



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FÓRUM REDE CEGONHA PIAUÍ: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE
UM COLETIVO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE**

**Mestranda: Soraya Maria de Albuquerque Pessôa
Orientadora: Prof^a Dra. Corina Helena Figueira Mendes**

**Rio de Janeiro
Abril de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**FÓRUM REDE CEGONHA PIAUÍ: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE
UM COLETIVO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE**

Soraya Maria de Albuquerque Pessoa

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, como parte dos requisitos para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Profa Dra. Corina Helena Figueira Mendes

**Rio de Janeiro
Abril de 2017**

Pessôa, Soraya Maria de Albuquerque .

FÓRUM REDE CEGONHA PIAUÍ: ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE UM COLETIVO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE / Soraya Maria de Albuquerque Pessôa. - Rio de Janeiro, 2017.

92 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Corina Helena Figueira Mendes.

Bibliografia: f. 0-92.

1. Fórum Rede Cegonha. 2. Comitê perinatal. 3. Coletivo de gestão. 4. Análise institucional.. I. Título.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma forma de reconhecimento e valorização às pessoas que são importantes na minha vida. E como são tantas nesse período do mestrado! Cada encontro que tive foi relevante de alguma forma, cada palavra amiga, cada sorriso, cada lágrima, cada demonstração de afeto, amor, admiração, confiança, mesmo os tropeços, os desentendimentos, os desafios fizeram essa caminhada e constituíram-me como estou. Na impossibilidade de nomear todos que mereciam este agradecimento, destacarei os que se fizeram mais presentes.

Ao meu mestre espiritual, que sempre me ilumina e me fortalece não me deixando esmorecer, nunca, diante dos obstáculos da vida.

Ao meu marido, Adilson, pelo incentivo que ofertou em alguns momentos, possibilitando minha conquista.

As minhas preciosas filhas, Bárbara e Andreza e aos meus netos, Maria Júlia e Henrique, não deixando de lembrar o meu genro João Victor, pelo apoio e o cuidado nesse momento da minha vida.

À minha amada orientadora, Prof^a Corina Mendes, que, com doçura, sabedoria e competência, soube conduzir-me de forma tão construtiva e adequada à conclusão do mestrado, contribuindo para o meu crescimento pessoal, intelectual e profissional.

A todos os professores do mestrado, que me ajudaram a construir o alicerce necessário para solidificar a construção da minha dissertação.

As queridas amigas do mestrado, não deixando de citar as companheiras de hospedagem, muito obrigada pelos encontros, pelos aprendizados e pela oportunidade de conhecê-las e por fazerem parte de um momento muito especial da minha vida.

Às queridas Veronésia e Ana Eulálio, pela competência profissional e pela doçura com a qual me acolheram na reta final do meu trabalho.

A todos os profissionais quem fazem parte do Fórum Rede Cegonha/PI, pela disponibilidade e cooperação, e, em especial, à querida Márcia que me ajudou muito facilitando a minha pesquisa.

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de analisar a experiência de constituição do Fórum Rede Cegonha Piauí como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde no estado, visando à contextualização de seu percurso, a partir de uma linha do tempo, considerando a atuação do apoio institucional desempenhada pela mestranda, a implantação e a implementação das políticas públicas de saúde no estado, identificando os seus movimentos e dinâmicas, os arranjos e as estratégias durante o seu processo de construção e sistematizando a sua produção. Foi realizado um estudo de caso, de caráter exploratório, e adotada a análise institucional como abordagem teórico-metodológica, considerando que o objeto de estudo se configurou como produto e espaço de intervenção da pesquisadora em sua função de apoiadora institucional. As técnicas aplicadas foram a leitura e sistematização de informações do acervo institucional (atas, notas, *emails* e documentos legais e outros) e pessoal (diários da apoiadora) e o diário de campo da pesquisa oriundo da observação participante nas reuniões do Fórum. Os resultados mostraram que o Fórum PI se caracterizou ao longo de seu percurso como espaço de gestão buscado por diversos segmentos voltados para gestão, atenção e controle da implantação e implementação de políticas materno infantis no estado. Mas há desafios para serem enfrentados na direção para que se torne um coletivo mais democrático e inclusivo, especialmente no que se refere aos trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Mulher, Políticas Públicas.

ABSTRACT

This work had the objective of analyzing the experience of constitution of the Forum Stork Network Piauí, as a collective space for the management of public health policies in the state, aiming at the contextualization of its course, from a timeline. Taking into account the performance of institutional support performed by the master student, the implantation and implementation of public health policies in the state, identifying their movements and dynamics, arrangements and strategies during their construction process and systematizing their production. An exploratory case study was carried out, and institutional analysis was adopted as a theoretical and methodological approach, considering that the object of study was configured as a product and space of intervention of the researcher in her role as institutional supporter. The techniques applied were the reading and systematization of information from the institutional collection (minutes, notes, emails and legal documents and others) and personal (support diaries) and the field journal of the research coming from the observation participant in the meetings of the Forum. The results showed that the Forum has been characterized throughout its course as a management space sought by several segments focused on management, attention and control of the implantation and implementation of maternal and child policies in the state. But there are challenges to be faced in the direction to become a more democratic and inclusive collective, especially with regard to health workers and SUS users.

Keywords: Maternal-Child Health Services; Prenatal care; Collective Women's Health, Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aben	Associação Brasileira de Enfermagem
Abenfo	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
APPM	Associação Piauiense dos Prefeitos Municipais
A&CR	Avaliação e Classificação de Risco
BH	Belo Horizonte
BLH	Banco de Leite Humano
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDECA	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEDM	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CES/PI	Conselho Estadual de Saúde do Piauí
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAMCA	Centro Integrado de Assistência à Mulher, Criança e Adolescente
CMDM	Conselho Municipal dos Direitos da mulher
CMS	Conselho Municipal de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
Cosems	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
Facid	Faculdade Integral Diferencial
Facime	Faculdades de Ciências Médicas
FHT	Fundação Hospitalar de Teresina
FMS	Fundação Municipal de Saúde
Fórum PI	Centro de Formação, Estudos e Pesquisas
HILP	Hospital Infantil Lucídio Portela
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Criança da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NOVAFAPI	Centro Universitário Uninovafapi

OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades
PI	Piauí
PNH	Política Nacional de Humanização
Paism	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém Nascido
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Sasc	Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania
SES	Secretária Estadual de Saúde
Sesapi	Secretaria de Estado da Saude do Piauí
SEMTCAS	Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e da Assistência Social
SHPP	Sindicato dos Hospitais Privados do Piauí
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMST	Secretária Municipal de Saúde de Teresina
<i>Scielo</i>	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
Sopepi	Sociedade de Pediatria do Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
Supas	Superintendência de Assistência a Saúde
Supat	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Indicadores de saúde materna infantil, Piauí, 2010.....	38
Tabela 02:	Gestores da saúde, Piauí, 2011-2016.....	46
Tabela 03:	Trabalhadores da saúde, Piauí, 2011-2016.....	47
Tabela 04:	Controle social, Piauí, 2011-2016.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Demandas e efeitos sobre acolhimento e classificação de risco para gestante e recém-nascido, Fórum PI, 2011-2016.....	50
Quadro 02: Demandas e efeitos relacionados ao laboratório Lacen, Fórum PI, 2011-2016.....	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Diagrama sobre a relação de fontes de informações.....	35
Figura 02: Diagrama para sistematização e análise das pautas, Diário de campo, 2016.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETO, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	20
4 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	21
4.1 O Política Nacional de Humanização e suas bases teóricas	21
4.2 Função apoio e aposta em coletivos	21
4.3 Compreensão das forças que atuam na constituição de coletivos	27
4.4 Cogestão e gestão participativa	29
4.5 Análise Institucional	32
4.5.1 Implicação	34
5 CAMINHO METODOLOGICO	36
5.1 Delineamento do estudo	36
5.2 Campo e participantes do estudo	37
5.3 Procedimentos para a construção, manejo, sistematização e análise das informações	38
5.4 Questões éticas	40
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6.1 Linha do tempo do Fórum PI	43
6.1.1 Contexto	43
6.1.2 Era PQM: Comissão Perinatal (2010-2011)	46
6.1.3 Era Fórum Rede Cegonha (2011-2016)	49
6.2 Fórum PI através de sua memória institucional: análise das atas	50
6.2.1 Composição do Fórum PI	51
6.2.2 Sobre às pautas e seus efeitos / desdobramentos	55
6.3 Notas sobre as reuniões do Fórum PI	58
6.4 Reflexões como apoiadora	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	75
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

O número de mortes maternas constitui um indicador de realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano de um país, estado ou município. Ele reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, as diferenças de gênero e a determinação política de promover a saúde pública¹.

Em diversos países, a busca de caminhos e soluções para enfrentar o problema da mortalidade de mulheres durante a gravidez e o parto continua sendo um desafio. A identificação e a implantação de intervenções efetivas durante o pré-natal e, preferencialmente no parto, quando predominam as mortes, são necessárias e devem ser prioridades do governo e da própria sociedade¹.

Na história da saúde pública brasileira, a atenção materna e infantil tem sido reconhecida como prioritária dentre as políticas de proteção social². A introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) no ano de 1983 ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto no resultado perinatal³.

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde (MS) tem proposto estratégias para resolução desses problemas, incluindo: a utilização adequada dos sistemas de registro de nascimentos e mortes - Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna; o planejamento

reprodutivo eficaz; a assistência pré-natal de qualidade; o uso adequado de tecnologias apropriadas; o atendimento profissional capacitado e a atenção institucional ao parto³.

No Brasil, o parto, salvo exceções na região Norte e no interior das outras regiões do país, é essencialmente hospitalar (98%), sendo 95,9% assistidos por profissionais habilitados, 88% médicos. O óbito neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) ocorre 25% no primeiro dia de vida, ou seja, antes da alta hospitalar, o que sinaliza para sua estreita relação com a atenção ao parto⁴.

Apesar da importante redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, o componente neonatal corresponde a cerca de 50 a 60% desses óbitos e tem apresentado uma queda aquém do desejado. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis através de ações dos serviços de saúde (à atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido), faz parte das demandas social e sanitária de nosso país^{5,6}.

Em 2000, o MS lançou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo critérios de desempenho e qualidade da assistência, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem à estratégia⁵. No ano de 2009, foi definido o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, trabalhando o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) visando à redução de óbitos evitáveis nos estados que compunham a Amazônia Legal e região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas⁶.

Nesse ano o Piauí (PI) passou a participar do PQM através da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), assumindo o compromisso de

mudança nas práticas assistenciais para redução da mortalidade materna e infantil no estado. Para implantação do PQM na maternidade, o MS selecionou e contratou o apoiador institucional com a proposta de organizar os processos de trabalho, sendo o coletivo e as rodas de discussões, o grande instrumento para viabilizar essas mudanças.

Em 2011, a Secretária Estadual de Saúde (SES) e Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina promoveram o primeiro encontro do PI para a discussão da atenção as gestantes e seus bebês até 28 dias, visando à formação da Comissão Perinatal do estado nos moldes de outras experiências brasileiras⁷. Esta proposta tinha o objetivo de constituir um espaço coletivo, plural, gestor e interinstitucional para firmar acordos éticos e políticos entre instituições, conselhos e sociedade civil para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e da criança. Esta deveria atuar como órgão permanente interinstitucional e multiprofissional, com caráter educativo, consultivo e propositivo, ligado à SES, por meio da Superintendência de Atenção Integral de Saúde (Supat), tendo sido formalizada através da Portaria Estadual nº 0007-B, de 10 de novembro de 2011⁷.

No mesmo ano foi lançada a estratégia Rede Cegonha com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e, a assistência à criança até 24 meses de vida. O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede Cegonha são resultantes de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno e infantil no SUS, como diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno

e Infantil, o PQM e de consistentes experiências municipais e estaduais⁸. Dentre as ações previstas pela Rede Cegonha está à constituição de um colegiado gestor plural para tratar da melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança.

No PI, ações desenvolvidas no âmbito estadual pela Comissão Perinatal ganharam mais embasamento teórico e político com a Rede Cegonha e, em 2013, este colegiado ganhou novo regimento e passou a ser chamado de Fórum Rede Cegonha PI. Dando continuidade ao trabalho que vinha sendo realizado, esse grupo vem se firmando no contexto do estado como espaço de discussão, proposição e de direcionamento técnico e político na área perinatal.

