalho, [...] que grupos de primatas se transformaram em grupos humanos, foi através do trabalho que a humanidade se constitui como tal. Ou, se se quiser: o trabalho é fundante do ser social, precisamente porque é de ser social que falamos quando falamos de humanidade (sociedade) (NETTO e BRAZ, 2011, p. 44 – 47).

Este capítulo visa abordar a categoria analítica trabalho, buscando demonstrar como o trabalho é considerado o componente fundante da sociedade e de suas relações sócio-históricas, tecendo comentários sobre a relação entre o homem e o elemento natureza e a transformação que essa relação proporciona nesta interação, construindo a compreensão dos conceitos que permeiam toda a categoria trabalho, com o objetivo de desenvolver uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, e posteriormente refletirmos sobre o trabalho em equipe nas equipes multiprofissionais de saúde.

2.1 O que é trabalho? Conceitos e definições

O trabalho é o elemento estruturante da sociedade e faz parte do cotidiano diário de nossas vidas, constitui-se como o elo central e essencial do processo das relações sociais. Assim, pensar sobre o que é o trabalho e os conceitos que permeiam essa categoria¹ é fundamental para entendermos a estrutura social que nos cerca e, compreender como esses conceitos e fenômenos, decorrentes do trabalho, são essenciais e centrais nas relações humanas.

E em se tratando de categoria imprescindível para a humanidade, compreender seus vários significados e sentidos é crucial e decisivo para a sua apreensão e entendimento de sua influência direta em nossas relações interpessoais. Pois, como pondera Barroco (2008, p. 26)

¹ “As categorias expressam, portanto, formas e modos de existência e, com frequência, simples aspectos desta sociedade, deste sujeito; do ponto de vista científico, sua existência é anterior ao momento em que se começa a falar sobre elas como tal” (MARX, 1971, I: 43, apud BARROCO, 2008, p. 30).

“essa condição ontológico-social² ineliminável do trabalho, na (re)produção do ser social, dá a ele um caráter universal e sócio-histórico”.

Portanto, diante da concretização do trabalho na história, que o ser social se difere dos demais animais. O ser humano é dotado de consciência, mediante o ato de conceber previamente o desenho e a forma que querem dar ao objeto do seu trabalho, como afirma George Lukács (1978, p. 8), “o trabalho é um ato de pôr consciente e, portanto, pressupõe um conhecimento concreto, ainda que jamais perfeito, de determinadas finalidades e de determinados meios”.

O trabalho como pontua Marx (apud BARROCO, 2008, p. 26) é o fundamento ontológico-social do ser social, portanto essencial na vida humana porque é condição para sua existência social, “é ele que permite o desenvolvimento de mediações que instituem a diferencialidade do ser social em face de outros seres da natureza”.

Portanto, o trabalho se torna uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação³ do metabolismo entre o homem e natureza e, logo, da vida humana.

Marx e Engels, conforme aponta Matos (2013) foi quem pioneiramente nos apresentou a concepção de que o trabalho é o que funda as condições de existência material e espiritual do homem.

Na sua origem ao transformar a natureza para responder às suas necessidades, o homem também se transforma. Os nossos autores também refletem que esse processo criativo é subsumido no desenrolar da humanidade, especialmente com o capitalismo, pois esse sistema limita esse processo criativo, uma vez que o trabalho não é mais desenvolvido pelo homem para responder às suas próprias necessidades e, sim como venda da sua força de trabalho com vistas a garantir meios para sua sobrevivência. (MATOS, 2013, p. 20)

Diante das considerações Matos (2013), o trabalho além de promover a sociabilidade, também, garante a sobrevivência dos indivíduos, além de ser um mecanismo utilizado pelo capitalismo na acumulação do capital. Ocasionalmente, assim, conforme pondera Antunes

² “Quando nesse contexto, atribuímos ao trabalho e às suas consequências – imediatas e mediatas- uma prioridade com relação a outras formas de atividade, isso deve ser entendido num sentido puramente ontológico, ou seja, o trabalho é antes de mais nada, em termos genéticos, o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo” (LUKÁCS, 1979, p. 87).

³ “As mediações, capacidades essenciais postas em movimento através de sua atividade vital, não são dadas a ele; são conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho. São elas: a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade” (BARROCO, 2008, p. 26).

(2013) a transformação tanto da natureza que o cerca, tanto quanto a do indivíduo em si que exerce o trabalho e das suas relações com os demais, “[...] ao mesmo tempo em que os indivíduos transformam a natureza⁴ externa, têm também alterada sua própria natureza humana, num processo de transformação recíproca que converte o trabalho social num elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana” (ANTUNES, 2013, p. 8).

O trabalho possui diversas abordagens como a de Liedke (1997, p. 268) que considera o trabalho uma categoria abstrata, podendo ser compreendido “estritamente como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos, animais, máquinas ou mesmo objetos movidos por força de inércia”.

A energia colocada em movimento, o trabalho, conforme Liedke (1997, p. 269) “tem por resultado a transformação dos elementos em estado de natureza ou, ainda, a produção, manutenção e modificação de bens e serviços, necessários a sobrevivência humana”. Nesse sentido, há ainda a afirmação de que o trabalho tem como resultado e finalidade a transformação do objeto, meio e situação a ele submetido.

Diante disso, o processo de satisfação das necessidades humanas, é uma condição necessária para que a vida humana se reproduza, é, então, um processo de transformação. Como sinaliza Ramos (2007) “transformação essa, primeiramente, da própria natureza- que se torna cada vez mais ‘humanizada’ – e do próprio ser humano” (p. 30).

Nas considerações de Netto e Braz (2011) assim como nas de Ramos (2007) o trabalho e o meio de satisfação⁵ das necessidades básica dos indivíduos, num processo de transformação constante. Para os referidos atores; “O trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos seus sujeitos, numa interação que pode ser caracterizado como o metabolismo entre sociedade e natureza”. Conforme as considerações destes no trabalho implica mais que a relação sociedade/ natureza. Há uma nítida implicação de interação no marco da própria sociedade, afetando significativamente os indivíduos e a sua estrutura de organização.

⁴ “Por natureza entendemos o conjunto dos seres que conhecemos no nosso universo, seres que precederam o surgimento dos primeiros grupos humanos e continuaram a existir e a se desenvolver depois desse surgimento. Ela se compõe de seres que podem ser agrupados em dois grandes níveis: aqueles que não dispõem da propriedade de se reproduzir (a natureza inorgânica) e aqueles que possuem essa propriedade, os seres vivos, vegetais e animais (a natureza orgânica). A distinção entre os níveis inorgânicos e orgânico, contudo, não significa a existência de uma, “dupla natureza” – de fato, a natureza é uma unidade, articulando seus diferentes níveis numa totalidade complexa (NETTO e BRAZ, 2011, p. 45).

⁵ “[...] a satisfação material das necessidades dos homens e mulheres que constituem a sociedade – obtêm-se numa interação com a natureza: a sociedade, através dos seus membros (homens e mulheres), transforma matéria naturais em produtos que atendem às suas necessidades. Essa transformação é realizada através da atividade a que denominamos trabalho” (NETTO e BRAZ, 2011, p. 40).

Através do trabalho o homem se afirma não apenas como um ser pensante, mas como aquele que age consciente e racionalmente. O trabalho opera mudanças na matéria, no objeto, mas também no sujeito, ou seja, no próprio homem, pois, lhe possibilita descobrir novas capacidades e qualidades (MARX, 2012, apud MATOS, 2013 p. 26).

Portanto o trabalho pode ser considerado um aspecto primordial dentro do processo de trabalho, que proporciona a sociabilidade, transformando a realidade e produzindo um mundo histórico-social, os humanos interagem entre si e com a natureza, e tendem a influir aos outros, buscando produzir finalidades individuais e coletivas.

2.2 O processo histórico do trabalho em saúde

Mediante as considerações sobre os aspectos que caracterizam o trabalho, podemos considerar que o processo de trabalho consiste na transformação de necessidades sociais, que estão em sua origem e, incorrem em diversos outros processos de trabalho, cada qual correspondendo a uma necessidade ou um conjunto específico de necessidades. Peduzzi (2007, p. 22) sublinha que a finalidade do processo de trabalho “refere-se a seu caráter teleológico, ou seja, diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho”. Nesse sentido a autora pondera que,

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’, diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ (PEDUZZI, 2006, p. 2001).

Portanto, afirma ainda a autora, que o processo de trabalho incide em ação dirigida a um fim dado a priori e que configura a intencionalidade e a racionalidade que orienta, presente no projeto que preside e acompanha intrinsecamente o exercício cotidiano do trabalho no qual o trabalhador executa seu respectivo processo de trabalho. O autor Mendes Gonçalves (1992) em seus estudos, analisa a teoria marxista⁶ do trabalho ao campo da Saúde,

⁶ “Segundo Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está

e ressalta quatro elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, sendo eles: o objeto do trabalho⁷, os instrumentos, a finalidade e os agentes, asseverando que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não de maneira separada, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) analisa, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI, 2006, p. 200).

Conforme os estudos desse autor, as necessidades não são naturais, ou independentes da ação humana, disponíveis na natureza à espera de serem descobertas, mas, sim, constituídas no bojo da historicidade e da sociabilidade humanas. “Portanto, não são fixas, mas variam de acordo com as variações sócio históricas, que incluem os processos de trabalho que lhes correspondem” (MENDES GONÇALVES, 1992, apud PEDUZZI, 2007, p. 22).

Já as considerações encontradas nos estudos de autores como Braverman (1981); Mils (1979); Offe⁸ (1991); Pires (1994, 1998, 2000), colaboram para a compreensão do processo de trabalho em saúde como parte integrante do setor de serviços com o qual tem identidade,

subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação” (GONÇALVES, 1992, p. 2).

⁷ “O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. [...] Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto de trabalho” (MARX, 1994, apud PEDUZZI, 2007 p. 39).

⁸ Para Offe (1991), as sociedades ocidentais, a partir das últimas décadas do século XX, têm sido chamadas de sociedades de serviços, dado o importante aumento destes. Uma característica distintiva dos serviços é a dificuldade de planejamento em relação ao custo/benefício, uma vez que muitos deles necessitam estar à disposição da sociedade e há incerteza de quando as necessidades serão demandadas, como é o caso dos serviços de atenção à saúde, dos serviços de proteção e os de consumo em redes comerciais. Há incerteza em relação ao volume, ao tipo, ao momento e em relação às necessidades do cliente. Isso faz com que o planejamento conte com dados menos precisos do que na produção material. Esse mesmo autor destaca ainda que, diferentemente do setor da produção material industrial, onde produtos não rentáveis podem deixar de serem fabricados, muitos serviços não podem parar mesmo instituições que não são rentáveis economicamente, como é o caso dos serviços de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 439- 440).

mas também apresenta especificidades que instigam estudos com mais profundidade para a sua compreensão diante da complexidade de seu desenvolvimento.

Os estudos desses autores consideram o trabalho em saúde, como sendo um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, apresenta, a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista⁹ de organização e gestão do trabalho.

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços. Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, etc. Para aumentar a produtividade, expande-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 439).

Assim também pondera Pires (2000) em seus estudos, que trabalho na saúde é essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços, “é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (PIRES, 2000, p. 85).

Ainda conforme as ponderações da autora, em sua maioria esse processo de trabalho é coletivo, sendo realizado por uma gama de diversos profissionais que compõem a área de saúde e distintos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Abrange e envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como aspectos do trabalho profissional do tipo artesanal.

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo que dominam o

⁹A administração científica de Taylor (1995) visava racionalizar a organização do trabalho, o que envolveu buscar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes. Pela observação, pela descrição e pela medição, seria possível simplificar as operações, eliminar os movimentos desnecessários, lentos e ineficientes e encontrar “o modo melhor”, o movimento certo e mais rápido em todos os ofícios. Embora a cronometragem já houvesse sido utilizada para coordenar e acelerar o trabalho, com Taylor, o estudo do tempo, associado ao estudo dos movimentos, levou à busca do único e melhor método de execução como norma a ser seguida permanentemente pela empresa (MERLO, LAPIS, 2007, p. 62).

processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia ,etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional (PIRES, 2000, p. 89).

Para Merhy (1997, 2002), existe uma micropolítica no processo de trabalho em saúde. A autora destaca a diferença entre trabalho vivo e trabalho morto, instituinte e instituído. Neste sentido, o trabalho vivo em ato, com sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos aos atos produtivos em saúde, com base nas tecnologias ditas leves, é considerado o lugar central da transição tecnológica, sobretudo no que se refere ao ato de cuidar dos processos produtivos em saúde (MERHY, 2002 e MERHY, FRANCO, 2006).

Já as ponderações de Schraiber (1997), evidenciam duas dimensões do processo de trabalho em saúde, ação produtiva e interação social que permite um duplo movimento, contemplando aspectos tanto macrossociais, “com suas estruturas cristalizadas e permanentes por um dado período e configuração histórica da sociedade, quanto microssociais, dos sujeitos- trabalhador- usuário e trabalhador- trabalhador e de sua dinâmica de interação” (SCHRAIBER, 1997, p. 33).

Nesse sentido, vale resgatar a concepção do processo de trabalho como processo de transformação de necessidades humanas e sociais que produz bens e serviços e, simultânea e imediaticidade. Só através da interação humana, das relações entre trabalhadores e entre trabalhador e usuário, os trabalhadores se inserem nos processos de trabalho e, ao mesmo tempo, geram produtos, reproduzem as relações sociais e reproduzem a si próprios como trabalhadores e sujeitos sociais (GONÇALVES, 1992, SCHRAIBER et al., 1999, 34).

Outro aspecto marcante do processo de trabalho em saúde e o trabalho em equipe que decorre das características do trabalho coletivo, para Peduzzi (2007) o trabalho em equipe é dinâmico e tem plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Nesse sentido, a equipe multiprofissional pode ser compreendida como uma modalidade de trabalho coletivo, onde existe uma relação recíproca entre os diversos saberes, as múltiplas intervenções técnicas, interação e cooperação entre os diversos profissionais, através da comunicação.

2.3 Trabalho em equipe: equipes multiprofissionais de saúde

As mudanças vividas nas políticas de saúde, e nos modelos assistenciais bem como nas políticas de recursos humanos, na área de saúde, influenciaram o desenvolvimento da concepção de trabalho em equipe requisitando assim, a inserção de diversos profissionais de saberes distintos para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Como sinaliza Bravo e Matos (2012), que além das condições gerais de ampliação profissional na saúde deve-se também ao novo conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS¹⁰), em 1948, “[...] enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor” (p. 29).

Os estudos de Peduzzi¹¹ (1998 e 2001) conceitua trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas.

Já as considerações de Campos (1999), ressaltam que as equipes não se processam pela simples presença das diversas categorias profissionais, mas sim pela interação efetiva das distintas disciplinas e saberes, agindo como elemento integrador de seus membros. Para Fortuna et al. (2005, p. 264), “[...] o trabalho em equipe é uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”

Conforme Pinho (2006), em suas análises sobre o trabalho em equipe, aponta este como estratégia de promoção de novas visões do trabalho, no sentido de equacionar processos em que cada membro possa dimensionar suas ações, avaliando sempre sua participação enquanto integrante da equipe e priorizando a comunicação para uma avaliação contínua do trabalho. Silva e Santos (2012) ressaltam que o trabalho em saúde está imerso no setor terciário da economia, e este se diferencia dos demais, pelo fato de lidar direta ou indiretamente com a vida

¹⁰ O esforço de cooperação internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial deu origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organizações Nações Unidas (ONU). Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como “um complemento estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007, p. 57).