Essas iniciativas vêm confluindo para a configuração da linha de cuidado da gestante e do bebê, modelo proposto para divulgar os fluxos assistenciais seguros e garantidos para uma oferta de ação integral, contínua e permanente para atenção. 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 país⁹. No entanto, ainda é um desafio para a sua implantação a organização dos processos de trabalho.

A linha de cuidado é conceituada como uma organização do caminho do usuário pela rede de serviços com a qualificação das portas de entradas do sistema de forma que a equipe possa acolher, compreender, co-responsabilizar, intervir com vínculo e produzir autonomia, respeitando às demandas de cada um. A gestante, o bebê e a puérpera, são os protagonistas

de todo o processo de produção dessa rede, com a perspectiva de um trabalho integrado, reunindo múltiplos saberes¹⁰.

Sendo assim, frente ao apresentado, acreditamos que a análise da experiência de constituição e de trabalho do Fórum PI, suas perspectivas e desafios, apresentam potenciais e contribuição para a gestão de coletivos no contexto da Rede Cegonha e do SUS.

A dissertação é composta por capítulos, agrupados em temáticas afins, quais sejam: na primeira parte é apresentada a situação da mortalidade materna e infantil no Brasil e a estratégia da Rede Cegonha para diminuir, considerando a mortalidade no PI. Na seqüência, é mostrado o marco teórico metodológico, que descreve: a Política Nacional de Humanização (PNH) e suas bases teóricas, incluindo a função apoio e a aposta em coletivos; assim como a compreensão das forças que atuam na constituição de coletivos, cogestão e gestão participativa. O caminho metodológico empregado mostra o delineamento do estudo, campo e participantes do estudo, os procedimentos para a construção, manejo, sistematização e análise das informações e os aspectos éticos da pesquisa. A seguir são apresentados os resultados e as discussões, através da linha do tempo do Fórum PI e análise do acervo institucional das atas, pessoal e notas de campo sobre as reuniões-. Por fim, são feitas algumas considerações finais apoiadas nos resultados do estudo.

2 JUSTIFICATIVA

A partir de 2000, o MS passou a desenvolver ações, de forma mais sistemática, junto aos estados através do Programa de Humanização do Parto e Nascimento como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores materno e infantil².

Alguns fatores dificultavam a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho junto às equipes de saúde); e, ainda, a produção do cuidado, que apresentavam a tendência a medicalização e intervenção desnecessária nos processos de gestação, parto e nascimento¹¹.

Para incrementar as mudanças propostas o MS incentivou a constituição de vários coletivos, como grupos condutores, comitês de investigação dos óbitos e comitês perinatais com o objetivo de atuarem junto à implantação, mobilização e monitoramento das ações^{6,12}.

Nesse sentido, a experiência exitosa da Comissão Perinatal de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais (MG), foi inspiradora por promover uma rede articulada com o acolhimento; a garantia de acesso prioritário e o cuidado oportuno; a vinculação, a responsabilização e a continuidade do cuidado, a resolutividade e a regulação da atenção para promoção de equidade em prol da construção da linha de cuidado da gestante e do bebê nos estados e regiões do país⁹.

No contexto da Rede Cegonha, a proposta do Fórum era ser um espaço contínuo, de caráter deliberativo para tomada de decisões, voltado para às políticas de atenção à saúde da gestante e dos recém-nascidos e da criança até 02 anos, executando o planejamento, a avaliação, o monitoramento, a divulgação e a gestão das ações de saúde, favorecendo o acesso às práticas de saúde que defendam e protejam a vida. Para tanto deveria colocar em foco os principais problemas e as prioridades de atuação dos diversos componentes do SUS e setores da sociedade, envolvendo toda a rede de atenção, de planejamento reprodutivo e de saúde da mulher, do pré-natal de baixo e de alto risco, a rede hospitalar e atenção a saúde da criança, envolvendo a adequação dos serviços à necessidade da população⁹.

Esse coletivo em saúde é uma "tecnologia leve"¹ e que pode ser considerada -recente. No mês de abril de 2016 foi realizado levantamento no *Scielo*, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Banco de Teses Capes utilizando os descritores "Fórum Rede Cegonha", "comissão perinatal" e "coletivos em saúde". Os resultados na BVS mostraram: "Fórum Rede Cegonha" = 0, "comissão perinatal" = 01 e "coletivos em saúde" = 14. A busca no *Scielo* apresentou a mesma ausência de resultado para o descritor "Fórum Rede Cegonha", assim como nenhuma para "comissão perinatal" e dois para

¹ As tecnologias podem ser classificadas em leve quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas. (Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113 - 150.)

"coletivos em saúde". Por fim, a busca no Banco de Teses Capes demonstrou não haver resultados para os descritores utilizados.

Assim como em outros estados, o Fórum PI, como uma estratégia nova, justifica a necessidade que se faça uma análise mais intensa e sistemática da experiência como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde materna infantil no estado.

O que pessoalmente me motivou a investir no estudo do Fórum PI no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e da Mulher foi minha experiência como apoiadora institucional em estratégias do MS voltadas para a área perinatal no estado, que fundamenta o pressuposto de que o Fórum PI se constitui como um coletivo, um “dispositivo criador”, dos processos de gestão das políticas públicas maternas e infantis do estado.

3 OBJETO, OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Objeto

O Fórum Rede Cegonha Piauí como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde no estado.

Objetivo Geral

Analisar a experiência de constituição do Fórum Rede Cegonha Piauí como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde no estado.

Objetivos Específicos

- Contextualizar o Fórum Rede Cegonha Piauí, a partir de uma linha do tempo sobre a atuação do apoio institucional na sua implantação e implementação.
- Identificar as dinâmicas, os movimentos, os arranjos e os encaminhamentos do Fórum Rede Cegonha Piauí no seu processo de constituição como espaço coletivo de gestão.
- Sistematizar as pautas, identificando as temáticas, e os desdobramentos a partir das reuniões do Fórum Rede Cegonha Piauí.

4 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Em 2011 o MS lançou a Rede Cegonha normatizada pela Portaria 1459. Essa estratégia prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, assim como a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento com a atuação de equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem obstétrica / obstetrix; utilização de protocolos, acompanhante; avaliação e classificação de risco (A&CR); boas práticas; monitoramento de indicadores dos serviços com financiamento acoplado ao alcance de metas e criações do fórum Rede Cegonha³.

4.1 Política Nacional de Humanização e suas bases teóricas

A partir da década de 70, o desafio assumido pelos movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde impunha tanto a redefinição do conceito de saúde, quanto à re colocação da importância dos atores implicados no processo de produção de saúde¹². Portanto, discorrer sobre saúde pública ou saúde coletiva era falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços, sejam os trabalhadores¹².

Para Passos e Benevides¹² a "força emancipatória" do SUS só se sustentaria quando o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades forem inseparáveis na reprodução e/ou na

invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde.

Neste sentido, era preciso avançar a discussão no campo da saúde coletiva propondo esta relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre atenção, gestão e subjetividade. Sendo assim, recolocar na agenda da saúde o tema da humanização era reativar o movimento constituinte do SUS¹³.

A humanização foi uma discussão priorizada por Regina Benevides e Eduardo Passos¹², nas políticas públicas de saúde, mediante a fragmentação das práticas, às condições precarizadas de trabalho, às dificuldades de pactuação entre as diferentes esferas do SUS, o descuido e à falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde. Essa discussão aconteceu a partir da tensão entre concepções diferentes. De um lado, focos e resultados dos programas de saúde e do outro os processos de produção de saúde e de sujeitos. Diante destes problemas, a Secretaria Executiva do MS criou a PNH, para traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos¹².

A proposição ético-política da PNH afirmava a saúde, não como valor de troca, mas como valor de uso, propondo pensar as instituições de saúde como elaboradoras desse valor de uso, tanto no sentido da eficácia das práticas sociais que ali se desenvolvem, como da possibilidade de produção nelas de novas formas de subjetivação, capazes de tornar os sujeitos que nelas trabalham mais livres e prazerosos¹².

A proposta de mudança dos modelos de atenção e gestão tinha como finalidade se inserir nos antigos processos de trabalho junto às relações instituídas, instigando novas possibilidades de "ser e trabalhar", potencializando outros "modos de fazer" no dia a dia dos serviços¹⁴.

Desde que foi criada, no ano de 2003, PNH vem se consolidando em vários âmbitos de intervenção, partindo das bases estruturantes previstas em seu marco teórico-político¹⁵. Na medida em que foi se expandindo e se aprofundando na abertura de frentes de ação, passou também a se preocupar com um olhar avaliativo sobre seus processos, resultando em importantes investimentos em metodologias e instrumentos de avaliação¹⁴.

É necessário colocar os processos de trabalho em análise, uma vez que homem e o mundo não são realidades dadas, logo o processo de trabalho é um processo de constituição de sujeitos e é nesse encontro que a política de humanização se estabelece¹⁴.

Entretanto, a experiência de aproximação com diferentes públicos e atores dos sistemas de saúde tem apontado diferentes percepções institucionais que se têm da PNH, não sendo incomum certa dificuldade em compreender concretamente os princípios e diretrizes da política. Em algumas situações, há certa dificuldade em se perceber como seu marco referencial se estabelece em ações e mudanças efetivas nas práticas de cuidado, na realidade dos serviços¹⁶.

A PNH se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. Os princípios impulsionam ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas: a

inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos¹⁴.

As diretrizes são as orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão¹⁴.

A PNH toma como base nos serviços, a proposta de "desidealizar" a concepção de humano e de humanismo, assim como de "serviços idealizados". Procura viabilizar a compreensão de como se institui um serviço e um processo de trabalho em saúde conduzido por "humanos", sujeitos em constante processo de diferenciação, de produção de novos modos de existência, processos que desestabilizam formas instituídas de ser trabalhador¹⁴.

Considerando-se que a PNH pode ser vista como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços de saúde, buscando englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população com o objetivo de oferecer serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários. Esses âmbitos de qualidade remetem-se ao que se

compreende como âmbitos inseparáveis de gestão e atenção em saúde para propiciar mudanças no trabalho. Nessa perspectiva, a PNH age/intervém buscando fomentar essas alianças, no processo de produção de saúde, no referencial da tríplice inclusão: trabalhadores, gestores e usuários (diferentes sujeitos), coletivo (seja trabalhadores, seja movimento social) e inclusão dos analisadores sociais¹⁷.

4.2 Função apoio e aposta em coletivos

Para viabilizar todo esse movimento no sentido de "intervenção-oferta" e ajudar na "ressignificação" do serviço, a PNH lançou a proposição do apoio institucional com a função de contribuir para a gestão com a organização dos processos de trabalho, assim como na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção¹⁴.

A indissociabilidade entre a produção de serviços e de sujeitos, aposta na inclusão dos diferentes atores e na análise e gestão coletiva dos processos de trabalho. O movimento desse princípio leva os trabalhadores para uma "tríplice direção": (i) produção de serviços, (ii) produção-sustentação da organização e, (iii) produção de sujeitos. O objetivo dessa mobilização seria a perspectiva de um protagonismo, (re)invenção do trabalho, produzindo serviços e produzindo-se, reinventando-se como sujeitos. A intervenção do apoio seria provocar "efeito nos grupos", incitando a análise das situações vividas, perseguindo a alteração nos posicionamentos e atitudes diante dos fatos¹⁴.

O apoiador institucional tem a função de: (i) ativar espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; (ii)

reconhecer as relações de poder e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; (iii) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; (iv) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; (v) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS¹⁸.

Sendo assim, o apoio institucional foi pensado e proposto como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança⁹.

Considera-se que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve a constituição/inserção em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de produzir⁹.

Todos os trabalhadores da saúde são corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho com potencial de ajudar a transformá-los. No

trabalho, a atividade, é sempre marcada pela relação dramática entre "autonomia e heteronomia". O trabalho acontece sempre em meio a negociações, escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes, que consideram o tipo de inserção de cada um e de todos que compartilham o meio de trabalho, mas, também, as políticas de saúde, os valores e práticas instituídos, as relações de forças e de poderes presentes em cada situação de trabalho. A direção proposta para o apoio institucional na PNH é de intervir no sentido de ajudar a compreender que a desestabilização faz parte dos processos de trabalho e que é o caminho é a mobilização para provocar outras e novas desestabilizações¹⁴.

4.3 Compreensão das forças que atuam na constituição de coletivos

A especificidade do ser humano fundamenta-se em diferentes pressupostos, fornecendo explicações que apontam para direções às vezes opostas, as quais em geral separam sujeito e contexto social atribuindo prevalência a um pólo, ora a outro. Opondo-se a essa cisão, Ratner¹⁹ sustenta a mútua constituição entre sujeito e sociedade, vez que a natureza psíquica do homem "é o conjunto de relações sociais convertidas em funções da personalidade e em formas de sua estrutura". Nesse sentido, o psiquismo humano é resultado da apropriação das significações de atividades empreendidas por sujeitos específicos em contextos sociais variados, o que demarca a condição inexoravelmente social do ser humano²⁰.

O conceito de relações sociais é amplo, com destaque para o encontro / confronto de diferentes sujeitos em espaços sociais distintos, sendo, todavia inevitável a relação que tais sujeitos estabelecem com a cultura, com a

história e com os diferentes agentes que os produzem/transformam, sendo possível considerar como um desses espaços os grupos psicossociais²¹.

Por coletivo entende-se as produções que emergem das relações estabelecidas no grupo, que elucidam o desejo deste e que se realizam por este meio. Nesse sentido, a produção de um coletivo se faz à medida que todos interagem e negociam visando o interesse em comum, sendo este definido/acordado pelos próprios sujeitos que, por sua vez, não se encobrem: o coletivo é produzido ao mesmo tempo pelas singularidades que o produzem. As experiências vividas são apropriadas de forma singular por cada sujeito e retornam à realidade via diferentes atividades, pela forma como se posicionam, expressam, silenciam pela maneira como registram sua presença naquele contexto²¹.

Este embate entre o que os sujeitos levam para o grupo, a forma como as pessoas se apropriam desse material e como este retorna ao grupo, explica a constituição social das falas individuais, o que não basta, porém, para explicar as produções coletivas. Compreendem-se as produções coletivas como aquelas em que o tema da interlocução é o coletivo. Ou seja, o que está em pauta é a própria existência do grupo e, nesse sentido, as ações coletivas têm um caráter reflexivo. Inúmeras são as ações grupais que indicam a formação de um coletivo no grupo: as enunciações feitas por sujeitos que assumem o lugar de porta-voz do grupo; as mudanças na organização dos encontros sugeridas pelos sujeitos e realizadas pelos mesmos; a produção de novas formas de interlocução e discussões não planejadas pelas coordenações

e o clima criado no grupo. A ação grupal é, então, o que caracteriza a constituição do grupo²¹.

Para Zanella e Pereira²¹, o critério mais significativo para definição do que seja um grupo é a ação coletiva, entendida como ação que é desencadeada por uma consideração mútua, que se realiza com o envolvimento de todos e tem como resultado o coletivo. A ação coletiva pode resultar em um produto concreto, porém este por si só não é definidor e nem garantia da constituição do grupo: necessário é destacar o processo em que este produto se originou e como os sujeitos em relação o significaram como significaram aos outros e a si mesmos nesse percurso. Segundo este critério, não há um momento em que o grupo esteja garantido, pois sua existência depende da ação deliberada de seus participantes e este agir coletivo é gerador de novas necessidades que realimentam, por sua vez, as relações entre os sujeitos e seus interesses em trabalhar coletivamente. O processo de constituição grupal é interpelado por momentos de produções individuais e em subgrupos, porém, caracteriza-se primordialmente pelo desenvolvimento de ações coletivas.

4.4 Cogestão e gestão participativa

A gestão é uma área da vida humana que implica as práticas de administrar com os conflitos nas organizações, os quais surgem por não haver coincidência entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos seus participantes, no caso das organizações que prestam serviços de saúde: entre gestores e trabalhadores¹⁸.

O desafio de “lidar com processos de trabalho e pessoas que os realizam”, de pensar a gestão em saúde no SUS impõe ainda “o diálogo com as políticas públicas”²².

Saber gerir significa investir de maneira equilibrada entre os recursos humanos e os processos de trabalho. Portanto, é necessário que as organizações criem condições que permitam desenvolver o potencial humano de forma dinâmica, desenvolvendo competências individuais buscando proporcionar a configuração de valores coletivistas que incentivem mudanças de atitudes para o desenvolvimento de processos de trabalho e maior grau de decisão e responsabilização²³.

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios, para concretizar como prática de gestão nas organizações de saúde necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas, sendo que estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada. O grande desafio é que se operacionalize um modelo gerencial aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa, a distribuição mais homogênea do poder, além de autonomia para decidir²⁴.

A participação dos trabalhadores no processo de cogestão possibilita a problematização dos modelos, do agir institucional propiciando espaços para a aculturação (adaptar-se a uma cultura diferente da sua de origem) da produção e da socialização dos conhecimentos (aprender e ensinar) em um espaço livre para a articulação de ideias, para a socialização dos

saberes da ciência e das técnicas num processo de envolvimento de todos os segmentos interessados na construção de uma proposta coletiva, de projetos a serem desenvolvidos por meio do trabalho em equipe e de ações concretas que visam o restabelecimento do equilíbrio do ser humano na sua forma física, psíquica, espiritual e social²⁴.

A cogestão é um caminho para a democratização e para a progressiva "desalienação" da maioria, apesar de que a "desalienação" absoluta é uma utopia. Para a construção e o funcionamento dos espaços coletivos considerados uma questão metodológica: a roda²⁴.

O denominado Método da Roda pretende instituir sistemas de cogestão que produza tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto à capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção, combinando compromisso social com liberdade. O objetivo do método da roda é trabalhar a constituição de coletivos organizados, o que sugere estabelecer capacidade de análise e de cogestão para que as pessoas lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto sua própria constituição. Privilegia as pessoas, o sujeito, por isso aplica-se a equipes ou a coletivos²⁴.

A roda, como representação e efetivação do processo de compartilhamento, se propõe a fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo, através da solidariedade, integração, aprendizado e na melhoria da qualidade do serviço. Também é um espaço em que a práxis concreta dos sujeitos, o agir interpessoal, a política e a gestão propiciam relativo grau de autonomia para o exercício da participação e democratização das instituições²⁴.

A sistematização da roda como ferramenta de gestão desenvolvem a concepção do quadrilátero em bases conceituais como encontro, participação, protagonismo, relação dialógica enquanto espaço de produção de conhecimento e intercâmbio de saberes²⁵.

Quanto ao colegiado, Silva e Sousa²⁶ consideram que se caracteriza como uma instância de representatividade de todos os segmentos e representantes da gestão, que podem discutir variadas questões, a exemplo, das questões jurídicas, administrativas, financeiras e operativas, entre outras. Neste caso, a representatividade proporciona o olhar de vários atores para o processo de trabalho.

4.5 Análise Institucional

Todavia, mais que um arranjo burocrático e administrativo, o colegiado de gestão deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter político, em virtude de se constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estar sempre presente²⁷.

Para L'Abbate²⁸ a análise institucional “nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática e tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos” (p. 163). Esta possui duas vertentes: a socioanálise, cujos fundadores foram René Lourau e Georges Lapassade e a esquizoanálise, fundamentadas nas teorias de Gilles Deleuze e Félix Guattari²⁸.

Para análise institucional toda instituição deve ser pensada e analisada, sempre considerando seus três momentos: o "instituído", que

compreende o momento da universalidade; o "instituinte", que se refere ao conjunto de determinações materiais e sociais que negam o primeiro momento e, a "institucionalização", que compreende as "formas organizacionais", jurídicas ou não, que negam o segundo momento (instituinte)²⁸.

Em síntese, para esse referencial teórico, o conceito de instituição expressa a natureza dialética, constituído-se dinamicamente em três: um mais estruturado, ou o instituído, em constante tensão com dimensões inovadoras e opostas, que constituem o "momento instituinte". Da relação entre esses dois momentos, resulta o terceiro momento, que é a forma como a instituição se apresenta, em seu constante processo de atualização, a institucionalização²⁸.

A instituição é imaterial. Jamais é diretamente apreensível. Só se pode apreendê-la por intermédio da materialidade da organização. Ainda assim, é necessário que um instrumental analítico apropriado permita reconhecê-la em sua especificidade, descolando-a da organização com a qual, de outra forma, ela se confundiria^{28, 29}.

A análise institucional pode ser empregada a "análise de papel" quando adquire uma perspectiva de cunho teórico sobre determinada organização e o material empírico de análise é constituído por documentos, observações e entrevistas²⁸. Esta terá então a finalidade de compreender a realidade social a partir das ações e discursos de seus sujeitos expressos nos registros. O método utilizado consiste num conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, transversalidade, analisador, encomenda/demandas e o de implicação.

Para L'Abbate²⁸, “de forma geral, o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma, organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos” (p. 325).

Na análise que desenvolveu sobre as relações entre grupos, organizações e instituições, Lapassade (2013, *apud* L'Abbate) considerou a análise Institucional como “o método que visa revelar nos grupos esse nível oculto de sua vida e de seu funcionamento”²⁸.

Para René Lourau (2013, *apud* L'Abbate), o grupo pensado como objeto pode apresentar vários níveis de análise e a análise institucional, embora não tenha desenvolvido uma teoria específica sobre grupo, nasceu exatamente de uma “crítica aos métodos de grupo centrados no grupo”²⁸. Isso porque todo grupo é “atravessado” por diversas instituições. Para este autor, a natureza do grupo, pensado como um dispositivo, é determinada pela instituição e, ao mesmo tempo irá determinar o que a instituição irá desejar²⁸.

Quanto mais às pessoas de determinado grupo identificam estes diferentes pertencimentos, maior é o seu coeficiente de transversalidade, o que lhe permitirá tornar-se mais sujeito; ao contrário quanto menor esta percepção, mais o grupo tem possibilidade de tornar-se sujeitado. Portanto o grupo sujeito expõe a sua causa e o grupo sujeitado ela é ouvida²⁸.

4.5.1 Implicação

A implicação, não se restringe a uma questão de vontade. Seu uso envolve uma análise do sistema de ambientes, o apontamento do lugar que ele

ocupa daquele que ele almeja ocupar e do que lhe é encarregado ocupar, enquanto gestor/trabalhador, com os desafios que isso acarreta. A negação da neutralidade é um ponto crucial neste conceito, pois procura romper as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. Pois, sempre se está implicado²⁸.

Portanto, a análise das implicações, coloca a possibilidade de identificação de elementos que atravessam a prática cotidiana e que podem construir barreiras para a gestão prática e o trabalho em saúde, pois tais elementos estão sempre presentes e são constitutivos das nossas ações²⁸.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Delineamento do estudo

Este estudo pretendeu falar "da experiência a partir da experiência", sendo assim, a escolha do caminho metodológico se deu em função da relação da apoiadora-pesquisadora com o campo investigado. Sua implicação com a proposição e funcionamento do Fórum PI foi analisado, assim como seu protagonismo na produção do acervo-memória utilizado no estudo.

Foi realizado um estudo de caso, de caráter exploratório, possibilitou a apoiadora-pesquisadora o exercício de elencar elementos do campo estudado, o Fórum PI, como tecnicamente único, com elementos de interesse, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, para conduzir a construção e a análise de dados³⁰.

O estudo de caso é único e permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real³¹. Seu poder diferenciador é a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências e fontes de informações, no caso deste estudo, documentos (oriundos de registros e memórias pessoais e institucionais) e o diário de campo com as notas das observações participantes da apoiadora-pesquisadora em reuniões do Fórum PI após a construção do projeto de pesquisa. Esta estratégia permitiu um aprofundamento no fenômeno estudado, possibilitando a análise de ligações casuais e situações singulares³⁰.

Na orientação da problematização e do "estranhamento" das informações oriundas de um campo familiar para a apoiadora-pesquisadora foi adotada a análise institucional como abordagem teórico-metodológica que

embasou a sistematização e análise, considerando que o objeto de estudo se configurou como produto e espaço de intervenção da pesquisadora em sua função prévia ao estudo como apoiadora institucional.