¹¹ No campo da saúde o ‘trabalho em equipe’ emerge em um contexto formado por três vertentes: 1) a noção de integração, que constitui um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura implantados nos anos 70; 2) As mudanças da abordagem de saúde e de doença que transitam entre concepções da unicausalidade e da multicausalidade; 3) As conseqüentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias (PEDUZZI, 2006. p. 271).

humana nas mais diversas situações, e, nesse sentido reforçam os autores que, qualquer falha pode incorrer em fragilidades graves ou em erros fatais.

Outra característica do trabalho em saúde apontado por Leopardi (1999) e Pires (2000), citado por Calomé (2005) é que o seu desenvolvimento acontece, principalmente, a partir da presença de diversas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde. Isso ocorre porque a expectativa desse trabalho parte da visão de que é preciso atender não apenas às necessidades individuais de um único paciente, mas sim às necessidades de uma coletividade. Constituindo-se, portanto numa prática de trabalho coletivo (SILVA, SANTOS, 2012, p. 156).

A importância do trabalho em equipe na saúde averigua-se, no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde humana, uma vez que estas necessidades nem sempre podem ser atendidas por um único especialista nem tampouco individualmente. Para Peduzzi (2001), a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde.

Ainda dentro desse processo, Pinho (2006, p. 71) destaca que, quando se trata da formação de equipes na área de saúde, são apontadas algumas especificidades: “[...] dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e falta de confiança inter e multidisciplinar fruto de relações de poder entre as profissões”. Para Schraiber *et al.* (1999 apud SILVA, SANTOS, 2012, p. 156), “o trabalho em equipe na saúde é aquele realizado levando-se em consideração não apenas as especificidades de cada saber técnico, mas sim o que produz consensos para atender à necessidade específica de cada paciente”.

Nesse sentido, Peduzzi (2001) e Schraiber *et al.* (1999) ressaltam que o trabalho em equipe não pretende desconsiderar as especificidades dos trabalhos, pelo contrário, esse trabalho precisa ser compartilhado e as diferenças técnicas devem ser entendidas como fator facilitador para a divisão do trabalho com vista à qualidade dos serviços prestados. Sobre esse aspecto, Schraiber *et al.* (1999) afirmam que o trabalho em equipe é o que se compartilha, negociando as distintas necessidades de decisões técnicas. Devendo para tanto, considerar as bases distintas de julgamento e a tomada de decisões dos profissionais quanto aos cuidados que serão prestados pela equipe (SILVA, SANTOS, 2012, p. 157).

Nas ponderações de Ribeiro, Pires e Blank (2004) o trabalho em equipe pode ser entendido de modo integrado, o que significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizado a participação deste na produção de cuidados; “é construir consensos quanto aos objetivos e

resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los” (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004, p. 444).

Significa, também, conforme os autores utilizar-se da interação entre agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica. O trabalho em equipe como sublinha Schraiber e Peduzzi (1999) é um o trabalho que se partilha, “negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamento e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar” (SCHRAIBER, L. B; PEDUZZI, 1999, p. 233).

Pires (2000) defende a posição de que,

É preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do locus do trabalho com deformidade (PIRES, 2000, p. 91).

Nas análises de Schairber *et al.* (1999), a articulação das ações visa alinhar as diversas formas de executar o trabalho, próprio de cada especialidade, uma vez que cada uma delas tem suas especificações, atuações e seus saberes. No entanto nos estudos de Peduzzi (2001, 1998)¹² ressalta-se a presença de duas modalidades de trabalho no interior das equipes. A equipe agrupamento, em que conforme os estudos da autora ocorrem à justaposição das ações e o agrupamento de agentes. E a equipe integração, em que de acordo com as análises desta ocorre à articulação das ações e a interação dos agentes.

Para a autora a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde que emerge como modalidade de trabalho coletivo, traz a tipologia de trabalho em equipe, definida por Peduzzi (2001, 1998) como equipe agrupamento e equipe integração e como se configura a relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes. Os estudos e análises

¹² O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será prática de arguição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas mas, sobretudo, um horizonte ético. (PEDUZZI, 2001, p. 108).

da autora se fundamenta em Marx e Habermas, para estudar a equipe multiprofissional em saúde, ou seja, na dialética do trabalho e da interação.

Ainda baseado no conceito de equipe trazido por Peduzzi (1998) quanto à interação dos agentes, ela ressalta que esse conceito vai além da conexão dos saberes e de conhecimentos trazidos por cada membro, à autora pressupõe uma forma de comunicar-se na qual a equipe agregue valores e interesses. Nesse sentido pontua a autora que,

[...] o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998 apud PEDUZZI, 2001, p. 108).

O trabalho em equipe na saúde desenvolvido pela equipe multiprofissional pode ser compreendido para além de um trabalho técnico e hierarquizado. Há que se entender que este é um trabalho social entre os trabalhadores com a necessidade de ser horizontal e flexível entres os distintos saberes da área. Possibilitando dessa maneira, autonomia e criatividade proporcionando aos profissionais uma maior integração e interação no desempenho de suas atividades.

A integração das ações é o maior desafio que tem se colocado ao trabalho em equipe, pois se está interação e integração de ações não ocorrem, corre-se o risco de recair em práticas desumanas, fragmentadas e centradas no biológico, com uma imensa fragmentação de ações e desigual divisão e valorização dos distintos trabalhos. Para a construção de um trabalho em equipe de qualidade que contemple o conceito ampliado em saúde é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre os próprios trabalhadores e, entre esses e os usuários.

3 AGENDA DE SAÚDE PÚBLICA¹³: O PROGRAMA REDE CEGONHA

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integradas às políticas públicas governamentais (ORDACGY, 2007, p. 4).

As políticas públicas no Brasil, sempre se pautaram pela centralização das ações, sujeitas a vontades políticas, de governos autoritários, eletistas e neoliberais. Não diferente com a política de saúde está sempre se pautou em aspectos pontuais de características campanhistas, a ênfase sempre esteve voltada para um modelo de saúde centrada na figura do médico e hospitalocêntrico.

Neste sentido, este capítulo vem apresentar um resumo do percurso histórico da trajetória das políticas de saúde no Brasil, perpassando pelos programas de atenção ao parto, e o desenvolvimento do programa Rede Cegonha nos hospitais públicos, tomando por base a análise de observação do trabalho realizado no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS).

3.1 A Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil

A proteção social no Brasil é assegurada pela Constituição Federal (CF) de 1998 e agrega três grandes políticas que são conhecidas como o alicerce da seguridade social¹⁴, englobando as políticas de previdência, saúde e assistência social. No que concerne à política de saúde, à garantia do direito à saúde e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente todos e de forma igualitária; configurou-se muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal. A então conhecida “Constituição Cidadã” que foi um

¹³ “A agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Ela pode tomar forma de um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário ou, ainda, de uma simples lista de assuntos que o comitê editorial de um jornal entende como importantes. (...) Agenda política: também conhecida como agenda sistêmica, é o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública” (SECCHI, 2006, p.50).

¹⁴ A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. (Art. 1º da LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991).

marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado na área da Saúde Pública.

A Constituição Federal passou a definir o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo ficou definido a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

A Política de Saúde está assentada em requisitos legais como os da Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹⁵, que institui o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. “Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990). E numa lógica não contributiva de proteção social.

A consolidação da Política de Saúde vem efetivando-se por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), construído de forma descentralizado e participativo, pelo menos em termos intencionais e legais, envolvendo a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Trata-se de uma evolução no sentido da responsabilização estatal pela universalização na garantia de direitos de cidadania e saúde, por meio da oferta de serviços e equipamentos que visam à ampliação da oferta pública da proteção social enquanto direito do cidadão e dever estatal.

Até chegar a essa configuração atual, a política de saúde passou por um longo percurso histórico como sublinha Baptista (2007) que a história das políticas de saúde no Brasil está inscrita num contexto maior da própria história do país como Estado-Nação. As primeiras ações de saúde pública esboçadas e implementadas, segundo a autora partiram dos governantes e foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil

¹⁵ A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários.

(1808) com real interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios¹⁶.

Pontua a autora que até a vinda da família real, o assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um, “a população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeiramente ou fisicamente” (BAPTISTA, 2007, p. 32).

A chegada da família real para o Brasil representou e possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional.

Foi assim que, no mesmo ano da chegada da família ao Brasil (1808), foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, localizada em Salvador/Bahia, com vistas à institucionalização de programas de ensino e à normalização da prática médica em conformidade aos moldes europeus (BAPTISTA, 2007, p. 32).

Nesse período, as primeiras práticas de saúde pública no Brasil eram calçadas em intervenções na corrente de pensamento do sanitarismo, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos (ROSEN, 1994 apud FARIAS JUNIOR, 1999). Essas medidas eram promovidas pontualmente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época.

Com a proclamação da República em 1889¹⁷ iniciou-se um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. Conforme as considerações dos autores Lima, Fonseca e Hochman (2005 apud BAPTISTA, 2007) as

¹⁶ Assim, as primeiras ações de saúde pública (políticas de saúde) que surgiram no mundo e que também passaram a ser implementadas no Brasil colônia voltaram-se especialmente para: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena . afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula ., principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente (BAPTISTA, 2007, p. 33).

¹⁷ Com a proclamação da república elaborou-se a Constituição que assinalava a predominância dos grandes Estados nas decisões nacionais. Assim, o poder centralizou-se nos Estados produtores de café da região centro-sul, instalando-se a política do “café com leite”. Essa Constituição incorporou a saúde como uma área de âmbito estatal estabelecendo sua estrutura e locais de atuação (IYDA, 1994, apud BERTOLOZZI, e GRECO, 1996, p. 382).

políticas de saúde recebem ainda mais espaço nesse contexto, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório. No entanto continuaram com o seu perfil sanitaria oriundo do período colonial trazido pela corte Portuguesa ao se transferir para o Brasil, popularizando-se nas ações de Oswaldo Cruz.

Mas uma vez, a busca por recursos de melhorias e atenção a saúde da população está ligado diretamente ao trabalho, pois era necessário garantir a saúde da mão-de-obra e trabalho adequado nas a lavoura do café e em toda a base de armazenamento e exportação, dependentes do trabalho assalariado, que necessitava cada vez mais de mão-de-obra, e as doenças e epidemias que se espalhava, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicando o crescimento da economia.

No período da primeira republica compreendido de 1889 a 1930 houve significativas mudanças no âmbito da saúde, foram criados e implementados neste período os serviços e programas de saúde pública em nível nacional, como os propostos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil.

Em paralelo, adotou o modelo das “campanhas sanitárias”, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Modelo este, inspirado em práticas americanas, mas importado de Cuba, que segundo as considerações Luz (1998) tomou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral.

Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. Na Primeira República, em torno desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. Por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas decresceu, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, quando esse modelo atingiu seu auge em termos de autoridade (LUZ, 1998, p. 79).

Em 1904¹⁸, o sanitarista Oswaldo Cruz recomenda um código sanitário¹⁹ que estabelece a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações avaliadas como prejudiciais à saúde pública, e a notificação constante dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária.

Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985; COC, 1995 apud BAPTISTA, 2007, p. 33).

Foi no decorrer da Primeira República, que o movimento sanitarista trouxe à tona no cenário nacional a situação de Saúde como uma “questão social” e política. Foram dessa época, os primeiros encontros dos sanitaristas que protestavam por saídas mais eficientes no que se dirigia e atingia às questões de saúde.

O movimento sanitário também foi responsável por difundir a necessidade da “educação sanitária” “como uma estratégia para a promoção da saúde e o conteúdo dos discursos era permeado por uma intensa fermentação de ordem liberal” (BRAGA; PAULA, 1987, BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383).

Mas o fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social (BAPTISTA, 2007, p. 35).

Ainda da década de 1920, as revoltas populares e os diversos movimentos anarquistas e comunistas exerciam enorme pressão no governo por ações mais efetivas por parte do Estado no que cernia a saúde, e foi por causa desses movimentos que o então Eloy Chaves,

¹⁸ “No governo de Rodrigues Alves desencadearam-se ações que tiveram como vertente a chamada “Higienização”. Através da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política. Como por exemplo, pode-se verificar a lei de vacinação e re-vacinação contra varíola, no ano de 1904, processo que gerou uma série de revoltas no âmbito da população civil contra o sentido militar imputado à campanha (IYDA, 1994 apud BERTOLOZZI, e GRECO, 1996, p. 390).

¹⁹ “O código sanitário foi considerado por alguns como um código de torturas dada a extrema rigidez das ações propostas. A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso próprio para se isolar em fazendas distantes e pagar médicos próprios, era enviada aos hospitais gerais, conhecidos no período como matadouros, ou simplesmente isolada do convívio social, sem qualquer tratamento específico, o que significava a sentença de morte para a grande maioria, uma prática que causou revolta e pânico na população. O isolamento dos doentes e o tratamento oferecido nos hospitais eram o maior temor do período. Além disso, a ignorância da população sobre o mecanismo de atuação da vacina no organismo humano associada ao medo de se tornar objeto de experimentação pelos cientistas e atender interesses políticos dos governantes fez com que surgissem reações de grupos organizados (COSTA, 1985 apud BAPTISTA, 2007, p. 34).

deputado estadual de São Paulo, propôs a lei que regulamentava a formação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS)²⁰.

Baptista (2007) sublinha que;

[...] apesar de o Estado não ter definido um sistema de proteção abrangente e de se ter mantido à parte dessa forma de organização privada, restringindo-se a legalizá-la e a controlá-la a distância, esse modelo serviu de base para a constituição de um primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro, que se definiu a partir dos anos 30 no contexto do governo de Getúlio Vargas (BAPTISTA, 2007, p. 36).

No período populista compreendido pelas décadas de 1930 a 1950, conhecido também como Estado Novo, apresenta-se uma cenário e uma conjuntura de ascendência e hegemonia do governo, ressalta-se neste período a criação dos institutos de seguridade social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)²¹ com base nas antigas CAPs e, também, organizados por categorias profissionais. Para Luz (1991), o caráter de presente nas formas de ofertas de saúde pública foram sempre carregadas de clientelismo²² em especial na Era Vargas, que também apresentava um características de cooptação dos sindicatos.

Sublinha ainda esta autora, que se pode observar nos desenhos de saúde pública deste período categorias como o centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, clientelismo, populismo e paternalismo, que estavam ao lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica.

Apona a autora que estes traços, moldados, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e, portanto, agregam a própria ordem política que se constituiu

²⁰ As CAPS eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa, esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas, sua atuação restringia-se à legalização de uma organização, que já se vinha dando de maneira informal desde a década de 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985 RONCALLI, 2006, p. 31).

²¹ Estes institutos foram instituídos por Getúlio Vargas ao longo da década de 1930, favorecendo as camadas de trabalhadores *urbanos* mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras de então (LUZ, 1991, p. 79).

²² O clientelismo também se baseou no atrelamento dos sindicatos e dos institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como da participação e gestão nesses dois tipos de organização social. Sobretudo no Estado Novo (1937-1945), Vargas pôde dominar politicamente os IAPs, cujas direções, que reuniam representantes de patrões e empregados, eram formadas sob controle estatal. Mais tarde, no período pós-45, o atrelamento estatal dos sindicatos e institutos estendeu-se ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) (LUZ, 1991, p. 80).

nesse período, “é o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder” (LUZ, 1991, p. 80).