A análise institucional, como método, desenvolve um conjunto de conceitos e instrumentos que articula análise e intervenção no campo institucional e afirma a indissociabilidade entre teoria e prática, o campo de intervenção e o campo de análise³¹.

5.2 Campo e participantes do estudo

O campo foi marcado e redefinido a partir de um novo posicionamento da apoiadora-pesquisadora no Fórum PI, uma vez que os participantes foram informados sobre o olhar investigativo agregado a sua função de propositora e participante daquele coletivo.

O Fórum PI é um espaço de encontros institucional, coordenado pela SES, com periodicidade e horário determinados, onde ocorre análise, avaliação, planejamento, monitoramento, tomada de decisões e divulgação das ações sobre temas relacionados à atenção de gestantes, RN, puérperas e crianças. Suas finalidades são: conhecer e analisar periodicamente o mapeamento da rede de atenção perinatal; conhecer e analisar sistematicamente os principais indicadores da atenção perinatal; discutir as garantias dos direitos da mulher e da criança; propor medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, através de atividades que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica, além da atuação junto aos

gestores e serviços de saúde; promover ações de divulgação sobre a atenção à saúde da mulher e do recém nascido (RN) seus principais indicadores, em articulação com a sociedade civil organizada e instituições de saúde¹¹.

Foram sujeitos desse estudo todos os participantes do Fórum PI, que de alguma forma tiveram suas opiniões registradas nos acervos (pessoal e institucional) analisados e os presentes nas reuniões observadas nos meses de 2016 (junho a novembro) em que foi realizado o trabalho de campo.

5.3 Procedimentos para a construção, manejo, sistematização e análise das informações

Com relação à eleição de técnicas, o embasamento teórico metodológico adotado não se define pelos procedimentos previamente definidos, mas por uma prática orientada por uma diretriz ético-estético-política. A análise institucional possibilita que se trabalhe com uma abordagem metodológica compatível com diferentes técnicas, estratégias e dispositivos de pesquisas²⁸.

Neste estudo, as técnicas aplicadas foram: (i) leitura e manejo da informação do acervo institucional (diários campos, atas, notas, emails e documentos legais e outros) e pessoal da apoiadora-pesquisadora e (ii) observação participante nas reuniões do Fórum PI. Sobre essa experiência foram produzidas anotações de campo que constituíram o diário de campo da pesquisa.

As etapas da produção, manejo e sistematização de informações foram compostas por:

Etapa 1. O projeto foi apresentado em reunião ordinária do Fórum PI, onde foram esclarecidas as dúvidas suscitadas, sendo pactuada a apresentação dos resultados do trabalho após a defesa da dissertação de mestrado. Foi informado que a partir daquela reunião as anotações realizadas pela apoiadora-pesquisadora poderiam vir a ser utilizadas na pesquisa, sendo preservada a identificação pessoal dos participantes (anotações de campo). A apresentação transcorreu tranquilamente, não trazendo nenhum tipo de questionamento ou inquietação dos integrantes do Fórum PI pela nova atribuição que a apoiadora-pesquisadora exerceu nas futuras reuniões.

Etapa 2. Os acervos institucionais, em especial as atas, e pessoal (diário de campo da apoiadora) foram lidos com vistas à identificação de questões que contribuíssem para a reflexão sobre o objeto do estudo, considerando a construção de uma linha do tempo da constituição do Fórum PI e a identificação de movimentos, dinâmicas de interação e, proposição de pautas e efeitos/desdobramentos. Foram produzidos textos sínteses, considerando como roteiro os focos que orientaram a leitura do acervo, e notas analíticas a partir destes.

Assim, entende-se que a produção do texto dessa dissertação foi o produto da análise que utilizou às fontes de informações (Figura 1) a luz de seu marcos teórico e metodológico.



Figura 1: Diagrama sobre a relação de fontes de informações.

5.4 Questões éticas

O projeto foi cadastrado com o CAAE 57792916.7.0000.5269 na Plataforma Brasil, sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFF. Foram respeitados os princípios de confidencialidade, autonomia e voluntariedade dos sujeitos.

Os registros serão armazenados por cinco anos e depois serão arquivados sob a guarda de um arquivo de pesquisa dos pesquisadores responsáveis pelo projeto.

Pelas estratégias metodológicas adotadas e a configuração do campo, não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido considerado suficiente pelo CEP o documento anuência e autorização da

coordenação do Fórum PI (ANEXO C) para a realização do trabalho e a apresentação do projeto aos participantes, sendo informado aos mesmos que a apoiadora-pesquisadora estaria disponível para conversar sobre qualquer aspecto do estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados e discussões dessa pesquisa estão organizados em três seções: (1) Linha do tempo do Fórum PI, onde buscou-se resgatar um histórico dos movimentos que levaram primeiro a composição da Comissão Perinatal PI e depois ao Fórum PI, tendo se destacado como fonte de informação desse processo os Diários de campo da apoiadora institucional; (2) Fórum PI através de sua memória institucional: análise das atas, em que focando no acervo documental de 56 atas foi possível se conhecer a composição do Fórum PI através da representatividade das organizações convidadas oficialmente através de portaria estadual nas reuniões ordinárias do coletivo. Além disso, a sistematização e a análise das atas possibilitou a identificação das temáticas mais presentes no que foi denominado como pauta, assim como das demandas que as originaram e seus efeitos / desdobramentos no âmbito do Fórum PI. (3) Notas sobre as reuniões do Fórum PI, aonde a partir do material oriundo da observação participante, a apoiadora-pesquisadora experimentou o período de maior desafio em seu processo de diferenciar e agregar a um espaço de seu campo de trabalho, o Fórum PI, a dimensão investigativa acadêmica. Nessa seção procurou-se trazer a tona alguns aspectos presentes na dinâmica de funcionamento do coletivo, em que formas inovadoras convivem com movimentos pela manutenção de uma ordem de distribuição de poder.

6.1 Linha do tempo do Fórum PI

No final de 2009 foi lançado o PQM com a estratégia do apoio institucional. O estado do PI foi incluindo nesse trabalho através da Maternidade Dona Evangelina Rosa devido o seu alto índice de mortalidade materna e infantil e fui convidada a participar como apoiadora.

No início do trabalho na maternidade, dentre as diretrizes definidas, a vinculação da gestante na rede e a organização da linha de cuidado foi um grande desafio, pois efetivamente essa rede não existia.

A implantação da Comissão Perinatal, que era uma metodologia de trabalho totalmente nova, e poderia ser o caminho para organização dessa linha de cuidado

Diário de Campo da Apoiadora Institucional, 2010.

6.1.1 Contexto

No início da década de 2010, o panorama da saúde materna e infantil do estado do PI se caracterizava por indicadores de processo, qualidade e resultado que apresentavam o seguinte cenário (Tabela 1).

Tabela 1: Indicadores de saúde materna infantil, Piauí, 2010.

INDICADOR	PIAUI	REGIÃO NORDESTE	BRASIL
Taxa de prematuridade	10,5%	10,9%	11,7%
Taxa de mortalidade infantil	20,7	19,1	16,0
Taxa de mortalidade neonatal precoce ⁽¹⁾	12,7	11,0	8,5
Taxa de mortalidade perinatal ⁽¹⁾	29,7	32,2	21,5
Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal	42,6%	45,1%	60,6%
Incidência de sífilis congênita ⁽²⁾	30	2297	6913
Proporção de parto cesáreo ⁽³⁾	46,40%	44,36%	52,34%
Taxa de mortalidade materna	92,75%	68,32%	54,48%

Nota: (1) Esses indicadores são considerados indicadores do resultado da atenção à gestação e ao parto. (2) Esse é o indicador utilizado como parâmetro para avaliar a qualidade da atenção à gestação durante o pré-natal. (3) Avaliado como indicador de qualidade do processo de assistência ao parto.

Fontes: DATASUS, em 2010 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>. Acesso 26/03/2017; MS/SVS/DASIS em <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>. Acesso 26/03/2017³²

A rede assistencial do estado era composta de 2.650 estabelecimentos de saúde, dos quais 60,83% públicos, aí incluídos 106 hospitais gerais, 22 hospitais especializados, 17 maternidades e 49 hospitais gerais com leitos obstétricos. Os leitos obstétricos eram 1.429 (94,33% público), 10 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) materna, 20 leitos de UTI neonatal e 52 de UTI intermediária neonatal. No que se referia a atenção básica, a cobertura era de 96,93% através da Estratégia de Saúde da Família³².

Um dos desafios a serem enfrentados era a concentração de demanda dirigida a principal unidade de assistência perinatal do PI, a MDER², instituição estadual de referência para a atenção ao parto e nascimento de alto risco. Esta era conveniada com universidades públicas e particulares, servindo de campo de estágio para os diversos cursos da área de saúde, de nível médio e superior. Em 1998, recebeu o título de hospital “Amigo da Criança” e mantém até hoje.

Em 2010, a MDER possuía 358 leitos, sendo destes: 10 de UTI materna, 20 de UTI neonatal, 20 em Unidade de Cuidados Intermediários neonatal, oito em enfermaria Mãe-Canguru e, seis leitos no Centro de Parto

² Permanece sendo a maior maternidade do estado. ([Em http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa/2015](http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa/2015) Acesso 26/03/2017).

Normal Intra-hospitalar. Possuía unidades de Medicina Fetal, Laboratório de Análises Clínicas; Unidade de Diagnóstico por Imagens com aparelhos de ultrassonografia, Ecodoppler e RX; unidade de atendimento ambulatorial e, consultório para atendimento às mulheres que tivessem vivido situação de violência sexual. Oferecia também atendimento com profissionais dos serviços de Psicologia, Serviço social, Nutrição, Odontologia, Colposcopia, Citologia/papanicolau, realizando teste do pezinho, teste da orelhinha, além de atividades de educação em saúde³.

Naquele ano na MDER, ocorreram 9.337 partos, sendo 54% cesarianas, apresentando 28 óbitos maternos. A avaliação dos óbitos maternos mostrou que mais de 60% foram devido a causas obstétricas diretas e 39% a causas obstétricas indiretas. Quanto à atenção neonatal, a taxa de prematuridade foi de 15,03% e o coeficiente de mortalidade (17,02%) apresentou o seguinte perfil: 51% ocorreram nas primeiras 48 horas de vida; 4,3% estavam relacionados a agravos durante a gestação; 1,7% associados à atenção ao parto; 4,8% relacionado à ruptura de membrana; 5,6% a malformações graves e, 10,4% associado a infecções no recém nascido⁴.

Diante de tal cenário, utilizando a principal unidade assistencial para retratar o desafio sanitário materno infantil do estado do PI era urgente um esforço concentrado que congregasse as três esferas de governo para se organizar os serviços de modo a assegurar a oferta perinatal qualificada e pactuada, tendo por base as políticas vigentes.

³ Diário de campo, apoiadora/pesquisadora, 2010.

⁴ Diário de campo, apoiadora/pesquisadora, 2010.

Assim, na função de apoiadora institucional da PQM e considerando o referencial e as ofertas instrumentais da PNH, elegi como estratégia investir na constituição de um colegiado, nos moldes da experiência da Comissão Perinatal de BH, que possibilitasse a configuração de uma rede de cuidados materno infantil com capilaridade de oferta assistencial que propiciasse a MDER desempenhar um papel em consonância com seu perfil voltado para a atenção às gestações de alto-risco.

6.1.2 *Era PQM: Comissão Perinatal (2010-2011)*⁵

A proposição de uma Comissão Perinatal no PI resultou de amplo processo de negociação, iniciado em junho de 2010, a partir de uma deliberação pactuada em reunião com a Supat/SES. A sua constituição foi pensada como uma tecnologia⁶ e baseou-se na experiência exitosa desenvolvida no Hospital Sofia Feldman de BH/MG.

Através de iniciativa mediada pelo apoio institucional, investiu-se na construção de um espaço coletivo, com a participação de diferentes atores, governamentais e não governamentais, onde se discutissem os principais problemas e desafios para a organização da oferta e fluxo de serviços

⁵ Diário de campo, apoiadora/pesquisadora, 2010.

⁶ *Tecnologia* é conceituada como um conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução / operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma intencionalidade prática específica³³.

perinatais e, em especial, se incrementasse a implantação da linha de cuidado materno infantil⁷.

A primeira roda de conversa ocorreu em 18/08/2010 envolvendo os representantes das coordenações do SES, os técnicos do MS, a apoiadora do PQM e algumas coordenações da MDER. Durante o encontro, a coordenação da Supat explanou acerca da proposta da Comissão Perinatal, seus objetivos e finalidades, compartilhando informações e conhecimentos sobre a constituição de coletivos como uma estratégia de saúde entre os diversos participantes ali presentes.

A aposta era que a Comissão Perinatal viesse a se configurar como espaço para discussão entre distintos atores sociais e institucionais sobre a definição e funcionamento da linha de cuidado a ser implantada, de modo a organizar e definir as responsabilidades inerentes a cada instância ou sujeito.

Ficou estabelecido que fosse realizada uma oficina da Comissão Perinatal que aconteceria no dia 29/09/2010 envolvendo representantes do município de Teresina e estado, com a participação de uma profissional do Hospital Sofia Feldman para compartilhamento da experiência de BH/MG.

De setembro de 2010 a agosto de 2011 configurou-se como um período de muitas discussões e negociações para a efetiva implantação da Comissão Perinatal, pois essa tecnologia era totalmente nova para os

⁷ A linha de cuidado é conceituada como uma organização do caminho do usuário pela rede de serviços com a qualificação das portas de entradas do sistema de forma que a equipe possa acolher, compreender, co-responsabilizar, intervir com vínculo e produzir autonomia, respeitando às demandas de cada um. A gestante, o bebê e a puérpera são os protagonistas de todo o processo de produção da rede de cuidado da Linha materno infantil, com a perspectiva de um trabalho integrado, reunindo múltiplos saberes¹¹.

participantes e no estado. Foram 14 reuniões entre gestores estaduais e municipais do setor saúde, com a participação de técnicos do MS. No dia 19/08/2011 aconteceu o lançamento da Comissão Perinatal, através da oficina de discussão dos indicadores do estado.

A oficina foi promovida e coordenada pela SES, através da Supat em parceria com a FMS. Foram apresentados e discutidos dados de mortalidade materna e infantil do estado e condições de oferta e cobertura assistências que os municípios possuíam para enfrentar essa situação, de acordo com os recursos de cada um. Também foram definidos os objetivos, a composição e as atribuições do grupo e dos participantes, assim como algumas questões referentes ao funcionamento, como local de reunião, horário, periodicidade, definição de dois técnicos para coordenarem a Comissão Perinatal e a construção do regimento interno. A coordenação ficou sob a responsabilidade da Supat, tendo sido formalizada através da Portaria Estadual nº 0007-B, de 10 de novembro de 2011 (Anexo A).

A primeira composição da Comissão Perinatal contou com 23⁸ instituições, entre público, privado, controle social, faculdades, associações e

⁸ Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Supat/Sesapi); Superintendência de Organização do Sistema de Saúde das Unidades de Referência (Supas/Sesapi); Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER/Sesapi); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems); Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania (Sasc) / Diretoria de Direitos Humanos; Ministério Público Estadual (MP); Conselho Municipal de Saúde de Teresina (CMS); Conselho Estadual de Saúde do Piauí (CES-PI); Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDECA); Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher (CEDM); Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (Coren-PI); Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Piauí (Abenfo-PI); Sociedade de Pediatria do Piauí (Sopepi); Conselho Regional de Medicina (CRM); Sindicato dos Hospitais Privados do Piauí (SHPP); Fundação Municipal de Saúde/Coordenações de Ações Assistências à Saúde (FMS); Maternidade Wall Ferraz / FMS Teresina; Faculdade Integral Diferencial (Facid); Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (Novafapi); Faculdade de Ciências Médicas

sociedades, cada uma com a nomeação de duas pessoas, um titular e um suplente.

6.1.3. Era Fórum Rede Cegonha (2011-2016)⁹

O período que antecedeu a formalização da Comissão Perinatal, se estendeu por quase um ano e acabou por coincidir com a transição do PQM para a estratégia ministerial Rede Cegonha no estado. Naquele momento, que sucedeu a Portaria até a nova denominação do coletivo como Fórum PI foram realizadas três reuniões.

A proposta da Comissão Perinatal era convergente com as apresentadas pela Rede Cegonha, no sentido de constituição de um colegiado, não havendo necessidade de mudanças estruturais no seu funcionamento ou com relação aos membros que compunham originalmente a Comissão Perinatal. Foi feita apenas reformulação, sem alteração no regimento¹⁰, sobre o período etário infantil de abrangência da proposta ministerial, que foi estendido de 28 dias para dois anos.

Desde então, os encontros acontecem mensalmente, geralmente no mesmo local, o Centro de Referência Estadual da Saúde do Trabalhador

(Facime); Universidade Federal do Piauí (UFPI); Associação Brasileira de Enfermagem (Aben); Ministério da Saúde (MS)⁸.

⁹ Diário de campo, apoiadora/pesquisadora, 2010.

¹⁰ Regimento interno: regras construídas pela Comissão Perinatal para regulamentar o seu funcionamento, organizado da seguinte forma: caracterização, sede, finalidade, funcionamento e atribuições, estrutura, composição e competência, disposições finais. Com a mudança para o Fórum PI, houve apenas uma pequena mudança na idade de abrangência da Rede Cegonha para assistência ao recém-nascido (RN).

(Cerest). As datas são decididas no início de cada ano, sendo organizado um cronograma para o período.

Em 2016 foi lançada uma nova portaria sobre o Fórum PI , SESAPI/GAB N°. 0107 /2016, incluindo 12 novas instituições¹¹ (ANEXO B). Efetivamente esse documento veio a formalizar uma participação que já se dava na prática sem que essas novas organizações constassem nominalmente como compondo do Fórum PI.

Os registros das reuniões da Comissão Perinatal, assim como do Fórum PI são feitos pela secretaria executiva da Supat na forma de atas e disponibilizado para os emails dos demais participantes.

6.2 Fórum PI através de sua memória institucional: análise das atas

No período analisado de setembro de 2011 a novembro de 2016, ocorreram 56 reuniões, com duração aproximada de duas horas e meia cada. A leitura desse acervo subsidiou a construção de planilhas com descrição, frequência e número de participantes assim como, a identificação temática das pautas, sua categorização e frequência com que foram abordadas e possíveis efeitos na dinâmica de trabalho do coletivo.

A dinâmica de funcionamento das reuniões sinaliza para momentos de explanação das pautas, discussões, trocas, decisões, planejamentos e

¹¹ Clínica e Maternidade Santa Fé Ltda; Secretaria Municipal de Saúde de Teresina (SMST); Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Teresina; Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-PI); Associação Piauiense de Municípios (APPM); Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM); Coordenadoria Estadual de Políticas Para as Mulheres; Banco de Leite Humano da MDER (BLH/MDER); Secretaria de Justiça do Estado do Piauí; Hospital Infantil Lúcido Portella (HILP); Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e da Assistência Social (SEMTCAS); Fundação Hospitalar de Teresina (FHT).

encaminhamentos entre os participantes, a partir das discussões de várias pautas, como exemplo: teste do pezinho, direito ao acompanhante, acolhimento e classificação de risco.

Um momento da reunião que ocorre mais tensão é após a explanação, quando inicia a discussão e cada um fala com a visão do seu lugar, numa perspectiva mais individualista e fragmentada, com dificuldade de olhar para a importância do todo.

As pautas são as demandas levadas pelos participantes do Fórum PI, geralmente aparecendo no final de um encontro, mediante aos encaminhamentos, ou são apresentadas para a secretária executiva com antecedência para as devidas providências em relação à participação de alguns convidados.

O registro sistemático desses encontros se dá através de atas, todas elaboradas pela secretária executiva do Fórum PI, que participou da totalidade das reuniões. Então para análise da pesquisa tomou-se como base esse material das atas.

6.2.1 Composição do Fórum PI

O Fórum PI foi formado sob a perspectiva da tríplice inclusão, por representantes de instituições que lidam com as questões relacionadas à saúde materna e infantil, como pode se observar no documento que oficializa sua formação SESAPI/GAB N°. 0107 de 2016.

A partir da sistematização e análise das atas foi possível identificar que nem todas as 35 organizações instituídas pelas Portarias de 2011 e 2016

participam das reuniões mensais do Fórum PI. Em que pese todas as instituições convidadas a participar terem respondido a um ofício da SES solicitando dois nomes para ter acento nas reuniões, o que foi atendido prontamente, alguns integrantes indicados pelas instituições nunca participaram das reuniões.

A frequência dos participantes nas 56 reuniões de 2011 a 2016 foi analisada segundo a lógica da tríplice inclusão, distribuindo-os em três grupos: gestores da saúde, representando 66,01% do total (Tabela 2). trabalhadores da saúde, com 24,22% (Tabela 3). e, controle social 36,96% (Tabela 4).

Tabela 2: Gestores da saúde, Piauí, 2011-2016.

GESTORES DA SAÚDE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Período
Superintendência de Atenção Integral à Saúde / SES	100%	75%	100%	100%	90%	88,88%	92,31%
Superintendência de Organização do Sistema de Saúde das Unidades de Referência / SESAPI	0 ¹²	58,33%	16,66%	20%	10%	66,66%	28,60%
Maternidade Dona Evangelina Rosa / SESAPI	100%	66,66%	75%	80%	90%	77,77%	81,57%
Conselho dos Secretários Municipais de Saúde	100%	41,66%	25%	50%	60%	55,55%	55,36%
Diretoria de Direitos Humanos / Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania	66,66%	41,66%	8,33%	10%	NÃO	44,44%	28,51%
Coordenações de Ações Assistências à Saúde / FMS Teresina	100%	91,66%	16,66%	70%	70%	66,66%	69,16%
Ministério da Saúde	100%	91,66%	91,66%	100%	80%	100%	93,88%
Maternidade Wall Ferraz / FMS	100%	75%	58,33%	90%	60%	88,88%	78,70%

Fonte: Atas de reuniões da Comissão Perinatal / Fórum PI no período de 2011 a 2016.

¹² A instituição ainda não participava.

No grupo dos gestores de saúde chama atenção à preponderância da participação da Supat e do MS, com 92,31% e 93,88% respectivamente. Foi observado à ausência da participação dos municípios do estado, sendo eles representados pela gestão da secretária de saúde do estado e Cosems.

Observa-se que a participação das unidades de assistência, tanto estadual (MDER), quanto municipal (Maternidade Wall Ferraz) se deu como representação da gestão e não de seus trabalhadores. Esses quando presentes nas reuniões era porta vozes da gestão, mesmo que sem "autorizados" a determinadas tomadas de decisão.

Tabela 3: Trabalhadores da saúde, Piauí, 2011-2016.

TRABALHADORES DA SAÚDE	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Período
Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Piauí (ABENFO-PI)	66,66%	66,66%	50%	30%	70%	33,33%	52,77%
Sociedade de Pediatria do Piauí (SOPEPI)	0	16,66%	0	0	0	0	2,77%
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)	66,66%	16,66%	8,33%	0	0	11,11%	17,12%

Fonte: Atas de reuniões da Comissão Perinatal / Fórum PI no período de 2011 a 2016.

No conjunto dos componentes do Fórum PI, o menor grupo é o de trabalhadores de saúde, sendo os mesmos basicamente representados por organizações vinculadas duas categorias profissionais, médica e de enfermagem, através da Sopepi (2,77%) e da Abenfo-PI (52,77%) e Aben (17,12%), respectivamente, havendo uma participação sensivelmente maior da enfermagem através de duas instituições e uma irregularidade da sociedade médica.

A questão da ausência de profissionais médicos, mesmo no caso dos responsáveis técnicos das maternidades foi observada como uma questão nas discussões, gerando inclusive uma inquietação nos participantes que cobram do Fórum estratégias que mobilizem uma adesão da categoria médica.

Tabela 4: Controle social durante o período de 2011 a 2016 em Teresina- PI.