Os anos 50²³ no Brasil foram marcados pelo desenvolvimentismo pregado por Juscelino Kubitschek, e assim como nos demais nas políticas do país, a política de saúde também sofreu severas contribuições tecnologistas proporcionada pelo desenvolvimento do então presidente. Esse período ficou notório pela tentativa de implante de um projeto nacional de desenvolvimento econômico que buscava a modernidade já empregada em outro país, integrado à ordem capitalista industrial.

Foi nessa década, que significativas mudanças ocorreram no sistema de proteção à saúde. O processo acelerado de industrialização do país determinou uma nova dinâmica na economia. Anterior a este processo, o Brasil tinha sua economia determinada pela agricultura, mas, foi com o processo de industrialização, que os grandes centros urbanos passaram a ser o alvo da economia, da política de desenvolvimento do governo da época o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993).

Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes. Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde. O modelo de saúde que passa a se definir baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada também seguia uma tendência mundial, fruto do conhecimento obtido pela ciência médica no pós-guerra (BAPTISTA, 2007, p. 39).

O que houve na prática nesse período do Brasil, os conclamados anos 50 do desenvolvimento, apenas promoveu a manutenção da lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e do outro o sistema previdenciário que não se complementavam, pois apresentavam políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos.

Conforme as considerações de Baptista (2007) existia apenas uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de

²³ No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem-estar social, mas ganhou espaço a ideologia desenvolvimentista que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento, este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública. (BAPTISTA, 2007, p. 39- 40).

saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Com o golpe militar de 1964, surge uma nova forma de organização do Estado que trouxe consigo também, mudanças para o sistema sanitário brasileiro, entre estas mudanças destacam-se a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado. O período que compreende os vinte anos de ditadura militar, foi cortado por algumas conjunturas específicas, sobretudo no que tange às políticas de saúde, o que se viu nesse período da história brasileira foi à expansão e consolidação do complexo médico-empresarial.

Durante o período denominado de “milagre”²⁴ se constituiu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Houve uma reorganização dos traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista, “a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país” (LUZ, 1991, p. 82).

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da previdência social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991, p. 84).

²⁴ Um elemento favoreceu essa síntese criada pelo autoritarismo típico da fase do 'milagre'. É que, no nível político, essa conjuntura foi de fato a mais dura vivida pela nação em tempos de República. Ela foi marcada pelos atos institucionais e por outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como ao controle do exercício dos poderes Legislativo e Judiciário. Essa conjuntura se caracterizou também por uma vontade política arbitrária, concentrada num Poder Executivo avesso a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil (LUZ, 1991, p. 82-83).

A autora ressalta que as consequências que já eram esperadas diante dos fatos que ocorriam na sociedade fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde da ditadura. Surgiram então nessa época, os primeiros movimentos sociais. Os movimentos sociais²⁵ de contestação segundo Luz (1991, p. 85), “cresceram em número e intensidade na luta saúde, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde”.

Os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime. [...] A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991, p. 85-86).

A década de 1980 a chamada “Nova República”²⁶, se inicia com o clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional, sublinha Baptista (2007). Segundo a autora a área social, em especial, a previdência social vivia uma profunda crise, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No que concerne à saúde a autora pondera, que o movimento de “Reforma Sanitária que construiu propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse

²⁵ “Finalmente, movimentos sociais comunitários – compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos progressistas – denunciavam às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário. Novamente assistimos, como no início dos anos 60, a um intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e de saúde. Em 1982, quando ocorreram as primeiras eleições livres para o Congresso e Assembleias Legislativas em vinte anos, muitos deputados estaduais ou federais se elegeram com programas centrados nas questões de saúde, tema obrigatório dos programas dos candidatos aos governados estaduais naquele mesmo ano” (LUZ, 1991, p. 87- 88).

²⁶ “Esse período foi marcado inicialmente por uma grande movimentação em prol das eleições diretas para a Presidência. Com a reorganização das forças políticas, surgiu a Aliança Democrática, que impediu as eleições diretas, e elegeu através da câmara, um novo Presidente- Tancredo Neves e, como seu vice, José Ribamar Sarney. Com a morte precoce de Tancredo, José Ribamar Sarney assumiu o posto presidencial, tendo início a chamada “Nova República”. Na tentativa de conter a grande crise inflacionária vivenciada pelo país, foram propostos vários planos econômicos, que pouco transformaram a realidade econômica e social da nação, ainda privilegiando os setores mais ricos, em detrimento da maciça população brasileira” (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 391).

com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado” (BAPTISTA, 2007, p. 45).

Com o começo desse período, o início desse novo governo considerado pela literatura como “transição”, desencadeou-se no setor saúde, distintas medidas que tinham o foco de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público. Como ressalta as considerações de Bertolozzi e Greco (1996),

O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em decorrência desse processo, em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde. Ao contrário das Conferências de Saúde que haviam sido convocadas até então, e que discutiam questões de caráter essencialmente técnico. A VIII inovou, no que toca escolha da temática – Direito Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento, Participação da sociedade civil e ao processo preparatório que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BRASIL, 1986 apud BERTOLOZZI e GRECO 1996, p. 391- 392).

Os debates travados pela VIII Conferência Nacional de Saúde trouxeram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando significativamente a história da saúde no Brasil. Definiu-se com isso, o Programa para a Reforma Sanitária. A VIII conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde (BERTOLOZZI, GRECO, 1996).

Segundo Teixeira (2011), o SUS pode ser apreendido, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada, reafirmada em 1988, na chamada Constituição Cidadã, de considerar a saúde como um “direito de cidadania e dever do Estado”. Para a autora, esse processo deve ser compreendido como um resultado da ampla participação e mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, e revela a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado estado de Bem-Estar-Social (*Welfare State*²⁷), “que se contrapõe à perspectiva liberal e neoliberal,

²⁷ “A definição de *welfare state* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. (...)O Estado de bem-estar, posterior à década de 1950, pode ser considerado uma concepção mais avançada dos chamados "serviços sociais" que foram promovidos, por exemplo, em países como a Alemanha de Bismarck no século

que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população” (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à Saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

É preciso, portanto, salienta a autora entender o significado disso para o Brasil, uma sociedade capitalista e periférica, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da política, em suma, da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre estatal- público- privado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

Dessa forma, ao demonstrar claramente o texto constitucional é que a concepção do SUS baseia-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem estar social, especialmente no que concerne a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da

XIX, durante período de intensa industrialização. Convém lembrar que, nesse século, a Alemanha tinha como uma de suas estratégias de projeto político o desenvolvimento de uma ciência administrativa do Estado. Isso ficou sob a responsabilidade dos cameralistas que, entre fins do século XVI e final do século XVIII, promoveram a fusão articulada da "ciência da administração, da economia, das finanças, das técnicas agrárias e manufatureiras" (Braga, 1999). Tal fusão tinha por objetivo a criação de uma nova ciência do Estado. Com esses "ingredientes", a Alemanha, que se integrou em torno da Prússia no mesmo período que predominou a ideologia cameralista, ergueu-se como um dos principais Estados europeus com uma forma particular de Estado, que pode ser sintetizado na adoção de uma estratégia de "política de potência e de bem-estar". Para a Alemanha, "promover o bem-estar implicava orientar a economia, praticar o mercantilismo, gerir eficientemente os impostos, intervir com os instrumentos apropriados, técnicos, administradores e experts setoriais" (Braga, 1999:194-195) (GOMES, 2006, p. 202-203).

cidadania. Ao longo do ano de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS.

A trajetória das políticas de saúde no Brasil demonstra o qual fragmentada e focalizado se desenvolveu a atenção à saúde da população. Não diferente a atenção à saúde da mulher e da criança²⁸ e do binômio mãe-filho (materno infantil) no país também se mostra despedaçada. Somente a partir no século XX, sucedem mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido com a criação de instituições de assistência pública. Passaram a existir os consultórios de higiene infantil, onde enfermeiras orientavam as mães quando aos cuidados pré-natais, durante o parto e os cuidados com os filhos.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011, p. 15).

Pontua Silva (2005, p. 586) que: houve uma modificação em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias para a sobrevivência de crianças prematuras, com o surgimento das incubadoras e respiradores. “Surgiram ainda os locais para assistência ao recém-nascido, denominados de berçários e os primeiros centros prematuros” (CHRISTOFFEL, 2003, apud, SILVA et al, 2005, p. 586). O modelo assistencial atual contempla o desenvolvimento de ações para o cuidado integral à mulher, ao recém-nascido e família. As seguintes políticas públicas têm sido desenvolvidas para atender este público como: o programa de Assistência Integral a Mulher/ PAISM, o programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/ PAISC, e o programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento/ PHPPN.

²⁸ No final do século XIX, no Brasil, a criança era vista como objeto. Os bebês nascidos de famílias ricas, por exemplo, possuíam duas mães: uma durante a fase uterina e outra na fase extra-uterina. A alimentação e, muitas vezes, a própria sobrevivência desses recém-nascidos eram entregues às amas de leite que os amamentavam. Também não podemos nos esquecer da Casa dos Enjeitados, Casa dos expostos, Cada da Roda ou simplesmente Roda, nas quais os recém-nascidos, pobres, eram abandonados. (LEITE, 1998). A prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil revelam a indiferença com que era tratada a criança. As condições sanitárias e sociais também eram precárias. As crianças viviam num único cômodo, sem o arejamento adequado, condições que, por si só, agravam a saúde, elevando os altos índices de mortalidade infantil. (SANTOS, 1998). Até o início do século XX, a assistência voltada para a criança era baseada no sentido da caridade cristã e da filantropia (SILVA et al, 2005, p. 586).

3.2 Políticas de Atenção ao Parto no Brasil

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que a integram. A gravidez e o parto são considerados eventos sociais que fazem parte da vivência reprodutiva de homens e mulheres.

Este é um processo singular, uma experiência especial, que envolve mulheres, homens como atores diretos bem como suas famílias e comunidade. O parto em especial é considerado extremamente significativo na vida da mulher, carregado de nuances que modifica o seu cotidiano.

Historicamente o nascimento é um evento natural e social. Como apontam Dias e Deslandes (2006), este é um evento histórico no qual a arte de parir ocorria no domicílio da mulher, que geralmente era acompanhada por uma parteira de sua confiança, configurando-se assim indiscutivelmente como sendo um fenômeno mobilizador.

Desde a antiguidade foi agregado, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida, “até as importantes mudanças do *modus vivendi* do período industrial, as vivências do parto foram, nas mais diferentes culturas, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres” (BRASIL, 2001, p. 18).

No transcorrer da história, a sociedade vai se cientificando, e o parto torna-se um acontecimento institucionalizado²⁹ de âmbito hospitalocêntrico, requerido por intensa medicamentação e rotinas cirúrgicas, “afastando a parteira da arte de partejar e tirando o domínio da mãe durante esse processo” (BRASIL, 2010,p.26).

O parto então passa a ser considerado um ato médico e de “domínio das instituições de saúde, destituindo-se a mulher do seu papel de protagonista. Configura-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem ‘faz’ o parto” (BRASIL, 2010, p.25)

Levando essas mudanças, a caracterizar o parto como um evento médico, de natureza apenas científica, apenas com a justificativa da imensa mortalidade materna e infantil,

²⁹ A institucionalização do parto levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma (BRASIL, 2001b).

percebemos que “o parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais” (BRASIL, 2001, p. 18).

Passando então a ser discutido, analisado na esfera pública por uma necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores, “com isso ao lado destas transformações sociais, a obstetrícia firmava-se como matéria médico e ocorriam as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento” (BRASIL, 2001, p. 19).

No que tange ao contexto mundial, a institucionalização do parto está relacionada ao fim da segunda Guerra Mundial, quando os governos da época perceberam que havia uma necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna infantil. É sabido que grandes partes dos países subdesenvolvidos e alguns em desenvolvimento ainda apresentarem altos índices de mortalidade materna e neonatal. Esse fato está relacionado a uma gama fatores, imbricado pelo contexto social da população.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, iniciou-se na década de 1940³⁰, foi considerada a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até a década de 1960, a preocupação com a saúde da mulher se limitou à assistência ao parto. “Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil” (BRASIL, 2001, p.20).

O assim chamado “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamentasse na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto (BRASIL, 2010, p. 27).

Os anos 1980 foram marcados por uma transição democrática, devido à organização dos diversos movimentos sociais, os quais reivindicavam mudanças na saúde da população, nesse sentido houve algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, como as de Galba de Araújo³¹ no Ceará, visava integrar as parteiras leigas ao sistema

³⁰ No Brasil, as primeiras preocupações com a saúde materno-infantil deram-se durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, cujo objetivo foi à normatização do atendimento a criança e o combate à mortalidade infantil. Em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-infantil, que amplia o olhar para a saúde da mulher ainda sob a ótica da reprodução e tem como meta reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança. Nesse período são visualizadas as primeiras mudanças em relação às políticas do parto (MATOS, ESCOBAL, SOARES, 2013, p. 875).

³¹ José Galba de Araújo, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Ceará e conquistou destaque nacional e internacional, pela utilização dos recursos humanos disponíveis regionalmente no atendimento às gestantes, como o incentivo ao treinamento de parteiras, a busca pela melhoria na qualidade de assistência ao

local de saúde, de modo a melhorar a assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local, sendo uma das mais importantes iniciativas neste sentido.

A década de 1980, também representou um salto na história das políticas públicas voltadas à atenção ao parto, com abordagem de outras questões da saúde da mulher que ultrapassam a esfera reprodutiva, muitas destas conquistas foi trazida a tona pelo movimento feminista que na década de 1970, em que trazia propostas de rompimento com o modelo de saúde que era até então ofertado as mulheres.

Em resposta as manifestações de grupos e as demandas por esses trazidas para o cenário da saúde, o Ministério da Saúde instituiu, o então o Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM) que incluía a assistência pré-natal, entre outras. “A implantação deste programa ocorreu de modo heterogêneo no país, sendo difícil avaliar seu impacto global sobre a saúde da mulher, dada a complexidade das ações e o grande conjunto de variáveis envolvidas” (BRASIL, 2011, p. 40).

No decorrer dos anos 1980 e mais intensamente nos anos 1990, fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, o qual estava alicerçado em ações intervencionistas e medicalizadoras, dessa forma o Ministério da Saúde lançou medidas que objetivavam a valorização ao parto normal e a busca pelo resgate do parto como fisiológico desencadeiam assim no cenário brasileiro a luta pela humanização do parto nos espaços hospitalares. Uma nítida reação ao parto tecnocrático, que faz o uso irracional e desnecessário de tecnologia no momento do parto.

Com todo este cenário, iniciou-se um movimento no âmbito nacional e internacional que contou a participação de profissionais da saúde, bem como da área de ciências sociais, ativistas feministas, entre tantos outros segmentos da sociedade. Na luta pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, como também pela primazia “das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de humanização do parto” (DINIZ, 2005 apud BRASIL, 2010, p. 28).

Com o movimento pela humanização do parto e nascimento, tal discussão angariou grande relevância e representatividade, que em 1985, foi organizada e realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na capital do Ceará – Fortaleza/ Brasil, a Conferência sobre tecnologias

parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco. Publicou, em 1987, *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste*. Uma de suas maiores preocupações era conciliar a tecnologia, costumes e tradições regionais na assistência ao parto (BRASIL, 2010).

apropriadas para o parto. Resultante desse encontro foi à criação da Carta de Fortaleza (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Este texto teve como objetivo inspirar mudanças nas praticas que norteavam o parto constam dentre as recomendações da Carta de Fortaleza,

[...] a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas; a liberdade de posição no parto; a presença de acompanhantes; a abolição de algumas práticas realizadas rotineiramente na assistência ao parto, como a aplicação de enemas, a tricotomia e a amniotomia; o uso seletivo da episiotomia e da indução do parto com ocitócitos. Ainda na Carta em questão, argumenta-se que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma-se que nada justifica taxas maiores que 10% a 15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Este texto foi publicado no prestigioso *The Lancet*” (BRASIL, 2010, p. 30).