CONTROLE SOCIAL	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Período
Ministério Público Estadual	0	50%	33,33%	0	30%	66,66%	29,99%
Conselho Municipal de Saúde de Teresina	66,66%	91,66%	75%	100%	20%	0	58,88%
Conselho Estadual de Saúde do Piauí	66,66%	33,33%	25%	40%	20%	44,44%	38,23%
Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente	33,33%	0	8,33%	30%	10%	22,22%	17,31%
Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher	33,33%	33,33%	8,33%	50%	0	33,33%	26,38%
Conselho Regional de Enfermagem do Piauí	100%	91,66%	75%	33,33%	90%	66,66%	76,10%
Conselho Regional de Medicina do Piauí	33,33%	16,66%	8,33%	10%	10%	11,11%	14,90%
Sindicato dos Hospitais Privados do Piauí	33,33%	25%	8,33%	0	0	0	11,11%
Faculdade Integral Diferencial (FACID)	33,33%	50%	58,33%	30%	60%	77,77%	51,57%
Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI)	0	33,33%	58,33%	40%	30%	55,55%	36,20%
Faculdade de Ciências Médicas (FACIME)	33,33%	50%	16,66%	0	0	33,33%	22,22%
Departamento de Enfermagem / UFPI	66,66%	58,33%	66,66%	66,66%	50%	55,55%	60,64%

Fonte: Atas de reuniões da Comissão Perinatal / Fórum PI no período de 2011 a 2016.

No terceiro grupo, controle social, no que se refere às organizações de classe, também observa-se uma freqüência significativa de representantes da enfermagem, como o Coren PI, que participou de 76,10% das reuniões. Chama atenção a participação do MP em apenas 29,99% do total de

encontros, tendo um aumento na sua participação em 2016, assim como de organizações representativas dos movimentos sociais.

Quanto à formação e/ou função, estes profissionais são assistentes sociais, psicólogo, enfermeiros, obstetra, nutricionistas e outros. As instituições que participam são: secretária estadual de saúde, secretária municipal de saúde, maternidades pública e privada, instituições públicas e particulares de ensino, conselhos de direitos, Cosems, conselhos de categorias profissionais (médicos e enfermeiros), MP, MS e OAB.

6.2.2 Sobre as pautas e seus efeitos / desdobramentos

No primeiro ano de funcionamento todas as reuniões e pautas ficavam sobre a coordenação da SES, o que foi questionado em um processo de auto-avaliação no segundo ano de funcionamento. Mesmo mantida a coordenação, configurou-se uma nova função na dinâmica do Fórum PI, o "condutor", que a cada reunião seria de uma instituição diferente que mediará às discussões de cada encontro. Quanto às pautas, foi sendo estabelecido que estas seriam definidas a partir de demandas dos participantes do Fórum PI e levadas com antecedência para a secretaria executiva deste, também a cargo da SES.

Nas 56 atas analisadas foram identificadas 43 pautas, que diziam respeito às demandas trazidas pelos participantes do Fórum PI, provocando efeitos com vários desdobramentos. As pautas mais presentes nas reuniões foram: (i) acolhimento e classificação de risco para gestante e recém-nascido (20); (ii) aspectos relacionados ao funcionamento e interação da rede com o

laboratório Lacen¹³ (09); (iii) direito da gestante e puérpera a presença do acompanhante (06); estratégias de enfrentamento das violências contra crianças, adolescentes e mulheres (05) e, questões relacionadas ao uso do crack na gestação para a mulher e a criança (05).

Sobre o acolhimento e classificação de risco para gestante e recém-nascido às demandas que originaram essa pauta foram a necessidade de construção de um protocolo e de uma estratégia para sua implantação, que se desdobraram nas ações apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Demandas e efeitos sobre acolhimento e classificação de risco para gestante e recém-nascido, Fórum PI, 2011-2016.

PAUTA	EFEITOS/DESDOBRAMENTOS
Acolhimento e classificação de risco (A&CR) para gestante e recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Oficinas para aplicação das fichas do A&CR em todo o estado, iniciando pelos territórios que já tivessem seus planos regionais da Rede Cegonha aprovados. - Oficinas para aplicação da A&CR, inicialmente, nas unidades de saúde sob a gestão estadual. - Oficinas para Aplicação da A&CR nas unidades do município de Teresina. - Apoio do Fórum para Validação do protocolo nacional do A&CR em três maternidades do Brasil, sendo uma delas a MDER. - Oficinas de A&CR realizadas em 217 municípios do estado, restando 07, para fechar 224. - Monitoramento do A&CR no estado - Fichas do A&CR implantadas na MDER - Discussão para o Parecer Técnico do COREN-PI nº 001/14, destacando a necessidade do registro no prontuário e em livro de relatório de enfermagem de todas as ocorrências itinerantes a ficha de transferência do A&CR da gestante e do bebê. - Discussão com o COREN-PI para considerar como registro as informações constantes na ficha do A&CR de referência e contra-referência, acrescentado além da assinatura do profissional a do paciente ou acompanhante.

Fonte: Atas de reuniões da Comissão Perinatal/Fórum PI no período de 2011 a 2016.

¹³ O Lacen/PI tem como objetivo primordial atender à comunidade através da execução das mais diversas análises de interesse em saúde pública, fazendo parte integrante da vigilância em saúde. Trata-se de um laboratório público, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, através da Superintendência de Vigilância em Saúde. Atende diversas demandas provenientes das Regionais de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, além de coordenar a Rede de Laboratórios Públicos e Privados que realizam análises de interesse em saúde pública, desenvolvendo atividades de controle de qualidade, supervisão, assessoria técnica e capacitações de recursos humanos da rede de laboratórios habilitados e encaminhamento de informações relativas às atividades laboratoriais através de relatórios.

No que se refere a presença de pauta associada ao laboratório Lacen nas reuniões do Fórum, seus efeitos/desdobramentos foram sistematizados no Quadro 02.

Quadro 02: Demandas e efeitos relacionadas ao laboratório Lacen, Fórum PI, 2011-2016.

PAUTA	EFEITOS/DESDOBRAMENTOS
Laboratório Lacen	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização dos resultados dos testes do laboratório no site - Identificação de municípios com entrega das amostras para os exames ao Lacen com atraso. - Articulação e discussão da SES junto aos municípios e laboratórios para aprimoramento do processo para o resultado dos exames.. - Implantado um Sistema de Informação (Triagem Neonatal) que contempla todos os indicadores que permitem avaliar o programa de acordo com as exigências do MS. Todos os municípios já estão acessando os resultados dos exames via online mediante uma senha e aqueles que têm dificuldade para o acesso estão sendo orientados pelo LACEN-PI. - Elaborado a Nota Técnica nº 04/13 implantação dos Exames Sorológicos para Triagem no pré-natal em papel de filtro - Rede Cegonha e disponível no site da SESAPI (link Rede Cegonha)

Fonte: Atas de reuniões da Comissão Perinatal/Fórum PI no período de 2011 a 2016.

No que se refere à busca de melhoria para a garantia do direito da gestante e puérpera a presença do acompanhante, a elaboração e produção de cartilha e banner e distribuição pelo estado. Já sobre as estratégias de enfrentamento das violências contra crianças, adolescentes e mulheres foi organizado e pactuado um fluxo de atendimento para o estado, com destaque para o papel das unidades de saúde da rede municipal de Teresina. Sobre às questões relacionadas ao uso do crack na gestação para a mulher e a criança foram definidos serviços de referência para o atendimento às gestantes usuárias de álcool e droga: Serviço Hospitalar de Referência de Álcool e Drogas do Hospital do Mocambinho, que teve um aumento de mais 10 leitos voltados para de atenção psicossocial, e a inauguração do Centro de Referência Feminino em Recuperação Álcool e Outras Drogas.

Esses desdobramentos tiveram como base alguns trabalhos já iniciados, com a necessidade apenas da organização para sua efetividade, o que levou a uma resolução mais rápida. Entretanto esses efeitos não significam o fim das pautas, sendo necessário o monitoramento para qualidade do serviço.

Observou-se que as pautas seguiam uma continuidade de discussão e o seu tempo de resolução acontecia de maneira singular, podendo ser resolvida numa reunião ou sendo necessárias várias, o que não caracterizava grau de importância, mas a especificidade de cada uma.

6.3 Notas sobre as reuniões do Fórum PI

Essa etapa ocorreu de junho a novembro de 2016¹⁴ e não se restringiu ao registro de pautas, presenças ou ausências de participantes, mas a observação dos processos que abarcavam comportamentos ditos e não ditos, situações de tensão, comentários, condutas, entre outros. A experiência foi registrada através de um diário de campo com notas da apoiadora-pesquisadora, que uma vez sistematizadas passaram a ser trabalhadas em que se refletem as dinâmicas do Fórum PI, sem nunca desconsiderar a implicação da Apoiadora-pesquisadora em todo o processo.

Assim, optou-se por apresentar notas que reflitam o que denominamos "enquadramentos" com vistas a retratar pontos de tensões e

¹⁴ As reuniões observadas duraram cerca de duas horas e ocorreram em seguida à reunião do grupo condutor municipal da Rede Cegonha de Teresina. Muitos participantes são comuns aos dois grupos, o que faz com que após o final do encontro do GCMRC algumas pessoas continuem a conversar, dificultando o início do trabalho do Fórum PI.

fluxos de encaminhamentos que constituem as dinâmicas de funcionamento do Fórum PI¹⁵ (Figura 2).

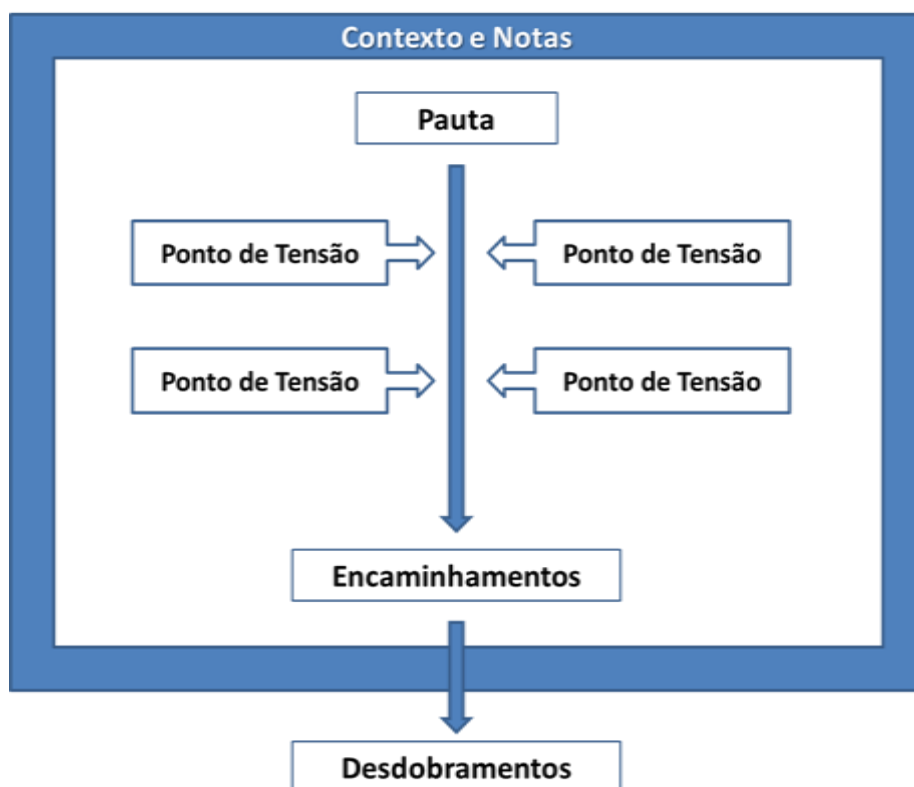


Figura 2. Diagrama para sistematização e análise das pautas, Diário de campo, 2016.

Enquadramento A

CONTEXTO: reunião aconteceu num espaço que não é o usual devido ao maior número de participantes (63)¹⁶. Observou-se uma dificuldade de comunicação entre os participantes em função de uma nova arrumação de

¹⁵ Foram consideradas medidas que despersonalizassem os participantes do Fórum PI na intenção de zelar pelo anonimato possível, já que o coletivo e sua composição estão claramente identificados pela definição de objeto desse estudo.

¹⁶ No período de 2011 a 2016, o número médio de participantes foi de 20 a 30, no entanto em função das pautas da reunião, houve uma ampla adesão dos movimentos sociais, o que não ocorre com regularidade.

cadeiras nesse ambiente, num modelo tradicional de sala de aula, o que comprometia a visualização e o contato, diferente do que acontece usualmente quando a reunião acontece numa composição circular.