Com isso no Brasil foram tomadas algumas medidas para a promoção da atenção humanizada³² no parto, seguindo princípios e diretrizes norteadoras para essa prática tais como: o resgate dos processos de gestação, do parto, do puerpério e do nascimento como experiências humanas das mais significativas, que envolvem não só a mulher, mas o seu parceiro, sua família e a própria comunidade. A mulher e sua família como centros da atenção.

O respeito e o fortalecimento da autonomia da mulher e a preservação da sua privacidade. O respeito às características fisiológicas da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério. Estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, com alojamento conjunto. A percepção do recém-nascido como um ser sensível, adoção de práticas e rotinas cujos benefícios estejam comprovados por evidências científicas, evitando-se manobras e intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Dentre as principais iniciativas do Ministério da Saúde para o alcance de tais princípios e diretrizes, na melhora a qualidade da assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério se destacam: O Hospital Amigo da Criança (HAC)³³, o aumento do valor de remuneração do parto normal.

³² “Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia” (BRASIL, 2001b,p.25).

³³ “Iniciativa lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela OMS em 1991–1992, o Hospital Amigo da Criança tem servido como força motivadora para que maternidades de todo o mundo adotem políticas e práticas de apoio à amamentação. A Iniciativa vem tendo crescimento notável nos últimos 15 anos,

A inclusão do procedimento de anestesia na remuneração do parto normal. A inclusão, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do procedimento “parto normal realizado por enfermeira (o) obstetra” (BRASIL, 2010, p. 30).

A inclusão de limite para o pagamento de cesarianas realizadas pelo SUS. O financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica para ampliar o número de profissionais³⁴. A criação do Prêmio Professor Galba de Araújo que objetiva estimular a mudança no modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Por meio dessa iniciativa são premiadas as unidades de saúde do SUS que se destacam no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, e no estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Para participar do Prêmio, as unidades de saúde precisam: a) permitir a presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, de acordo com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005a), e com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b); b) ter taxa de cesárea reduzida; c) ter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e d) permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeiro(a), no caso de instituições que tenham profissionais capacitados para tal (BRASIL, 2010, p. 33- 34).

A Criação do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS³⁵, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)³⁶, o

contando com mais de 19.600 hospitais credenciados em mais de 152 países, incluindo-se entre eles o Brasil” (BRASIL, 2010, p. 29).

³⁴ “A enfermagem obstétrica é uma proposta que se orienta pelo novo paradigma de atenção humanizada ao parto e nascimento. Com o aval da OMS, a Área Técnica de Saúde da Mulher apoia financeira e tecnicamente, desde 1999, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com abrangência nacional. Esta estratégia contribui para o incentivo ao parto normal e para a redução das cesáreas desnecessárias” (BRASIL, 2010, p. 30).

³⁵ “[...] por meio da Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Este projeto teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal sem distócia, em articulação com a rede de saúde local. Os CPN constituem uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar, com garantia de referência para outros níveis de atenção, quando se fizer necessário. Em 2000, o Ministério da Saúde realizou 36 convênios para apoiar financeiramente a implantação de Centros de Parto Normal” (BRASIL, 2010, p. 31).

³⁶ “[...] a partir das Portarias GM/MS nº 569, 570, 571 e 572. O PHPN busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e dos aspectos fundamentais da humanização era o pano de fundo da má assistência, além da compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia segundo a qual a questão da humanização e dos direitos apareceria como princípio estruturador” (BRASIL, 2010, p. 38).

Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru).

Instituída pela portaria MS/GM nº 693, de 5 de julho de 2000, o Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido.

Outras estratégias realizadas pelo MS foram à formação de doulas comunitárias, o Prêmio Professor Fernando Figueira³⁷, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004, uma iniciativa do MS com mais outras organizações do setor e da sociedade civil.

Tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Tem como princípios: o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização de gestores e sociedade organizada. O Pacto inseriu, entre suas estratégias, a inclusão do trabalho com parteiras tradicionais no SUS (BRASIL, 2006c, p. 4).

Também foram construídos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento³⁸, bem como o Plano pela Redução das Cesáreas Desnecessárias, elaborado em 2006 e reconhecendo a necessidade de verificar bem como acompanhar este problema. As altas taxas de cesáreas atinge principalmente a população não usuária do SUS, a ATSM estabeleceu uma importante parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, objetivando desenvolver atividades conjuntas que reduzam essas taxas nos hospitais e maternidades do setor privado (BRASIL, 2007a).

³⁷ “Foi instituído para dar reconhecimento às experiências bem sucedidas de humanização no atendimento pediátrico e na terapia intensiva neonatal e pediátrica. Criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 728, de 14 de junho de 2003, homenageia um dos maiores nomes da pediatria brasileira, Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira. Para concorrerem ao Prêmio, às instituições devem ser integrantes da rede SUS, possuir 80% de leitos disponíveis para o SUS, ter Comissão de Óbito constituída, garantir a presença de acompanhante, garantir alojamento conjunto e – no caso de serviços de terapia intensiva – possuir UTI com cinco ou mais leitos” (BRASIL, 2010, p. 39).

³⁸ “[...] que visa qualificar o atendimento de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro, contribuindo assim para reduzir a mortalidade materna. Para apoiar e incentivar o processo de organização dos serviços foi elaborada a cartilha Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2005d) e o documento Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica” (BRASIL, 2005c, p. 30).

Foi construída também, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, instituída, no âmbito do SUS, pela Portaria MS/GM nº 2.800, de 18 de novembro de 2008, que se constitui numa estratégia de aprimoramento da competência do sistema público de saúde na área perinatal, por meio de articulação das principais maternidades e unidades neonatais de médio e alto risco, no âmbito de cada estado da região Norte-Nordeste, para formação de serviços de atenção perinatal integrados e trabalhando com a lógica de uma rede de saúde.

No âmbito da região norte foi consolidado o Projeto Filhos da Floresta, desenvolvido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/SAS/MS) com parceria da Universidade Federal do Maranhão e Sociedade Brasileira de Pediatria em 2009-2010, com objetivo de capacitar parteiras da Região Norte para reanimação neonatal e primeiros cuidados ao recém-nascido. Foi instituída a Portaria 2.418, de 2 de dezembro de 2005 que regulamentou a chamada Lei do Acompanhante no parto (Lei 11.108), “a citada lei garante o direito a um ou uma acompanhante indicado (a) pela parturiente no pré-parto, parto e pós-parto imediato assistido no SUS” (BRASIL, 2005,p 3). Bem como, a Lei nº 11.634/2005, “que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde na busca pela humanização do parto foi a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008, que incorporou o conceito de assistência humanizada ao regulamento técnico dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Bem como iniciativas como os incentivos financeiros para projetos de adaptação visando ambiência e humanização em maternidades com mais de 1000 partos/ano, e os Curso de Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia – Curso ALSO³⁹.

E atualmente foi lançado no Brasil no dia 28 de março de 2011, pela então Presidente Dilma Rousseff e pelo Ministro da Saúde Alexandre Padilha o programa de assistência à gestação, parto e maternidade. O Programa Rede Cegonha, uma iniciativa que visa melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde.

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito

³⁹ (*Advanced Life Support in Obstetrics*) para médicos(as) e enfermeiros(as) obstetras. O curso ALSO é um treinamento mantido pela *American Academy of Family Physicians* (AAFP), com apoio da ACOG (Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia) cujo objetivo é a atualização e padronização de condutas no atendimento das urgências e emergências obstétricas e neonatais, contribuindo significativamente para a redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidência de cesáreas, episiotomia e outras intervenções utilizadas equivocadamente, baseando-se nas melhores e mais atuais evidências científicas mundiais. Durante o ano de 2009, 574 profissionais serão capacitados pelo ALSO em todas as regiões do país, dando prioridade às regiões da Amazônia Legal e Nordeste.

ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta gama de estratégias desenhada pelo Ministério da Saúde é que compõe a Programa de Humanização do Parto, no Brasil.

Apesar de documentos do Ministério da Saúde demonstrarem que nos últimos 30 anos o país tem avançado na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, tais avanços são decorrentes de esforços e iniciativas decorrentes de governo e sociedade civil. No entanto, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio para o Brasil.

3.3 A Estratégia Rede Cegonha

Levando em consideração os indicadores⁴⁰ de mortalidade materna e infantil no Brasil, que ainda são extremamente elevados, principalmente no que concerne aos países mais desenvolvidos, e o compromisso internacional assumido pelo país de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco que dispõem sobre a redução da mortalidade infantil e materna respectivamente é que o governo brasileiro através do Ministério da Saúde desenhou e operacionalizou a proposta da Rede Cegonha que foi instituída pela portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atendendo ainda as prioridades, e os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil, ponderando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher.

Assim também como os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do compromisso para

⁴⁰ Em 1990, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Após mais de uma década e meia de esforços, em 2007, o indicador apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% nesse período, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado (BRASIL, 2010). Nesse contexto, há mais de duas décadas discute-se o modelo de atenção ao parto no Brasil com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. No Brasil, esse modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde que se tornaram referência no país (BRASIL, 2011g; RATTNER, 2009, apud CAVALCANTE et al, 2013, p. 1298).

acelerar a redução da desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009.

Apreciando igualmente 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, considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011, criou-se e implementou-se a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é uma estratégia que agrega outras estratégias que já compunham o Programa de Humanização do Parto, como a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. A Lei nº 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.

A Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão".

Diante disso e, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, constitui a Rede Cegonha,

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, 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, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011, p. 33).

Tendo como princípios inscritos no Art. 2º:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e,
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011, p. 34).

A RC⁴¹ é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação. Sendo um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres, o trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede Cegonha objetiva fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, visa organizar a rede de atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, bem como a redução da mortalidade materna e infantil.

A proposta da Rede Cegonha foi formulada no contexto de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), instituída em 2010, pela Portaria / GM nº 4279 de 30 de dezembro que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo da RAS⁴² é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, assim como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Além de fazer parte da RAS, a Rede Cegonha se baseia no modelo atenção humanista que privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, visando ser o menos invasivo

⁴¹ A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro(a) envolvido(a) (BRASIL, 2011, p. 4).

⁴² “A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o Estado e o Município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso. A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados” (BRASIL, 2011, p. 6).

possível, ponderando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz-se uso da tecnologia de maneira apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição.

Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatorios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a obstetrix (profissional com curso de nível superior em obstetrícia) ou enfermagem obstétrica, responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para atender o caso (BRASIL, 2011, p. 10).

Neste sentido a Rede Cegonha tem visado garantir um atendimento qualificado a gestantes e crianças. A RC parte do diagnóstico de que as morbimortalidades materna e infantil permanecem elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas e que não consideram a gestante como protagonista do processo de gestação e parto⁴³. Seu objetivo maior é superar essas nuances na busca de novo modelo de atendimento a mulher gestante e suas crianças colaborando com novas práticas.

No Estado da Bahia, a Rede Cegonha está inserida na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil tem como princípios e diretrizes, os seguintes marcos: Constituição Federal (BRASIL, 1988); Lei Federal 8.080 (BRASIL, 1990); Lei Federal 8.142 (BRASIL, 1990).

Enquadra-se ainda, nas seguintes legislações: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004); Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003); II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008); II Plano Estadual de Políticas para as Mulheres (BAHIA, 2009); Pacto pela Redução da Mortalidade Materna (BRASIL, 2008) – 33 municípios prioritários; Estatuto da criança e do adolescente (BRASIL, 1990). Bem como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (PNUD/ONU, 2002). Objetivo Geral da política é Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil no âmbito do Estado da Bahia.

⁴³ Atualmente, organismos de saúde internacionais e nacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011g; 2001; DINIZ, 2005). Nesse modelo, são centrais a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como “atores principais” nessa cena, e não “espectadores” (DINIZ, 2005, apud CAVALCANTE, et al, 2013, p. 1298).

Os princípios da PEAMM são: a universalidade que deve ser garantida, pelos diferentes níveis de gestão e atenção, o acesso aos cuidados de saúde, independente de raça/cor, credo, ideologia política, orientação sexual, condição social ou de saúde. A integralidade da assistência do cuidado à saúde deve ser garantida nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, articulando ações, individuais e/ou coletivas, de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

A equidade na concretização dos princípios de universalidade e integralidade e deve-se dar a partir do reconhecimento das especificidades decorrentes das articulações entre gênero, raça, orientação sexual, classe social agregadas a questões de inclusão social. Tratar desigualmente os desiguais é buscar justiça social e demanda o reconhecimento das especificidades e necessidades dos diferentes grupos humanos. Assim como, a garantia dos direitos humanos e, em específico, dos direitos da criança e do adolescente, dos direitos das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Bem como a inclusão e respeito à diversidade as políticas e ações em saúde devem respeitar as diversidades cultural, étnica, racial, individual, social, econômica e regional visando práticas que incluam a todos os indivíduos nas suas expressões próprias, valorizando sua subjetividade e cultura e superando as desigualdades. E a igualdade e autonomia das mulheres, que diante dos homens possuem igualdade de condições em seus direitos e todas as políticas e ações em saúde devem estar voltadas à superação das desigualdades de gênero.

No Estado da Bahia, apesar dos avanços na saúde, ainda são muitos os desafios na redução da mortalidade materna e infantil. A Rede Cegonha foi implementada em todo o território da Bahia, priorizando inicialmente: Região Metropolitana de Salvador; que foi considerada prioridade do Ministério da Saúde; em seguida a Macrorregião Norte; Macro Região Interestadual do Vale do Médio São Francisco PEBA, posteriormente a Macrorregião Centro-Norte, avaliada como Prioridade do Projeto SWAP – Banco Mundial e por fim a Macrorregião Sul, esta que apresenta os Indicadores da LC Materno-Infantil mais frágeis.

3.3.1 A Rede Cegonha no Hospital Geral Roberto Santos

A Rede Cegonha configura-se como uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa programar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e, ao desenvolvimento saudáveis. Conforme expresso em seus documentos.

Na Bahia, a Rede Cegonha vem sendo construída e estruturada de maneira colaborativa e interfederativa, tendo como grupo condutor: a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS) e o Ministério da Saúde (MS).

Portanto, visando atender a determinação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil e conforme a que priorizou a implantação da Rede Cegonha na região metropolitana de Salvador, é que foi implantando a RC nos Hospitais e maternidade do município de Salvador, que acabou por contemplar o Hospital Geral Roberto Santos por possuir uma maternidade em seu complexo de porta aberta e ser referencia no atendimento de gestação de alto risco desde o pré-natal a partos.

No entanto, não foi possível ter acesso as informações sobre a implantação especificamente do programa no Hospital Geral Roberto Santos, pois o mesmo não dispôs a informação, mesmo diante de solicitações formais. Alegou-se que as informações estão sendo organizadas e por isso não poderiam ser disponibilizadas para a fundamentação desse trabalho.

No que concerne aos profissionais que atualmente participam do programa estes o definem o como um programa que amplia a humanização no atendimento materno-infantil favorecendo o vínculo da família principalmente mãe e pai com seu bebê. Um programa que visa reestruturar a rede de atenção ao pré-natal, parto, puerpério, e assistência à criança. Buscando compartilhar ações com vista à melhoria do acesso e qualidade dos serviços prestados, apoiando maternidades públicas na melhoria do processo de trabalho e das boas práticas, como pondera alguns profissionais.