PAUTA: apresentação da rede de serviços de atendimento à "vítima de violência sexual".

PONTO DE TENSÃO 1: foi observado por um participante que não se tratava da apresentação de uma "proposta de rede de serviços" e sim a apresentação do "fluxo já pronto", resultado de trabalho desenvolvido ao longo de um período pela gestão municipal de Teresina, para se chegar ao modelo apresentado. Essa atitude produziu tensão sobre o que seria dito, com tentativas de condução por parte de alguns participantes sobre o discurso de outros.

PONTO DE TENSÃO 2: outro aspecto que contribuiu para o clima de apreensão foi que durante a discussão era possível perceber o desconhecimento de alguns profissionais sobre aspectos das rotinas de seu serviços.

PONTO DE TENSÃO 3: outro ponto do debate dessa pauta foi à discordância de alguns participantes sobre a própria "organização do fluxo" que foi apresentado, principalmente em relação aos pontos de atendimento.

PONTO DE TENSÃO 4: um participante que representa uma posição do controle social fez um relato sobre a luta e a falta de avanço e sobre o "medo do retrocesso". Nesse momento foi observado um "incomodo" e passou haver uma condução sobre o "tempo" da discussão e uma finalização da mesma.

ENCAMINHAMENTOS: diante da dificuldade dos participantes de aprovar o "fluxo da rede" de serviços de atendimento a vítima de violência sexual foi constituída no âmbito do próprio Fórum uma "comissão" para "análise mais aprofundada" para ser levada posteriormente para o Secretário Municipal de Saúde uma proposta de adesão às mudanças necessárias, respeitando ao preconizado pela Lei e pelas as orientações do MS.

NOTAS: a segunda pauta do dia, apresentação de propostas para redução da mortalidade materna, infantil e fetal no estado, foi "suspensa" devido ao "esvaziamento" do Fórum em função do horário ter avançado além do "combinado". Observa-se que em reunião anterior, o Fórum "provocou" as instituições participantes para refletirem sobre suas responsabilidades na apresentação de propostas para redução da mortalidade materna e infantil, em que pese haver algumas alterações, o desafio para a redução dessas taxas permanece para o estado do PI. Ficou acertado que seria apresentada na reunião seguinte.

DESDOBRAMENTOS: ainda no período da observação participante, a pauta da rede de serviços de atendimento à "vítima de violência sexual", voltou a ser parte da agenda de reuniões. Na ocasião novo aspecto ganhou ênfase na discussão: o investimento na qualificação dos profissionais. Após um período que teve início em 2014, a pauta sobre o fluxo de atendimento voltado para pessoas em situação da violência sexual foi aprovada por todos os 34 presentes, incluindo gestores, representantes de serviços de saúde e do controle social.

A comissão instituída, a partir da deliberação da reunião, se reuniu para rever o fluxo que foi apresentado no Fórum PI e fazer uma discussão aprofundada tendo como a base os questionamentos exposto . Participaram desse grupo de trabalho representantes do MS, CEDM, MP, CMS e FHT.

Enquadramento B

CONTEXTO: a reunião aconteceu num dia diferente do previsto no cronograma previamente aprovado no início do ano buscando atender a solicitação de um trabalhador de saúde de uma maternidade pública municipal que "propôs" também uma das pautas do encontro. O começo da reunião foi postergado por alguns minutos na expectativa de que mais participantes chegassem, pois havia um "esvaziamento" entendido como associado à mudança na data.

Dentre os informes iniciais, foram feitos relatos sobre as ações no âmbito da Rede Cegonha que vem sendo feito na região da Chapada das Mangabeiras e sobre a construção do plano da RAS, sendo destacada a parceria com o Cosems e com o MP.

PAUTA: a "descontinuidade" na atenção aos recém-nascidos cujos partos aconteceram em maternidades de Teresina, principalmente os prematuros que necessitam de atendimento especial, e que as famílias residem em municípios no interior do estado. A proposição da pauta se deu a partir de um "caso".

PONTO DE TENSÃO 1: os profissionais que apresentaram a pauta alegaram que os recém-nascidos "ficam sem acesso ao atendimento" em

função da "regulação de consultas não está sendo resolutiva" diante da demanda.

PONTO DE TENSÃO 2: um dos relatores do pauta ("caso") afirmou que “precisava urgentemente chamar os secretários municipais de saúde do interior, pois é feito um investimento muito grande na capital, que acaba sendo perdido pela descontinuidade da assistência”.

PONTO DE TENSÃO 3: um gestor afirmou que "a experiência das maternidades municipais de Teresina deveria ser levada para as maternidades do interior”.

PONTO DE TENSÃO 4: se produziu na dinâmica da discussão, vocalizada, da “necessidade de responsabilizar esses municípios por falta de assistência.”

PONTO DE TENSÃO 5: o representante do Cosems, que representa os demais municípios no Fórum, com exceção da capital Teresina, estava presente na reunião.

ENCAMINHAMENTOS: constituição de uma equipe para discutir e construir o fluxo de atendimento para crianças no estado.

NOTAS: a segunda pauta do dia abordava que estratégia poderia ser utilizada para a implementação a ficha do A&CR voltado para a "referência e contra-referência" do atendimento a gestante. Essa ficha foi "construída" pelo Fórum e foi distribuída pelo estado, porém não está tendo efetividade no interior. Observou-se que essa pauta não mobilizou a adesão dos participantes para a discussão, sendo a reunião encerrada sem encaminhamento.

Assim que se seguiu para a segunda pauta, os profissionais que apresentaram a primeira pauta pediram licença e saíram. Essa atitude provocou um questionamento entre os participantes do Fórum, sendo que seria esperado que elas ficassem e participassem.

DESDOBRAMENTOS: não houve durante o período de realização da pesquisa nenhuma ação oriunda das dinâmicas de Fórum voltadas para temática desse *enquadramento*, assim como com relação ao proposto como encaminhamento.

6.4 Reflexões como apoiadora

No final de 2009 foi lançado o PQM no PI, com a estratégia do apoio institucional, devido o seu alto índice de mortalidade materna e infantil.

Quando iniciei o trabalho como apoiadora da PQM, a maternidade se encontrava da seguinte forma: capacidade total de lotação; grande demanda de serviços por usuárias que não eram de alto risco (referência da unidade); altas taxas de mortalidade materna e neonatal; Câmara Técnica de Humanização com ações fragmentadas e isoladas; baixa articulação com a rede estadual e municipal; Comitê de Mortalidade sem atuação; ouvidoria pouco atuante; inexistência de rede perinatal; atendimento à gestante e ao RN sem critério definido; sem ACCR; pouco investimento na qualificação dos trabalhadores; sem Centro de Parto Normal, enfim, e boas práticas não faziam parte das rotinas da maternidade.

No começo, efetivar o meu trabalho não foi tarefa fácil, pois meu vínculo direto com o MS caracterizava, para alguns diretores da MDER, minha

função como um tipo de "espionagem" e não um apoio para melhoria do serviço, Cabe lembrar que no PQM não havia nenhuma oferta de recurso financeiro, mas na organização dos processos de trabalho.

Dentre as diretrizes definidas, a vinculação da gestante à rede e a organização da linha de cuidado foi um grande desafio, pois a rede não existia. A implantação da Comissão Perinatal, que era uma metodologia de trabalho totalmente nova no estado, foi o caminho em que apostei para a organização da linha de cuidado.

Lembro que quando levei, pela primeira vez a proposta para implantação da Comissão Perinatal, foi uma dificuldade muito grande para a gestão da SES entender. Passamos quase um ano discutindo alguns materiais que a Dra. Sônia Lansk enviava da experiência de BH, assim como foi necessário em algumas reuniões a participação de técnicos do MS vindo de Brasília pra aprofundar a discussão.

No processo de implantação da Comissão Perinatal PI, vi o quanto foi dispendioso e a dificuldade que os gestores e as outras pessoas envolvidas, tiveram de compreender como essa ferramenta era importante para organização dessa linha de cuidado. Para implantá-la foi feito uma oficina com apresentações dos indicadores e da situação da atenção perinatal no estado. Um momento que chamou a minha atenção foi à forma como a coordenadora estadual da saúde da mulher apresentou os dados da mortalidade, dando ênfase o quanto havia aumentado a taxa de natalidade no estado. Fiquei com a impressão de ser uma estratégia para desviar atenção do alto número de mortalidade materna.

Durante esse período houve o lançamento da estratégia da Rede Cegonha pelo Governo Federal e a adesão do estado. A proposta da Rede Cegonha era muito parecida com a do PQM, sendo o grande diferencial o campo de atuação que passava ser todo estado do Piauí e havia a oferta do recurso financeiro para melhoria do serviço e da ambiência, assim como a qualificação dos profissionais. Na minha função de apoiadora ocorreu também a mesma mudança do território de atuação, sendo estendido a todo Piauí. A Secretária de saúde do estado passou a ser meu campo direto de atuação, tendo gestores aliados e outros.

Iniciar o trabalho como apoiadora da Rede Cegonha e a mudança da Comissão Perinatal para o Fórum Rede Cegonha foi bem mais fácil devido o caminho construído com o PQM e também pela oferta do dinheiro que havia na Rede Cegonha, nova estratégia do MS, o que deixou os gestores mais atentos para a necessidade da melhoria, já que a liberação dos recursos estava atrelada a qualidade do serviço.

Apesar de todo trabalho e várias avanços na Rede Cegonha no estado, os espaços coletivos, ainda são um grande desafio para olhar a humanização com a legitimidade científica e organizar os processos da assistência baseada na evidência. Trabalhar como apoiadora com a temática perinatal nos últimos anos me levou ao desejo de aprofundar e pesquisar esse processo de mudança que também protagonizei, de forma crítica e implicada, o que se constituiu em um desafio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Fórum PI foi pensado como uma aposta tecnológica relacional quando, como apoiadora da PQM e depois da Rede Cegonha, me envolvi no desafio da organização da linha de cuidado da gestante e do bebê. Buscava-se constituir um espaço para possibilitar aos profissionais e as discussões sobre as dificuldades para a construção de novas possibilidades e sustentação das práticas nos serviços de saúde. A expectativa era pautar a tríplice inclusão, que o grupo se estabelecesse para além das obrigações formais, com vistas à produção coletiva de um espaço fomentador, numa perspectiva da interdisciplinaridade.

A análise do percurso e das dinâmicas de constituição do Fórum PI reitera sua configuração como um coletivo de gestão, e nesse sentido, vai ao encontro das necessidades de um estado que apresenta grande contingente de mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade durante o período de gestação, nascimento e início da vida.

Os movimentos e os arranjos, identificados nas 56 atas e através da sistematização de 43 pautas, mostraram processos com tempos singulares e específicos. As estratégias, os encaminhamentos e os desdobramentos sinalizaram para a busca do Fórum PI, como um espaço de resolução de diferentes segmentos da gestão estadual e municipais, assim como do controle social. No entanto, identificou-se que as responsabilidades não são vistas na perspectiva do coletivo, em que cada instituição que o compõe demonstre uma

implicação com sua função e papel no processo de construção de formas de enfrentamento das questões relacionadas à saúde materna e infantil.

O Fórum PI enfrenta desafios a serem trabalhados no investimento de novos arranjos que contemplem uma perspectiva mais democrática, baseada na tríplice inclusão.

Sobre sua composição, a análise revelou a preponderante presença das instituições gestoras e a pouca representatividade dos trabalhadores que não fosse através de organizações corporativas e de categorias profissionais. Apesar da participação de órgãos do controle social, nesse segmento não foi identificada expressão significativa dos movimentos sociais e usuários do SUS.

As formações dos profissionais que participam do Fórum PI se mostrou variada, atendendo a uma expectativa de que se configure como um espaço multiprofissional onde as pautas possam ser abordadas numa perspectiva plural e não corporativa. Nesse sentido, houve uma demanda pela maior participação de representantes médicos nas discussões sobre a organização dos processos de trabalho, especialmente em algumas pautas que envolvem diretamente a prática médica.

Para que o Fórum PI possa se fortalecer, como um espaço coletivo democrático, é preciso que se aceite novos e constantes desafios, como o de tornar o Fórum itinerante, sendo levado para as macros regiões de saúde do estado e de promover maior participação de todos, inclusive dos usuários do SUS, na condução das reuniões.