Entendo como uma política pública federal que preconiza a qualificação do pré-natal, a humanização do parto e o acompanhamento adequado do infante até o 2º ano de vida reduzindo a mortalidade e materno e infantil (TO).

É um programa que tem como prerrogativa a reorientação dos serviços de saúde (de diversos níveis de assistência) de forma a garantir a assistência à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto (ENF).

É um programa do MS que busca melhorar a assistência e garantir direitos, desde a gestação até os primeiros anos de vida do bebê. Acredito que o maior desafio é mudança de hábitos, paradigmas e garantir o envolvimento de todas as esferas governos e atores envolvidos (AS).

Os profissionais definem a sua participação como sendo importante para a construção da rede, integrados em equipe multidisciplinar para o desenvolvimento efetivo do programa. Relatam que participam de maneira efetiva para a modificação dos processos de trabalhos, proporcionando um melhor atendimento ao binômio mãe e filho dentro da maternidade. Alguns profissionais relatam como está sendo a experiência da implantação e da participação dos profissionais. .

Como uma grande experiência para gestão. Na coordenação podemos identificar os avanços, dificuldades do programa, participando do estabelecimento de estratégias para implantação e superação destas dificuldades (AS).

Teoricamente excelente, mas existe a necessidade de ser colocado em prática (TO).

O trabalho acontece ainda com muito desgaste entre os profissionais envolvidos que não conseguiram trazer para a práxis as respostas para a população. O programa traz valores que mexem com as relações de poder existente na instituição entre categorias profissionais e não terá devolução para a população enquanto os profissionais estiverem voltados preferencialmente pela relação de poder em detrimento do usuário (AS).

Descrevem ainda, que foi a partir do programa Rede Cegonha, que passou-se a desenvolver um trabalho sistemático na maternidade desde o pré-natal de alto risco, até o momento do parto. Proporcionando atendimento interdisciplinar às gestantes, especialmente as que apresentam situações de vulnerabilidade, tais como: adolescentes que enfrentam situações familiares e sociais geradoras de conflitos, gestantes com diagnóstico recente de doenças infecto-contagiosas, pacientes psiquiátricos, gestantes que vivenciam violência doméstica, entre outras.

3.3.1.1 Caracterização do Hospital Geral Roberto Santos

O Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) encontra-se situado á Estrada Velha do Saboeiro, S/N, Cabula, Salvador – Bahia. Foi construído em 1976 na gestão do então Governador Roberto Santos e fundado em 05 de março de 1979, conta com uma área construída de 32.000 m² e área total de 108.000 m².

A visão institucional do HGRS é “ser uma instituição de excelência reconhecida em atenção á saúde, formação profissional e geração de conhecimento”. A missão é “praticar assistência, ensino e pesquisa em saúde, na busca contínua da melhoria de qualidade de vida da população”; e os valores são: “Ética, Humanismo, Respeito á Vida e ao Meio Ambiente, Responsabilidade Social, Comprometimento Institucional, Competência e Desenvolvimento Pessoal e Compromisso com a Qualidade”.

O HGRS⁴⁴ é uma unidade de saúde de administração direta, integrante da rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, cadastrado no CNES sob número de inscrição 0003859, com CNPJ nº. 13937131005372, localizado na Estrada do Saboeiro – Cabula, CEP 41180-000, município de Salvador.

A finalidade do HGRS é atender ao Distrito Sanitário Cabula – Beirú em nível terciário e as demais unidades de saúde integrantes do SUS. Sua missão é praticar a assistência, ensino e pesquisa em saúde, na busca continua da melhoria de qualidade de vida da população. Tem como objetivo ser uma instituição de excelência reconhecida em atenção à saúde, formação profissional e geração de conhecimento.

Conforme Santos (2012) o HGRS atualmente é o maior hospital público do Norte e Nordeste, sendo de extrema importância na composição da rede assistencial do SUS. Configura-se como um hospital de grande porte, com perfil de média e alta complexidade, prestando assistência hospitalar em regime ambulatorial e em caráter de urgência e emergência a pacientes clínicos e cirúrgicos. Caracteriza-se, também como um hospital de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, executando e avaliando programas de estágio, de internato e de residências na área de medicina, nutrição, cirurgia buco-maxilo, enfermagem, bem como a realização de treinamento de pessoal em serviço (SESAB, 2011, apud SANTOS, 2012).

⁴⁴ A unidade de saúde é referencia ao Distrito Sanitário Cabula – Beirú que conta com uma população de 429.033 hab. (IBGE 2008) com 227.884 pessoas do sexo feminino e 201.149 do sexo masculino. A densidade demográfica é de 16,87hab./km² com uma área de 25,42 km². O Distrito Cabula – Beirú abrange os bairros de: Arenoso, Barreiras, Calabetão, Doron, Saboeiro, Engomadeira, Sussuarana, Pernambués, Tancredo Neves, Santo Inácio, São Gonçalo, Arraial do Retiro, Saramandaia, Mata Escura, Narandiba e Cabula (SOUZA, 2012, p. 62).

Segundo a classificação do Ministério da Saúde, os Hospitais Roberto Santos e o Geral do Estado (HGE) são os únicos hospitais especializados (Tipo I) na Bahia que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínicas e cirúrgicas, nas áreas de pediatria ou trauma-ortopedia ou cardiologia, dispendo de atendimento em várias especialidades.

O HGRS⁴⁵ é a maior unidade hospitalar da rede pública do estado da Bahia e das regiões Norte e Nordeste. Conta com 640 leitos, sendo 49 de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de 72 na emergência, mais dezenas de leitos extras que garantem uma ocupação em torno de 700 leitos. Dispõe de recursos humanos e tecnologia para prestar atendimento nos serviços de média e alta complexidade.

O HGRS é referência nos serviços de EME, hemorragia digestiva, cirurgia geral e neonatal, maternidade de alto risco, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, entre outras especialidades médicas.

A unidade de saúde possui três portas de emergência, sendo as emergências: adulto, pediátrica e obstétrica. De acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/2011 – CNES, o HGRS possui 640 leitos cadastrados, sendo 49 de UTI e 72 na emergência. O HGRS realiza mensalmente cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos. A média de atendimento nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto é de 560 pacientes/dia (SESAB, 2011, apud, SANTOS, 2012, p. 63).

O número de cirurgias realizadas por mês é de 800, incluindo as cirurgias de baixa, média e alta complexidade, são realizados cerca de 14.600 exames diagnósticos por mês e 85.000 exames laboratoriais mensalmente. O Ambulatório de múltiplas especialidades realiza mensalmente 30.750 consultas, além dos serviços de apoio diagnóstico (SESAB, 2011, apud, SANTOS, 2012, p. 63).

Além disso, a unidade presta serviços de neurocirurgia, nefrologia, traumatologia, assistência oftalmológica e Banco de Olhos. O Banco de Olhos da Bahia,

⁴⁵ O atendimento é prestado exclusivamente pelo SUS, mantido pela SESAB, nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cirurgia, Cirurgia Bucamaxilofacial, Cirurgia Pediátrica e Neonatal, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Neurocirurgia, Odontologia, Oftalmologia, Nefrologia, Ortopedia e Pediatria. Com relação aos Serviços Especializados possui: Banco de Leite, UTI e Semi Intensiva Adulto, UTI e Semi Intensiva Pediátrica, UTI Neonatal, Semi Intensiva Neonatal, Centro de Hemorragia Digestiva, (CHD), Centro de Informações Anti-veneno (CIAVE) e Banco de Olhos. O Diagnóstico é composto pelo Laboratório de Análises Clínicas (Bioquímica, Hematologia, Microbiologia e Sorologia) e Exames Especializados de Bioimagem como Radiografia Simples e Contrastada, Ultrassonografia Geral e com Doppler, Ecocardiografia com Doppler, Eletrocardiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear magnética, Angiografia Periférica, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada. Esses dois últimos realizados no CHD.

inaugurado há cinco anos no HGRS, tem com o objetivo atuar na captação, avaliação, processamento e armazenamento das córneas doadas no estado, além disso, realiza a preservação de membrana amniótica proveniente de placenta humana (SESAB, 2011, apud SANTOS, 2012).

Dentro das dependências do HGRS funciona o Centro de Informações Anti Veneno – CIAVE⁴⁶ da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), que presta atendimento a pacientes intoxicados. O CIAVE é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como modelo para os países em desenvolvimento e referência nacional na área de Toxicologia.

Para o desenvolvimento dessas ações, o HGRS necessita de uma estrutura funcional que atenda as complexas ações de saúde desenvolvidas pela unidade. Esta é composta por diversos vínculos empregatícios e por terceirizações nas áreas de logística, limpeza, segurança, dentre outros (SESAB, 2011 apud, SANTOS, 2012, p. 66).

Ainda conforme as considerações de Santos (2012) o HGRS dispõe em seu quadro funcional permanente na área de saúde 2.008 funcionários, no grupo administrativo possui 271 funcionários, totalizando 2.279 servidores de vínculo permanente (SIRH/SAEB - maio 2011 apud, SANTOS, 2012).

A unidade conta com 216 funcionários em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e visa atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público, permitindo haver contratação de pessoal, por tempo determinado e sob regime de direito, segundo a lei nº. 6.677 de 26 de setembro de 1994. Vale salientar que a fundação José Silveira mantém sob forma de terceirização, 385 funcionários da área de saúde na unidade.

O HGRS é também um hospital escola, certificado pelos ministérios da Saúde e da Educação. Possui Programas de Residências: Médica (Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Oftalmologia) e Multiprofissional (Cirurgia Bucomaxilofacial, Fisioterapia e Nutrição).

⁴⁶ O CIAVE – Bahia atua na orientação, diagnóstico, terapêutica e assistência presencial de pacientes intoxicados, além de realizar análises toxicológicas de urgência. Realiza a identificação de animais peçonhentos e de plantas venenosas, além disso, produz e distribui antídotos e de soros anti-peçonhentos para a rede pública do Estado. Criado em agosto de 1980, o CIAVE – Bahia foi o segundo dos 34 centros implantados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SNITF. Único na Bahia, o centro realiza anualmente cerca de 7.500 atendimentos por intoxicações e 14.000 notificações de acidentes por animais peçonhentos, ocorridos em todos os municípios do Estado. O CIAVE já capacitou cerca de 3.100 alunos, nas áreas de medicina, veterinária, farmácia, biologia, psicologia, oriundos de diversas faculdades do Estado, além de ter realizado 26 cursos de capacitação em Toxicologia Básica para outros órgãos da saúde (SESAB, 2011 apud, SANTOS, 2012, 65).

O Hospital possui convênio com várias instituições de ensino para a prática de estágios curriculares em diversas áreas. Nesse sentido, exerce um papel importante na formação de recursos humanos para o SUS em todas as áreas, inclusive na área médica.

De acordo com a Coordenação do programa de Residência Médica do HGRS, no ano de 2012 a unidade conta com 144 residentes atuando nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral; Oftalmologia; Neurocirurgia; Clínica Médica; Anestesiologia; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Endocrinologia; Gastroenterologia; Cirurgia Vascular; Coloproctologia; Urologia; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Geral, com área de atuação em Videolaparoscopia; Gastroenterologia, com área de atuação em Endoscopia Digestiva; Pediatria, com área de atuação em UTI Pediátrica; Pediatria, com área de atuação em Neonatologia; e Angiorradiologia.

A unidade executa e avalia programas de estágio⁴⁷ de pós-graduação, graduação e nível médio nas diversas áreas de saúde, de acordo com o núcleo de gestão de pessoas. Em 2010, o HGRS recebeu 1964 estudantes de graduação das áreas de nutrição; enfermagem; psicologia; odontologia; serviço social; e fisioterapia.

Um convênio celebrado com a Universidade Estadual da Bahia (UNEB) proporcionou à comunidade do hospital o acesso ao Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação e seus periódicos, servindo de referências para o aprimoramento das atividades científicas. O HGRS também mantém relações institucionais de intercâmbio e parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

⁴⁷ Em 10 de março de 2008, a SESAB implantou o Programa Permanecer SUS na EME do HGRS, visando fortalecer a Política de Humanização nas emergências dos Hospitais da Rede Própria do Estado. O Programa acolhe as demandas dos pacientes e acompanhamentos, através de uma escuta qualificada, prestando orientações e encaminhamentos necessários, sendo realizado por graduandos/bolsistas dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, sob a supervisão de Preceptores (LACERDA, 2009 apud DÓREA, 2010).

3.3.1.2 Caracterização da Maternidade do HGRS

A maternidade do Hospital Roberto Santos funciona dentro complexo da unidade, é composta pelo ambulatório de pré-natal, pelo Centro Obstétrico (CO), pela enfermaria do 3º andar, pelas Unidades Intensivas Neonatais NEO I e Semi-intensiva e pelo Alojamento Canguru. Está é referencia no atendimento à gestante de alto risco e quanto ao recém-nascido. As gestantes são assistidas por equipe multiprofissional, que atua em conjunto no acompanhamento das gestantes e do recém-nascido.

O hospital dispõe de um ambulatorial de consultas onde as gestantes realizam o pré-natal durante a gestação, o Centro Obstétrico onde se encontra as salas de parto, o serviço pré-anestésico, e o berçário de observação, também possui uma enfermaria para internamento das gestantes, antes e pós-parto, mulheres com a realização de procedimentos cirúrgicos ligados a ginecologia também são atendidas por essa enfermaria conhecida como o 3º andar.

Na enfermaria encontra-se o alojamento conjunto (onde as mães ficam com seus bebês aguardando a alta hospital); e a Unidade de Terapia Intensiva para recém nascidos (UTI Neonatal), bem como o alojamento canguru. A unidade de Terapia Intensiva NEO I fica no próxima a unidade do CO e das UTIs pediátricas e de adultos no térreo do hospital.

Com a chegada da Rede Cegonha ao Hospital está se criando uma identidade própria para a maternidade, o possível nome que terá esta será o de uma ex-funcionária já falecida – Dulcineia Moinho. Também está em andamento a ambiência⁴⁸ dos setores do hospital que configura a maternidade, exceto ambulatório. O plano de ação que discrimina tais ações assim como as atas institucionais também não foram disponibilizados pela instituição para construção desse trabalho.

⁴⁸ Ambiência para a Política Nacional de Humanização refere-se ao espaço físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2008). Ou seja, a intervenção nos espaços físicos (reformas, ampliações, construções) de acordo com essa diretriz vai além de uma organização físico-funcional, interferindo e contribuindo ou não para a qualificação dos processos de trabalho, a depender do modo como são conduzidos os processos de mudança. Dessa forma, orienta-se a discussão compartilhada dos projetos arquitetônicos como estratégia para melhorar as condições e processos de trabalho no sentido das boas práticas e humanização de partos e nascimento. A adequação da ambiência visa qualificar as maternidades e hospitais por meio de reforma e/ou aquisição de equipamentos e materiais para favorecer e facilitar os processos de trabalho de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção aos partos e nascimentos, de acordo com a RDC 36. (Orientações para Elaboração de propostas da Rede Cegonha, 2012, p. 20).

4 A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROGRAMA REDE CEGONHA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

Uma UTI, armada pelo SUS / e pendurada por alguns pontos de luz / nas paredes do cosmos / pode ser fecunda / do que a sombra sob os muros de um campanário. Repara a coordenadora / lançada sempre na diagonal (retas de ringue / da UTI são muito longas) / e na linha da sua missão. Pois / Soninha se dá e se deu / mais do que atribuições. É o ser atirado para a frente, / para frente até de si mesma: / o que ainda haverá atrás dela? Se ela cruza com a residente, / o medalhão do estetoscópio desta no peito / -oh! Bonecas vivas e identitárias / da origem! – a compulsão da egogênese/ e a pulsão do egoprograma e / de competências e imagem / no dia e dia da enfermagem. Homogêneos o branco e os uniformes, / há a hierarquia / dos sapatos e estratégias de classe na hierarquia / dos sapatos: micro políticas de fôlego curto, tacones lejanos por um dia, bicos finos como tricórnio, / ouromel nos calcanhares, um pouco de abismo / nos saltos agulha. Para os de cima. Tão forte quanto isso, / embora folhas de outra folhagem, / há o conga eterno dos auxiliares de enfermagem / e sua estratégia e plantão sob o campanário: / articulação e abrir de escotilhas, / prestação de um DVD para ... / para ... para ... Assistir / Assim caminha a Humanidade. Tem o voto de rainha / de Vicentina e de Dulcineia / intensivista e nurse eterna. / E Shirley, imensa dulcíssima, / com a marca e a pintura egípcia / na ciliação no capricho e na arma dos olhos: dona, / dona, dona! / dona da dobuta, da dobutamina! (CANÇADO, 2005, p. 20-21, grifos originais apud, MATOS, 2013, p. 39).

A interdisciplinaridade apresenta distintas abordagens, definições e conceitos, com polêmicas e divergências entre seus estudiosos. E é uma “temática presente na história do conhecimento, desde a antiguidade, isto é, desde os sofistas gregos”, como pondera Teixeira e Nunes (2013, p. 131). Portanto há que se fazer um resgate dessa história e de seus conceitos para a sua compreensão.

Neste momento do texto, buscar-se-á analisar essa história a fim de introduzir a discussão sobre o a interdisciplinaridade em saúde. Realizar-se-á uma reflexão sobre a interdisciplinaridade, e posteriormente, apresentar a perspectiva dos profissionais que atuam no programa Rede Cegonha do HGRS, sobre a interdisciplinaridade no cotidiano da prática profissional. Para Carvalho (2012, p. 74) “[...] a prática interdisciplinar exige muito mais que a presença de profissionais de diferentes formações em uma mesma equipe ou projeto, demanda, sobretudo, o abandono de posturas profissionais sectárias e centralizadoras” (p.?).

4.1 Interdisciplinaridade: algumas considerações

Um dos atributos mais acentuadas da atualidade é a propagação do conhecimento, que se transforma velozmente e se encontra parcelizado em áreas isoladas. No entanto, a complexidade das questões que permeia a sociedade requer ações mais integradas. Pois, qualquer evento social acomoda diversas dimensões, uma vez que a realidade é multifacetada.

Nesse sentido, a apreensão de qualquer fenômeno social demanda que se leve em consideração as informações relativas a todas essas dimensões. E esta tem sido a linha de alegação com maior poder de persuasão em detrimento da interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade emergiu no século XX, conforme aponta os estudos de Minayo (1991). Mas foi na década de 1960, que principiou-se como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha havido, em maior ou menor grau, uma certa pretensão à unidade do saber como aponta a autora em seus estudos sobre a temática.

Para Minayo (1993) a interdisciplinaridade significa uma panaceia epistemológica, para “curar os males da ciência moderna” como pondera a autora. Afim de aclarar a discussão em torno da temática que se expressa enquanto polêmica segunda a referida autora. Ela promove um debate com estudos de Gusdorf, Carneiro Leão e Habermas sobre a interdisciplinaridade.

Conforme as considerações de Minayo (1991 e 1993), Gusdorf⁴⁹ considera a interdisciplinaridade como uma tarefa filosófica que conclama por um saber científico a uma conversão ética e aglutinadora em prol da integração do conhecimento, buscando os limites e os elementos gerais e comuns de cada disciplina.

Gusdorf coloca em discussão aspectos de grande importância, levando-nos a reflexão que o desafio interdisciplinar deve basear-se numa perspectiva de diálogo e interação das disciplinas, para além das tentativas multidisciplinares (ainda que possam ser vistas como uma etapa para a

⁴⁹ Gusdorf, um humanista e defensor da interdisciplinaridade, coloca que antes da ciência moderna, a sociedade encontrava no conjunto de seus mitos e cosmogonias os elementos de uma inteligibilidade universal. A produção do conhecimento e as formas de explicação e intervenção no real tinham uma significação humana. A ciência moderna, com a disciplinarização, fragmenta a percepção do humano e, distanciando-se dele, reduz a existência humana a um estatuto de perfeita objetividade. Assim, a ciência moderna, ao recortar o mundo das vivências (natureza) e o do vivido (humano) em inúmeros objetos, sob administração das diversas disciplinas, produz um conhecimento esquizofrênico. Para Gusdorf todas as ciências são as ciências do humano, portanto, a ciência que dissocia e desintegra seu objeto pode ser considerada alienada e alienante. (GOMES, et al, 1994, p. 105).

interdisciplinaridade) que apenas produzem conhecimentos justapostos em tomo de um mesmo problema, cada qual a partir de seu próprio e inviolável ponto de vista. Com base nesta reflexão, propomos um diálogo, de tal forma que as disciplinas saiam enriquecidas em nível de método e perspectiva. (Trata-se, enfim, de uma proposta de *religere*, não para a dimensão divina, mas entre o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, para a medida do humano na produção da ciência, visando a superação da dicotomia entre o conhecimento teórico e o prático) (GOMES et al, 1994, p. 105-106).

Já as ponderações de Carneiro Leão segundo a autora, parte de um ponto diferente de Gusdorf. Sua crítica é centrada na ciência moderna que busca uma uniformização cada vez maior de suas estruturas, buscando a padronização, enquanto movimento de difusão de si mesma, atropela diferenças e oposições.

Para Carneiro Leão, conforme Minayo (1993, p. 51) o conceito essencial da ciência dita moderna é a funcionalidade, “ou seja, a ciência é uma forma de conhecimento que reduz tudo o que está sendo, o que está vindo a ser, a funções, inclusive o sujeito e as relações entre sujeito e objeto”.

Assim, “progressivamente a natureza e a história, o indivíduo e a sociedade, o dado e o fato, a coisa física e valor simbólico, os impulsos e as fantasias, tudo foi reduzido a um universo só: o universo dos sujeitos e dos objetos da apresentação e da representação” (CARNEIRO LEÃO, 19991, p. 3 apud MINAYO, 1993, p. 51).

Assim, Carneiro Leão está mais preocupado em questionar a ciência enquanto forma de conhecimento que, ao padronizar a verdade, afasta o ser humano de sua essencialidade, do que refletir sobre a fragmentação científica. Ele critica a importação de modelos culturais do primeiro mundo. Mostra que o poder e a dominação são acenados através das atuais retóricas "da **inter** e da **trans**disciplinaridade "importadas" sob a forma de modelos econômicos, paradigmas políticos, recursos tecnológicos e matrizes de conhecimentos" (MINAYO, 1993, apud GOMES, et al 1994, p. 106).

A terceira e última abordagem apresentada pela autora sobre a interdisciplinaridade, se relaciona aos estudos de Habermas. Em suas considerações Habermas, assim como os demais autores abordados por Minayo, também realiza uma crítica da ciência, partindo, no entanto, de sua positividade.

Conforme as considerações de Minayo (1993), Habermas defende uma nova racionalidade que contemple o encontro entre filosofia, ciência e mundo. Protegendo essa

nova racionalidade, ele se contrapõe a razão instrumental. Por meio de sua teoria do agir comunicativo, ele desenvolve a "crítica ao estreitamento do conceito de racionalidade as suas dimensões cognitivo-instrumentais, deixando de fora os elementos ético-normativos" (MINAYO, 1993, p. 57).

A mudança de paradigma proposta leva a vivenciar uma tensão paradoxal entre cooperação interdisciplinar e crítica de pretensão de validade das disciplinas; entre filosofia da consciência, onde o sujeito se refere aos objetos para representá-los como são ou para intervir neles e torná-los como deveriam ser; e a filosofia do agir comunicativo, onde o sujeito cognoscente, no seu processo de desenvolvimento é obrigado a entender-se e entender-se com os outros, sobre o significado da ação. No primeiro caso, o sujeito é aquele que se relaciona externamente com os objetos para conhecê-los, para agir e para dominá-los. No segundo caso, o sujeito está em interação com outros sujeitos, preocupados todos com o que pode significar conhecer objetos, pessoas e coisas (MINAYO, 1993, p. 58).

Apontada também por diversos outros estudiosos como Nunes (1995), Minayo (1991), Japiassu (1976) entre outros o conceito de interdisciplinaridade⁵⁰ compreendem diversas abordagens e é permeada de polêmicas, abarcam diversos conceitos e definições, é uma temática presente na história do conhecimento, desde a antiguidade, com os sofistas gregos, bem como esteve presente no Movimento Iluminista do século XVII.

Admite-se, no entanto, que a produção do conhecimento é histórica, social e culturalmente determinada e, dessa maneira, o modelo de pensamento desenvolvido nos séculos XVI e XVII passa, hoje, por revisão, em função das novas perspectivas e desafios que se apresentam à ciência. O paradigma racionalista da modernidade, atualmente, já apresenta sinais de esgotamento e essa constatação foi possível graças ao avanço da ciência proporcionado pelo próprio modelo (VILELA, et al, 2003, p. 527).

E é nessa conjuntura e cenário que se apresenta a interdisciplinaridade como ressalta Vilela (2003, 527) que, “ao invés de se apresentar como alternativa para substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento, se propõe a ampliar a nossa visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar.” Para Jaupiassu

⁵⁰ “Há diferentes opiniões sobre o que constitui verdadeiramente a interdisciplinaridade, mas considerasse que só se pode falar em interdisciplinaridade a partir do momento em que essa comunicação ou diálogo gerar integração mútua dos conceitos entre as disciplinas, constituindo novo conhecimento ou buscando a resolução para um problema concreto” (MEIRELES, et al, 1999, p. 150).

(1976 apud, VILELA et al, 2003, p. 528) a interdisciplinaridade⁵¹ se caracteriza por uma intensa “troca entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas”.

Deve ser entendida também como ressalta Amorim (2007, p.82) como um método, marcado pela “intensidade das trocas entre especialistas e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas”, e que jamais deve ser confundida com uma simples trocas de informações e conhecimentos.

Ainda conforme as considerações de Jaupiassu (1976), o projeto interdisciplinar abarca questionamentos sobre o significado e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando um conhecimento do “humano”. “E, nesse sentido, a interdisciplinaridade é chamada a postular um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade” (JAUPIASSU, 2003 apud, VILELA et al, 2003, p. 529).

Afirma o autor em foco que a interdisciplinaridade não pode ser considerada um modismo, pois, está corresponde a uma nova etapa de desenvolvimento do conhecimento. E também não se trata de impetrar uma nova síntese do saber, “mas, sim, de constatar um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos” (VILELA, et al, 2003, p. 529).

A interdisciplinaridade é considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento. Dessa maneira, a interdisciplinaridade se apresenta como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual (MEIRELES, 1999, apud, VILELA et al, 2003, p. 529).

A interdisciplinaridade também pode ser compreendida, como uma atitude de superação de toda e qualquer visão fragmentada e dicotômica. Neste sentido entendida como um diálogo que possibilite o enriquecimento da prática em nível de método e perspectiva. Como salienta Nunes (1995, p. 101) “é uma proposta de *religere* entre o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, para a medida do humano na produção da ciência, visando à superação da dicotomia entre teoria e prática”.

⁵¹ “A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis” (VILELA, et al, 2003, p. 528).

Dessa forma em consonância com os estudos de Nunes (1995), Gomes (1994) e Feuerwerker (1998); compreende-se a prática interdisciplinar como sendo uma das chaves para a concepção do mundo, considerando que este não é feito de coisas isoladas, mas incide em várias dimensões complementares. Sendo assim, entende-se a interdisciplinaridade como um conceito que se aplica às várias ciências, à produção do conhecimento e ao ensino, especialmente em áreas que demandam, de forma direta, a interdisciplinaridade, como, por exemplo, a saúde.

4.2 Interdisciplinaridade e Saúde: Um campo em construção

Um dos grandes desafios atualmente que tem se colocado ao campo da saúde é a busca de novos mecanismos que possa repensar-lhe de maneira ampliada, uma vez que o modelo biologicista e organicista tem se apresentado de modo insuficiente para dar conta das questões complexas que a envolvem na atualidade. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade na saúde mostra-se como uma estratégia de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que têm afetado a população nas últimas décadas, propondo a articulação de saberes.

Pois, a saúde pública, como pontua Gomes (1994, p. 107) devido o seu caráter e sua natureza, direciona-se para uma perspectiva fundamentada em grupos sociais ou populações. Dessa forma essa perspectiva apresentado pelo autor inspira sua aplicação, seu conhecimento e seu âmbito de atuação. “A partir do princípio multidisciplinar de investigação, podemos, assim, definir saúde pública como ampliação das ciências biológicas, sociais e da conduta ao estudo do fenômeno saúde em populações humanas” (GOMES, 1994, p. 108).

Frenk (1992), assinala que na saúde confluem diferentes dimensões e aspectos. Numa dimensão há as instâncias do biológico e do social, em outras há o indivíduo e a comunidade e ainda em outra há a política social e a política econômica. Partindo desse pressuposto que a saúde é um meio de realização pessoal e coletiva, a Saúde Pública deve levar em conta esses diferentes prismas relacionados ao seu objeto. Para esse autor, recentemente tem sido discutida a ideia de que a qualidade “pública” da expressão Saúde Pública se refere a uma dimensão de análise que consiste no nível populacional. Nesse sentido, “público” não é um conjunto de serviços em particular, nem uma forma de propriedade e nem ainda um tipo de problema (GOMES, 1994, p. 108).

Nessa perspectiva, como pondera o autor o processo saúde-doença, como observam pelo mesmo nos estudos Birman (1991) e Ruffino-Netto (1992), se traduz pela inter-relação

entre aspectos de ordem clínica e sociológica. Assim, ressalta Gomes (1994, p. 108) que faz-se necessário considerar na saúde além dos aspectos anatômicos e fisiológicos os valores, atitudes e crenças que se encontravam no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo.

Pontua os referidos autores que várias pesquisas como as de McElroy e Townsend (1989), visitadas por estes concluem que a compreensão dos problemas de saúde requerem, no mínimo, diferentes tipos de informações, sejam ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais e culturais sendo necessária uma compreensão dos problemas.

Nesse sentido a fim de atender as necessidades e objetos impostos pela saúde autores como Almeida (1997), Morin (2001) e Plastino (1994) advertem para a necessidade de se ultrapassar o excessivo encastelamento das disciplinas⁵², rompendo fronteiras e instaurando formas alternativas de disciplinaridade, capazes de harmonizar múltiplos olhares aos objetos de estudo da atualidade.

Esses objetos de interesse para a ciência contemporânea são denominados de objetos complexos, sendo atribuídas a estes algumas características, entre elas: não podem ser explicados por modelos lineares de determinação (não se subordinam a uma aproximação somente explicativa), não possibilitam a predição, não sendo possível através deles gerar tecnologia. Podem ser aprendidos em múltiplos níveis de existência, pois operam em diferentes níveis da realidade. Além disso, o objeto complexo “é multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos extravasando os recortes disciplinares da ciência (MENOSSI, et al, 2005, p. 254-255).

Nessa perspectiva, para a autora expõem que Morin (2001) pondera que é necessário não mais destruir o objeto para entendê-lo, mas sim construir o objeto por um processo de composição de seus elementos constituintes, ou seja, “a busca de uma integração totalizadora (síntese). Assim, é preciso ultrapassar a organização convencional da ciência em disciplinas autônomas estanques, buscando novas modalidades da práxis científica” (MORIN, 2001, apud, MENOSSI, et al, p. 255).

Considerando o exposto, a interdisciplinaridade se mostra como um dos instrumentos para a transformação do atual modelo assistencial demarcado historicamente por um modelo

⁵² “A disciplina é uma categoria organizada dentro do conhecimento científico que institui a divisão e especialização do trabalho, respondendo às diversas áreas das ciências. A instituição da organização disciplinar ocorreu no século XIX, com a formação das Universidades Modernas, desenvolvendo-se no século XX, com o impulso dado à pesquisa científica. Vale ressaltar que o modo de produção do conhecimento está inserido no modo de produção da sociedade. Assim, com o capitalismo emergente e a expansão das indústrias, observou-se uma estreita integração entre ciência e tecnologia, isto é, o saber resultante da fragmentação dos objetos simples era transformado em tecnologia para atender as demandas do modo de produção vigente (MENOSSI, et al, 2005, p. 254).

positivista, onde a doença é vista como desvio e ameaça anômica a ordem e estrutura social era tratada basicamente através de uma ótica biocêntrica.

Os estudos de Gomes e Deslandes (1994) apresenta uma síntese das primeiras tentativas de interdisciplinaridade na saúde, iniciando-se pela década de 1960, em que os autores expõem as experiências da medicina comunitária, nos Estados Unidos com a tentativa de interdisciplinaridade na área da Saúde Mental na Europa.

Nessa perspectiva havia a tentativa de articulação entre as disciplinas sociais e biomédicas, embora ressaltam os autores que “já se constatava obstáculos epistemológicos, psicossociais institucionais e de linguagem” (ABEMO, 1989, apud GOMES, et al, 1994, p. 107). Já na década de 1970 aponta os referidos autores que está foi marcada por profundas críticas ao modelo funcionalista na saúde.

“Em muitos países latinos, já se colocava o estudo da produção social das doenças, onde o adoecer era percebido através dos condicionantes econômicos, históricos e sociais” (GARCIA, 1989, apud, GOMES, et al, 1994, p. 108). No entanto relatam que apesar da ampliação de perspectivas, não pode-se dizer que houve um grande avanço para o diálogo interdisciplinar, muito embora afirmam que já se questionasse, principalmente na década 1980, a esterilidade do enfoque unidisciplinar, por mais abrangente que fosse sua análise.

Contudo confirmam os autores que a década de 1980, foi fortemente influenciada pela participação dos movimentos sociais consagrando-se o conceito ampliado de saúde, e exigindo assim novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática.

Para Gomes e Deslandes (1994) o que também se coloca no debate da saúde pública, é a existência de um campo político, um espaço considerado por estes de hegemonia de uma disciplina ou de articulação cooperativa entre disciplinas “é um campo de correlação de forças, fortemente relacionado à consciência social e política que se engendra no confronto das práticas” (GOMES, et al, 1994, p. 109).

E é a partir dessas considerações e retomando os estudos de Frenk (1992) analisando pelos autores que estes chegaram à conclusão de que para se chegar à saúde pública, é preciso que haja um esforço interdisciplinar que tem como consequência uma abertura conceitual. Pontuam a existência de alguns obstáculos à interdisciplinaridade no campo de saúde pública, sendo estes identificados como obstáculos epistemológicos, institucionais e psicossociológicos tal como postula Gusdorff (1976).

Correndo o risco de uma simplificação, podemos apontar ainda, alguns aspectos relacionados: (a) a forte tradição positivista e biocêntrica no

tratamento dos problemas de saúde; (b) os espaços de poder que a disciplinarização significa; (c) a estruturação das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si; (d) as dificuldades inerentes a experiência interdisciplinar tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas (GOMES, et al, 1994, p. 109).

Entre os pressupostos apresentados sobre o objeto interdisciplinaridade em destaque na saúde, este pode ser considerado ao mesmo tempo como uma questão de saber e de poder. No entanto não significa dizer que esta visa à justaposição de saberes pelo contrario busca unir os conhecimentos e praticas fragmentada, como também não anula a especificidade de cada campo de saber do conhecimento.

A interdisciplinaridade, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo. Como afirma Madeira (2009, p, 43) que a interdisciplinaridade não se figura como uma abstração, “é uma prática coletiva, pois as demandas de saúde são complexas e só poderão ser solucionadas pelo trabalho integrado e pela diversidade de olhares a partir de uma situação-problema”.

Pondera ainda a referida autora que essa prática é processada e construída no cotidiano do trabalho e “a partir de uma sintonia que não se reivindica como a unanimidade coagida, tendo clareza que existem questões particulares (especificidades) de cada profissional que deve ser respeitada” (MADEIRA, 2009, p. 43).

Como é salientado por alguns como Neto (2000) que a reorganização do Sistema de Saúde, configura-se uma nova concepção de trabalho, “solicitando uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe exigindo uma relação interdisciplinar, requerendo uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal e integração entre os profissionais da equipe” (NETO, 2000, apud MADEIRA, 2009, p. 43). Exigindo cada vez mais dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais praticas que corroborem com a interdisciplinaridade para o alcance de um atendimento integralizado.

4.3 A Interdisciplinaridade no Programa Rede Cegonha

A prática interdisciplinar exige muito mais que a presença de profissionais de distintas formações em uma mesma equipe ou projeto, demanda, sobretudo, “o abandono de posturas profissionais sectárias e centralizadas” pontua Carvalho (2012, p. 1).

No trabalho em saúde, a interdisciplinaridade pode ser entendida como uma maneira de se abordar determinadas situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional. Para compreender esse aspecto, buscou-se conhecer as concepções dos membros do programa RC do HGRS acerca do que se entende enquanto interdisciplinaridade. Os profissionais participantes descrevem o que para eles seria a interdisciplinaridade, vejamos,

Relação entre profissionais de diversas categorias e saberes que interagem para atendimento integral da população. Interação com olhares e posições diversas sobre o mesmo objeto (AS).

É a composição de conceito/conhecimento em diversas áreas em torno de um objeto de estudo. Cooperando mutuamente para a construção ou resignificação de conhecimento (ENF).

A interdisciplinaridade vai além da multidisciplinaridade, significa que há um trabalho articulado com todas as categorias profissionais (AS).

Realização de ações conjuntas de vários profissionais da equipe respeitando as especificidade de cada categoria (AS).

Ação realizada por equipe de modo conjunto, onde todos seguem com mesma linguagem e proposta de trabalho (TO).

Os profissionais que compõem o programa que responderam ao questionário entendem a interdisciplinaridade como um conjunto de ações que exige participação, articulado, e com interação entre seus membros, configurando assim um significado de trabalho conjunto. Compreendem que este trabalho integrado é de extrema importância, já que o paciente não pode ser visto apenas como portador de uma patologia, mas como alguém que deve ser considerado em outras dimensões como sinalizados por alguns profissionais.

Entendendo que a interação e a comunicação favorecem a troca de experiências, trazem conhecimentos e resultam em aprendizagem organizacional. Como informam:

É o trabalho conjunto de diferentes categorias, cada um contribuindo com sua área de conhecimento para um único propósito: a recuperação do indivíduo (paciente) (ENF).

É um trabalho executado por diversos profissionais sendo que cada um responde na sua área com respaldo. Mas todos as áreas com um objetivo: prestar assistência plena (NUT).

Troca de experiências entre profissionais de categorias diversas auxiliando na construção de estratégias e intervenções com objetivos mais globais para os usuários e familiares (TO).

Dessa forma, percebe-se que a equipe compreende a interdisciplinaridade conforme as considerações de Oliveira (2003) e Fazenda (2002), que em seus estudos apontam a interdisciplinaridade como sendo uma interlocução entre os variados polos do saber como uma inevitável característica do mundo organizado do conhecimento. “A interdisciplinaridade transcende a união de forças para a obtenção de um objetivo comum, ela possibilita o diálogo, a troca de conceitos e ideias, a criatividade” (OLIVEIRA, 2003, p. 3).

Já Fazenda (2002) aborda a interdisciplinaridade como uma atividade coletiva diante da questão do conhecimento, um projeto em que causa e interação coincidem, um fazer que surja de um ato de vontade e que, portanto, exige uma imersão no trabalho cotidiano. “Dessa forma, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto” (FAZENDA, 2002, apud, OLIVERA, 2003, p. 3).

Quanto à forma de se processar o trabalho em equipe, o entendimento dos profissionais é semelhante ao apontado como característica do trabalho em saúde por Matumoto (2005)⁵³, Sobre esse aspecto, e Schraiber *et al.* (1999) que afirmam que o trabalho em equipe é o que se compartilha, negociando as distintas necessidades de decisões técnicas.

Nesse sentido, Peduzzi (2001) e Scharaiber *et al* (1999) ressaltam que o trabalho em equipe não pretende desconsiderar as especificidades dos trabalhos, pelo contrário, esse trabalho precisa ser compartilhado e as diferenças técnicas devem ser entendidas como fator facilitador para a divisão do trabalho com vista à qualidade dos serviços prestados (SILVA, 2012, et al, p. 157).

⁵³ “Torna-se imprescindível que cada organização e cada serviço de saúde identifiquem suas especificidades, realidades e necessidades no sentido de contribuir ativamente como espaço integrador é necessário evidenciar que o tipo de trabalho desenvolvido na saúde, é considerado um trabalho vivo, concordando com Merhy (1997), portanto, ele é desenvolvido essencialmente por seres humanos, e por mais que existam elementos facilitadores ao seu desenvolvimento, não existem equipes perfeitas, assim como o trabalho desenvolvido por essa equipe não conseguirá se processar integralmente por todo o tempo (MATUMOTO et al. 2005, p. 13).

A partir das concepções apresentadas, fica evidenciado que a equipe têm o entendimento de que no cotidiano é imperativa a existência dos elementos: comunicação e interação efetiva. Como escrevem:

A integração da equipe multiprofissional favorecendo a relação de parceria na qual quando necessário possa ocorrer à troca de papéis (ME).

Equipe que trabalha integrada nas ações do trabalho um fazendo o papel do outro em harmonia (ENF).

Há um grande esforço da equipe para manter a equipe integrada, há um bom nível de relacionamento e reuniões de equipe quinzenais (AS).

Entretanto, também há relatos de profissionais que discordam da existência de práticas totalmente interativas e integrais, demonstrando que não são todos os profissionais que participam das atividades interdisciplinares. O que corrobora com as diferenças técnicas que dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas categorias profissionais. Conforme Peduzzi (2001)⁵⁴, as desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, “hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimadas sociais às deferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p.107). Como descrevem alguns profissionais,

Há uma boa integração sendo que alguns profissionais interagem mais que outros e outros menos. Quando as atividades são executadas com os binômios há a participação e apoio da equipe de enfermagem também. (ENF)

A interação acontece prioritariamente pelos profissionais não médicos. O que se é discutido em reunião colegiada, não chega na linha de frente com os profissionais da assistência, e quando acontece em proporções menores. (AS)

Existem tentativas de alguns profissionais, mas há resistência de muitos. (AS)

Há pouco ou nenhuma interação. Cada categoria profissional desempenha suas funções de forma quase autônoma, independente, com pouca troca. (ENF)

Sim. Porém temos dificuldades devido à hegemonia da categoria medica que não se agrega as demais na construção da Rede Cegonha. (ENF)

⁵⁴ Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto às diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001, p. 107).

Com a finalidade de identificar as características que fazem parte do cotidiano de trabalho interdisciplinar dessa equipe, buscou-se conhecer como o seu trabalho se processa no cotidiano. E como estes contribuem para concretização da interdisciplinaridade no dia-a-dia de trabalho. De acordo com os profissionais que responderam ao questionário, dentro dessa instituição, o contexto de trabalho é considerado bom, pois existem rotinas predeterminadas e uma boa relação interpessoal.

E a instituição desenvolve ações entendidas como interdisciplinares por estes profissionais, como plano terapêutico singular; as reuniões da Rede Cegonha, discussões através seminários e grupos de trabalhos, cursos mensais, especialmente os do método canguru, e discussões de casos. Essas situações de reuniões multidisciplinares são sublinhadas por Fortuna (2005) como sendo situações que podem significar momentos favorecedores para promoção do diálogo e da interação, “mas podem também se deparar com contradições e com diferenças nem sempre expressadas objetivamente” (FORTUNA, et al, 2005, apud, SILVA et al, 2012, p. 162).

Como descrevem alguns, sobre a falta de ações interdisciplinares,

Considero que muito pouco e que o excesso de trabalho tem causado desgastes nas relações, pois, cada um acaba se preocupando com as suas tarefas que são colocadas pela instituição (AS).

Existem ainda poucos espaços na unidade onde são desenvolvidas essas ações (AS).

Sim, há um esforço para que isto ocorra e as discussões em equipe e as reuniões é uma prova deste esforço, mesmo sabendo que ainda não estamos num nível ideal (AS).

Não. Alguns poucos profissionais se propõem a trabalhar de maneira articulada e com estes as ações são mais efetivas (ENF).

Os coordenadores realizam reuniões semanais com todas as categorias para a discussão dos indicadores e implantação do programa. Mas, na assistência as ações são multiprofissionais com pouca ou quase nenhuma articulação (AS).

Nesse contexto, o trabalho desses profissionais evidenciou que em alguns momentos de sua prática, de forma contraditória em relação às concepções inicialmente trazidas por cada membro da equipe, no entanto há o reconhecimento de que o planejamento, a organização e as rotinas do trabalho nem sempre acontecem como previstas. O que conforme as considerações de Silva (2012, p. 163) “é devido à dinâmica e intercorrências cotidianas que, por vezes, as equipes necessitam modificá-las de forma individual e não como uma construção conjunta”.

A ideia inicial de que a equipe pode atuar conjuntamente para resolver seus problemas apresenta outra contradição, sobretudo quando há uma percepção de que a disponibilidade de cada um é imposta pelo hospital e que tudo deve ser repassado para a coordenação, o que evidencia a existência de limitação da autonomia da equipe. A partir desse contexto, pode-se inferir que a comunicação e a interação nem sempre estão presente no trabalho dessas equipes, pois, em alguns momentos, ambas acontecem de forma individual, trazendo o entendimento de que não haja unanimidade quanto à forma de gerenciamento dos processos ou insatisfação da forma como a equipe é gerida (SILVA, et al, 2012, p. 163).

Quando questionados sobre como tem contribuído para a concretização da interdisciplinaridade na instituição, os profissionais responderam que procuram participar das discussões coletivas. E outros relatam incentivam o trabalho da equipe na unidade. Muitos descrevem em suas respostas que participam dos espaços que são propostos para tais ações. Há também relatos de profissionais que dizem não realizar tais atividades. Como apontado;

Muito pouco, pois temos que dar conta de outras atividades na instituição e trabalhamos com o número reduzido de profissionais (AS).

No momento não temos conseguido realizar ações interdisciplinares no setor CO, devido à dificuldades em articular as equipes (ENF).

A iniciativa é da própria equipe, mas em função da demanda do trabalho e da necessidade de darmos resposta imediata as situações apresentadas. Os espaços para exercício da interdisciplinaridade ainda é pouco (AS).

Dentre as ações descritas pelos profissionais como ações desenvolvidas por estes para potencializar a Interdisciplinaridade. Estão as discussões dos processos de trabalho nas reuniões das equipes de trabalho e nas reuniões das equipes. Bem como a criação de espaços para a discussão de casos e planejamento de intervenção conjunta de situações específicas. Rodas de conversa, grupos terapêuticos atendimento individuais de modo interdisciplinar com diversas categorias, iniciativas de atividades em equipes com usuários e profissionais.

A prática interdisciplinar estabelece clara articulação entre os profissionais e interação real dos conhecimentos, mediante relações de interdependência e de conexões recíprocas, de horizontalização de saberes, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações. Neste caso, a interdisciplinaridade tem o objetivo de gerar uma intervenção comum relacionada à solução de um problema prático e às demandas do serviço de saúde. Assim, apesar de existirem divergências e dificuldade na definição do conceito de

interdisciplinaridade entre os profissionais que responderam ao questionário, todos entendem a interdisciplinaridade como um método voltado para a prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, tem ocorrido uma série de transformações no mundo do trabalho, nas relações entre as pessoas, nas inovações tecnológicas, originando novas maneiras de se organizar o trabalho. Em relação à saúde, as metamorfoses se operam no fortalecimento do cuidado e no clamor pela integralidade das ações como as práticas interdisciplinares nos processos de trabalho em saúde. Com isto, este estudo procurou investigar a constituição dos sentidos da interdisciplinaridade e sua importância no processo de trabalho de uma equipe multiprofissional em saúde. O estudo de caso se deu junto a equipe que compõem a maternidade do HGRS que estão ligados ao programa de atenção materno infantil Rede Cegonha.

A Interdisciplinaridade, ainda que genericamente, constitui-se como um conceito polivalente quanto ao campo de sua emergência de sentido e às aplicações práticas, tem como recomendação não anular os saberes diferenciados envolvidos no processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, mas sim que as mesmas dialoguem entre si numa perspectiva interacional em busca de inovação.

A construção de estratégias como a interdisciplinaridade tem em vista à busca de uma forma diferenciada no atendimento prestado aos usuários, o qual seja capaz de atender, de forma satisfatória, à demanda dos usuários, juntamente com a minimização da hierarquia de poderes e saberes envolvidos na prestação do cuidado, e à efetivação da prática da integralidade no serviço de saúde, no que concerne ao atendimento integral do indivíduo diante de todas as suas necessidades. No entanto, constata-se, diante, das análises dos discursos, dos participantes desta pesquisa que em muitas equipes podem existir práticas ditas interdisciplinares, que na realidade são multidisciplinares por não promoverem uma articulação e interação entre diferentes pontos de vistas, e saberes profissionais.

Neste sentido, alcançamos a consecução dos objetivos propostos pela pesquisa, visto que após o levantamento bibliográfico e a pesquisa empírica, podemos analisar a organização do processo de trabalho na atenção materno- infantil do HGRS, especificamente no programa da Rede Cegonha. Os achados do trabalho apontam que a equipe de saúde composta por profissionais de diversas categorias, conceitua a interdisciplinaridade como uma forma de trabalho onde exige a necessidade da interação, em prol de um objetivo comum, ou seja, diversos saberes a serviço de um único objeto.

Entretanto, esse conhecimento não se efetiva durante o processo de trabalho da equipe como um todo, existindo praticas interdisciplinares em momentos específicos do processo de

trabalho, mas que não permeiam todo o desenvolvimento de ações. Dessa forma comungo com Pedduzi (2001), de que esses atributos podem ser atribuídos a uma equipe agrupamento que é caracterizada pela autora como uma justaposição de ações e um mero agrupamento de agentes tendo sua essência na fragmentação das ações, diferindo da equipe integração que possui a articulação das ações e a interação dos agentes como marcas.

Essas questões podem ser explicadas pelo modelo biologicista e organicista das formações envolvidas neste processo de trabalho, que segmentam a visão do todo, interferindo em processos mais complexos, que exijam a articulação dos saberes. Outro fator importante que deve ser destacado é a centralização das decisões que impedem a participação da equipe nos espaços de construção, negociação e decisão do programa Rede Cegonha.

Vale salientar também, que relações de poder se estabelecem entre algumas categorias que se sobrepõem as outras no processo de trabalho, inviabilizando uma prática coletiva em prol da resolução de questões tão complexas como a da saúde. Um ponto a ser destacado apontado pelos participantes da pesquisa diz respeito ao fato da precarização do sistema de saúde que tem proporcionado um excesso de trabalho, ocasionando desgastes nas relações de trabalho, em que os profissionais tem que desenvolver além das ações cotidianas, ações definidas pela gestão, que não foram pactuadas por toda equipe.

Para modificar essa realidade é preciso definir na maternidade do HGRS como um espaço na política de atenção materno infantil onde se ofertem ações de saúde especializadas, com tecnologias adequadas, cuidados articulados e integrais, visando a romper com práticas fragmentadas no atendimento dessa população, para tanto é necessário garantir recursos e investimentos. Além disso, é necessário humanizar o processo de trabalho interdisciplinar nesta unidade de saúde, pois, diante da complexidade pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe multiprofissional de saúde, com o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupondo o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Filho N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. Ciência e Saúde Coletiva, 1997, 5- 20.
- AMORIM, D. S. GATTÁS, M. L. B. **Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde**. Revista Medicina Ribeirão Preto. 2007, 40 (1): 80- 84.
- ANTUNES, Ricardo. **A Dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In **O Território e o Processo Saúde- Doença/** Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andra Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fio Cruz. p. 51- 86, 2007.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2008.
- BERTOLOZZI, Maria Rita. GRECO, Rosângela Maria. **As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais**. Revista Esc. Enf. USP, V 30, nº. 3, p. 380-398, São Paulo, Dez. 1996.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
- BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In - Saúde e Serviço Social. 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica de Saúde**. 2ª ed. Brasília 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998**. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.482, de 20 de agosto de 1998**. Inclui na tabela do sistema de informação hospitalar – SIH/SUS, os grupos de procedimentos abaixo relacionados, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos sistemas de referência hospitalar no atendimento terciário a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998e.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília, 2005c. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, 2006a. 160 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Participe do Pacto Nacional e contribua para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras. **Balanco de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: dados atualizados em 21/7/2006**. Brasília, 2006c. Fôlder.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G. S. W. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 32, jul. 2003. Livro de resumos I.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; JUNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; VASCONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de; GUERRERO André Vinicius Pires. **Um Modelo**

Lógico da Rede Cegonha. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1297-1316, 2013.

DIAS, M. A. B. DESLANDES S. F. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Brasil: Os desafios de uma política pública de humanização da assistência.** Cad. Saúde Pública [internet]. 2006.

DÓREA, Grazielle Souza. **Organização do Trabalho e Sofrimento psíquico dos Trabalhadores em Unidades de Emergência da Rede Pública do Estado da Bahia: O Caso do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS).** Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas – DCH/ CAMPUS I. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional. Salvador 2010.

FEUERWERKER, L.C.M, SENA R.R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe – sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?.** Olho Mágico (UEL), Londrina, v.5, n.18, p. 5-6. Mar. 1998.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FORTUNA, C. M. et al. **O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.** Rev. Latinoam. Enfermagem, 13(2): 262-268, 2005.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 135 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999, p.26-41; 99-116 .

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. – 10. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 11ª ed. RJ/SP: Record, 2009.

GOMES, Fábio Guedes. **Conflito social e *welfare state*: Estado e desenvolvimento social no Brasil.** Rev. Adm. Pública[online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 201-234. ISSN 0034-7612.

GOMES R, DESLANDES S.F. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção.** Rev Latino de Enfermagem 1994 janeiro; 2(2):103-14.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago; 1976.

LIEDKE, E. R. Trabalho (Verbetes). In CATTANI, A. D. (org.). **Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico.** Petrópolis: Vozes, 1997.

LUKÁCS, George. “As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem”, in Temas de Ciências Humanas. São Paulo, Ed. Ciências Humanas, n. 4, 1978.

LUCKACS. **A ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80.** PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva. Volume 1. Nº 1, 1991.

MADEIRA, Karin Hamerski. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: Um estudo de caso.** 2009. P. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho)- Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, SC. Orientador: CUTOLO, Luiz Roberto Agea.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATOS, G. C. de, ESCOBAL A.P, SOARES, M. C. et al. **A Trajetória Histórica Das Políticas de Atenção ao Parto no Brasil: Uma Revisão Integrativa.** Rev. Enferm. UFPE on line, Recife, 7 (esp): 870-878, Mar, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6 ed. – 2. Reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional.** 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MARX, K. **O Capital.** 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. V.1.

MEIRELES, B.H.S, ERDMANN, A.L. **A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde.** Texto Contexto Enfermagem 1999 jan/abr; 8(1):149- 65.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor,1 – Série textos).

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MENOSSE, M. J, OLIVEIRA, M. M; COIMBRA,V.C.C; PALHA P.F; ALMEIDA M.C.P. **Interdisciplinaridade: Um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde.** Revista de enfermagem UERJ, 2005. 13: 252-256.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy E. E, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112. (Coleção Saúde em Debate).

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E, Franco TB. **Trabalho em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro:Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 276-82.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. LAPIS, Naira Lima. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: Reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho**. Psicologia e Sociedade; 19 (1): 61-68; Jan/Abr. 2007. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

MILS, W. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Revista Medicina Ribeirão Preto 1991, Abr /Jun; 24 (2): 70-77.

MORIN, E.A. **A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. **Economia Política: Uma Introdução Crítica**. São Paulo: Cortez, 2006, (Biblioteca Básica de Serviço Social, V. 1).

NUNES, E. D. **A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais**. In: Canesqui AM. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 95-113.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

ORDACGY, André Silva. **A Tutela de Direito de Saúde como um Direito Fundamental do Cidadão**. Disponível em: http://www.dpu.gov.br/pdf/artigo_saude-andre.pdf. Acesso em 28 de Fev, 2013.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. [Tese]. Campinas: Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: Possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese (livre docência)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo 2007.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia**. Revista de Saúde Pública, 2001; 35(1): 103-109.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde,

(Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em Equipe**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 271-278.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. *Ciência & Cognição*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

PIRES, Denise. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume; 1998.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde**. *Rev. Bras. Enfermagem* 2000; 53: 251-63.

PIRES, Denise. **Novas Formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem**. *Rev. Baiana Enfermagem* 2000; 13: 83- 92.

PLASTINO, C.A. **A crise dos paradigmas e a crise do conceito de paradigma**. In: Brandão Z. A. *Crise dos paradigmas e a educação*. São Paulo: Cortez; 1994.

RAMOS, Marise Nogueira. **“Conceitos Básicos sobre o Trabalho” in “O Processo Histórico do Trabalho em Saúde”**/ Org. Por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fio Cruz, 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

SANTOS, Elisangela Souza. **O Processo de Doação de Órgãos e Tecidos: A Experiência da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos do Hospital Roberto Santos**. 2012. 135 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional) – Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas. 2012 (Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Ferreira Meneses).

SCHRAIBER, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese livre-docência]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997a.

SCHRAIBER, L. B. **No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina**. *Interface Comunic Saúde Educ*. 1997b;1(1):123-38.

SCHRAIBER, L. B; PEDUZZI, M; SALA, A; NEMES, M.I.B, CASTANHEIRA E.R.L, KON R. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(2): 221-42.

SILVA, L. A. SANTOS, J. N. **Concepções e práticas do trabalho e da Gestão de Equipes Multidisciplinares na Saúde**. Revista de Ciências da Administração. Universidade Federal de Santa Catarina. V. 14, N. 34, p. 155-168, Dez 2012. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/105007/2175-8077.2012v12n34p155>.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, Junho de 2011.

VILELA, Elaine Morelato. MENDES, Iranilde J. M. **Interdisciplinaridade e Saúde: Um Estudo Bibliográfico**. Rev. Latino-am Enfermagem 2003, Jul/Ago; 11 (4):525-31. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acessado em 10 de Março de 2014.

YIN, Robert, K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi, 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Senhor(a) está sendo convidado como voluntário para participar da pesquisa de monografia “O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE” do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Esta pesquisa poderá contribuir para a reflexão de como se desenvolve o trabalho profissional em equipes multiprofissionais no Hospital Geral Roberto Santos, do Programa Rede Cegonha, etapa fundamental para compreender as condições, os desafios, os limites e possibilidades estabelecidas aos profissionais na conjuntura contemporânea. Nesse sentido, sua participação é fundamental. Para a coleta de informações será utilizada um questionário semi-estruturado. O conteúdo deste questionário será arquivado, durante cinco anos pelo professor orientador, Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo. Após esse período, os questionários serão descartados. Garanto que a sua identidade será mantida em sigilo através de nomes fictícios e suas respostas utilizadas apenas para trabalhos e artigos científicos. Havendo qualquer desconforto durante a entrevista, esclarecerei dúvidas, reagendarei a entrevista ou aceitarei sua desistência em participar. Os questionários serão entregues aos participantes da pesquisa em local privativo e horário combinado, podendo você desistir da mesma a qualquer momento ou retirar seu consentimento sem sofrer nenhuma penalização. Esta pesquisa possui fins acadêmicos, não trará qualquer gasto financeiro para aqueles que aceitarem participar da mesma. Para concordar em participar deste estudo, você deverá assinar duas cópias deste documento, que também será assinado por mim. Uma das cópias ficará com você e outra comigo. Como responsável pela coleta de informações, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, no e-mail crislaneisabela@hotmail.com ou pelo telefone celular (71) 9303-0111. Você também pode contatar meu orientador o Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo, através do telefone (75) 9225-7090 ou pelo e-mail fhenriquecr@gmail.com. Esclarecidas as condições, convido você a participar de forma voluntária no estudo, conforme resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Ao finalizar esse processo encaminharei o convite da apresentação da defesa desse trabalho a ser marcado em hora e data definida pela banca examinadora informando-a com antecedência.

Salvador -BA, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do (a) Participante

**Crislane Isabela Ferreira da Silva
Pesquisadora**

**Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
Pesquisador Responsável**

APENDICE B – MODELO DE QUESTIONÁRIO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

I – IDENTIFICAÇÃO:

- 1) Sexo: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Profissão: _____
- 4) Quanto tempo de formado? _____
- 5) Há quantos anos trabalha no hospital? _____
- 6) Qual é o seu vínculo de trabalho? _____
- 7) Qual sua carga horária de trabalho? _____
- 8) Possui outro vínculo empregatício? _____
- 9) Quanto tempo está vinculado ao programa rede cegonha? _____
- 10) Unidade de lotação: Ambulatório () / Centro Obstétrico () / Enfermaria 3ª andar () / Semi-intensiva () / UTI- NEO () / Alojamento Canguru ().

II – PERGUNTAS:

- 1) Como você avalia/ entende o programa Rede Cegonha?
- 2) Como você avalia/ entende o seu trabalho no Rede Cegonha?
- 3) Há interação entre os profissionais que integram a rede cegonha? De que forma acontece?
- 4) O que você entende sobre interdisciplinaridade?
- 5) Tem desenvolvido ações que potencializam a interdisciplinaridade? Como propõe essas ações?
- 6) A instituição tem desenvolvidos ações que promovam a interdisciplinaridade entre a equipe?
- 7) Como você tem contribuído para a interdisciplinaridade na equipe?

ANEXO A – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS



HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

Salvador-Ba, 17 de dezembro de 2013

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas co-responsabilidades como organização co-participante do projeto de pesquisa intitulado “O PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE” de autoria da graduanda em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia CRISLANE ISABELA FERREIRA DA SILVA, sob orientação do Profº FRANCISCO HENRIQUE DA COSTA ROZENDO, tendo como origem a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.


Dra. Delvone Freire Gil Almeida
Diretora Geral - HGRS

*Dra. Delvone Freire Gil Almeida
Diretora Geral - HGRS
Data: 17/12/2013*