Enfim, trabalhar como apoiadora por uma aposta ao coletivo pela luta de políticas públicas para organizar a linha de cuidado da gestante e do

bebê, assegurando novos modelos de cuidados foi e continua sendo um grande desafio. Outro desafio são as responsabilidades compartilhadas com um olhar focado na rede, reconhecendo a especificidade de cada dentro do SUS para produzir o bem comum, não esquecendo que a contribuição do apoio para no Fórum PI deva ser no sentido de torná-lo cada vez mais autônomo, numa lógica diferente da supervisão e da burocratização.

Nessa perspectiva, o Fórum PI, dentre as possibilidades de encontros, arranjos e movimentos para a constituição de um espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde no estado, configura-se no processo de construção com dinamismo para facilitar e articular um trabalho na perspectiva da rede de atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alencar Junior CA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 [citado 2017 Jan 28];28(7):377-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000700001&lng=en.
2. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2002 [citado 2017 Jan 28];24(5):293-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>
3. Cavalcanti PCS, Gurgel JGD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis [Internet]. 2013 [citado 2017 Jan 28];23(4):1297-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2017 Jan 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2017 Jan 28]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: Balanço das ações [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2017 Jan 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf
7. Piauí. Secretaria de Saúde do Piauí (BR). Portaria SESAPI/GAB N°. 00007-B/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS- a Rede Cegonha. Teresina (PI): Secretaria da Saúde do Estado do Piauí; 2011 [citado

2017 Jan 28]. Disponível em: http://www.Diariooficial.pi.gov.br/diario/201111/DIARIO16_24629d49f7.pdf

8. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [citado 2017 Jan 28];13(Suppl1):595-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2017 Jan 28]. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/10594-pnh-no-plano-de-qualificacao-das-maternidades-e-redes-perinatais>.

10. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão e em redes de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

11. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 Jan 28];30(10):2068-280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002068&lng=en.

12. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2005 [citado 2017 Jan 28];10(3):561-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014

13. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 92 pg.

14. Santos-Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [citado 2017 Jan 28];13(Suppl 1):603

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4th ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

16. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [citado 2017 Jan 28];12(4):999-1010.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400021&lng=en.

17. Santos-Filho SB. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. 2nd ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2009, 272 pág.

18. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]- Universidade Estadual de Campinas; 2011.

19. Ratner CA. Psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas. 1th ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

20. Smolka ALB. A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural. Educ Soc [Internet]. 2010 [citado 2017 Jan 28];21(71):166-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a08v2171.pdf>

21. Zanella AV, Pereira RS. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. Estud psicol (Natal) [Internet]. 2001 [citado 2017 Jan 28];6(1):105-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n1/5337.pdf>

22. Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho, SB; Barros MEB. (Orgs.). Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. 2nd: Editora Unijuí, 2007, 71 pag.

23. Barros MEB. Trabalhar: usar de si - sair de si. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 Aug [citado 2017 Feb 04]; 11(22): 355-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200014&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200014>

24. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2nd ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
25. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Gestión del trabajo en una sala de enfermaría pediatria de alta y media complejidad: una discusión sobre co-gestión y humanización. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 [citado 2017 Jan 28];15(37):351-61. Disponível em: https://issuu.com/revista.interface/docs/v.15-n.37-abr.-jun.2011_5a409f0cae8a87
26. Silva ALF, Sousa RM. A roda como espaço de cogestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral – CE. S A N A R E, Sobral [Internet]. 2010 [citado 2017 Jan 28];9(2):07-13. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/117>
27. Cecilio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [citado 2017 Jan 28];26(3):557-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en.
28. L'Abbate S. Análise Institucional & Saúde Coletiva no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
29. L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Cien Saude Colet [Internet]. 2003 [citado 2017 Jan 28];8(1):265-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en.
30. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 2nd ed. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2001.
31. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no brasil. Rev Epos [Internet]. 2014 [citado 2017 Jan 28];5(1):156-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009

32. Indicadores e Dados Básicos-Brasil- IDB/ 2013, Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpi.def>. Acesso em: 30 Mar.2017

33. Nietzsche EA, Dias LPM, Leopardi MT. Tecnologias em Enfermagem: um saber em compromisso com a prática? In: Anais do 10º Seminário Nacional Pesquisa em Enfermagem; 1999 maio 24-27; Gramado (RS), Brasil. Gramado (RS): ABEN-RS; 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - LISTA DE ATAS CONSULTADAS

Ata 1: Reunião dia 21/09/2011	Ata 29: Reunião dia 13/02/2014
Ata 2: Reunião dia 21/10/2011	Ata 30: Reunião dia 13/03/2014
Ata 3: Reunião dia 16/11/2011	Ata 31: Reunião dia 10/04/2014
Ata 4: Reunião dia 21/12/2011	Ata 32: Reunião dia 08/05/2014
Ata 5: Reunião dia 18/01/2012	Ata 33: Reunião dia 10/06/2014
Ata 6: Reunião dia 15/02/2012	Ata 34: Reunião dia 10/07/2014
Ata 7: Reunião dia 21/03/2012	Ata 35: Reunião dia 14/08/2014
Ata 8: Reunião dia 18/04/2012	Ata 36: Reunião dia 11/09/2014
Ata 9: Reunião dia 16/05/2012	Ata 37: Reunião dia 09/10/2014
Ata 10: Reunião dia 20/06/2012	Ata 38: Reunião dia 12/02/2015
Ata 11: Reunião dia 18/07/2012	Ata 39: Reunião dia 12/03/2015
Ata 12: Reunião dia 15/08/2012	Ata 40: Reunião dia 15/05/2015
Ata 13: Reunião dia 19/09/2012	Ata 41: Reunião dia 11/06/2015
Ata 14: Reunião dia 17/10/2012	Ata 42: Reunião dia 08/07/2015
Ata 15: Reunião dia 21/11/2012	Ata 43: Reunião dia 13/08/2015
Ata 16: Reunião dia 19/12/2012	Ata 44: Reunião dia 10/09/2015
Ata 17: Reunião dia 16/01/2013	Ata 45: Reunião dia 13/10/2015
Ata 18: Reunião dia 20/02/2013	Ata 46: Reunião dia 12/11/2015
Ata 19: Reunião dia 20/03/2013	Ata 47: Reunião dia 10/12/2015
Ata 20: Reunião dia 17/04/2013	Ata 48: Reunião dia 11/02/2016
Ata 21: Reunião dia 15/05/2013	Ata 49: Reunião dia 10/03/2016
Ata 22: Reunião dia 19/06/2013	Ata 50: Reunião dia 14/04/2016
Ata 23: Reunião dia 17/07/2013	Ata 51: Reunião dia 11/05/2016
Ata 24: Reunião dia 14/08/2013	Ata 52: Reunião dia 09/06/2016
Ata 25: Reunião dia 18/09/2013	Ata 53: Reunião dia 11/08/2016
Ata 26: Reunião dia 10/10/2013	Ata 54: Reunião dia 15/09/2016
Ata 27: Reunião dia 14/11/2013	Ata 55: Reunião dia 13/10/2016
Ata 28: Reunião dia 12/12/2013	Ata 56: Reunião dia 08/11/2016

APÊNDICE B - LISTA DO DIÁRIO DE CAMPO

Diário de Campo PQM: 2010

Diário de Campo PQM: 2011

Diário de Campo REDE CEGONHA: 2012

Diário de Campo REDE CEGONHA: 2013

Diário de Campo REDE CEGONHA: 2014

Diário de Campo REDE CEGONHA: 2015

Diário de Campo REDE CEGONHA: 2016

ANEXOS

ANEXO A - PORTARIA/SESAPI/GAB Nº.0007-B/2011



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

PORTARIA SESAPI/GAB Nº. 00007-B/2011

EM, 10 de novembro de 2011

Dispõe sobre a estruturação, composição e competência da Comissão Perinatal do Estado do Piauí – CPP

A Secretária Estadual de Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando as disposições contidas na Portaria do GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha;

Considerando a necessidade de se aprimorar a assistência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias de idade;

Considerando a necessidade de se caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao recém-nascido até 28 dias, ao abortamento e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem na mortalidade materna e perinatal;

Considerando a necessidade de se produzir informações fidedignas para assessorar as instituições responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto, recém-nascido até 28 dias, puerpério, orientando-os quanto às providências necessárias para a redução da mortalidade materna e perinatal;

Considerando a necessidade de se estabelecer o processo de vigilância das mortes maternas e infantis.

RESOLVE:

Art. 1º- Dispor sobre a estruturação, composição e competência da Comissão Perinatal do Piauí- CPP, que possui caráter ético, educativo, consultivo e propositivo.

Art. 2º - Definir que a Comissão Perinatal do Piauí, é ligada diretamente à Secretaria Estadual de Saúde- SES, por meio da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SUPAT.

Art. 3º- Estabelecer à Comissão Perinatal do Piauí- CPP- as seguintes atribuições:

a- Avaliar a assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido de até 28 dias, no estado do Piauí, relacionadas com as causas de mortalidade materna e perinatal;



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

b- Elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal por causas evitáveis.;

c- Monitorar a assistência oferecida à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias no estado, relacionadas com as causas de mortalidade materna e perinatal.;

d- Divulgar os dados e propostas elaboradas pela CPP para os órgãos competentes e a sociedade em geral com o objetivo de orientar sobre as intervenções necessárias à qualificação da atenção da rede de atenção perinatal.;

e- Articular os órgãos da Rede de Atenção Perinatal para informá-los e sensibilizá-los sobre as discussões e proposições da CPP.;

Art. 4º- A Comissão Perinatal do Piauí- CPP - será composta por uma Coordenação sob a responsabilidade da SESAPI, uma sub-coordenação sob a responsabilidade do COSEMS e uma Secretaria Executiva sob a responsabilidade da SESAPI.;

Art. 5º- A Comissão Perinatal do Piauí - CPP- contará com uma Câmara Técnica formada por representantes dos seguintes comitês: Comitê de Prevenção do Óbito Infantil de Teresina; Comitê Hospitalar de Prevenção do Óbito Infantil e Materno da MDER, Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno do Piauí.

Art. 6º- A Comissão Perinatal do Piauí- CPP- será composta pelos seguintes órgãos e membros:

1- SESAPI/SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE


Titular: Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé- Superintendente de Atenção Integral à Saúde
Suplente: Iris Mary Meneses do Amaral- Assistente Social da Superintendência de Atenção Integral à Saúde

2- SESAPI/SUPERINTENDÊNCIA DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA

Titular: Telmo Gomes Mesquita - Diretor de Unidade de Organização Hospitalar
Suplente: Leidimar Barbosa de Alencar- Coordenadora de Apoio aos Municípios

3- SESAPI/MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA- MDER

Titular: Mariza Fortes de Cerqueira Pereira da Silva- Chefe da Neonatologia
Suplente: Joaquim Vaz Parente- Presidente do Comitê de Mortalidade Materna e infantil da MDER.


 Secretaria de Estado da Saúde
 Av. Pedro Freitas s/n - Centro Administrativo - Bloco A
 (86) 3216-3695 - 64018-200 - Teresina-PI
 www.saude.pi.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

4- CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE- COSEMS

Titular: Alduína Maria Machado do Rego Monteiro - Assessora Técnica do COSEMS
Suplente: Adalberto Santos Ferreira - Membro e Secretário de Saúde de Monsenhor Gil

5 - SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA /DIRETORIA DE DIREITOS HUMANOS

Titular: Lucimar Batista da Costa - Coordenadora do Comitê Interinstitucional de Eliminação de Hanseníase
Suplente: Maria dos Remédios Silva- Coordenadora do Enfrentamento ao Trabalho Escravo

6- MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

Titular: Luciano de Sousa Coutinho - Médico do Ministério Público
Suplente: Jerson de Macedo Reinaldo Silva - Técnico do Ministério Público

7-CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

Titular: Maria do Amparo Oliveira- Enfermeira da FMS
Suplente: Maria dos Remédios Alves Monteiro- Enfermeira

8-CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ

Titular: Maria Aurenizia Alves Nunes - Representante do Segmento dos Usuários
Suplente: Áurea Maria da Silva Santos - Representante do Segmento dos Usuários

9- CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Titular: Francisco Leite da Silva
Suplente: Horlene Moreira Costa

10-CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

Titular: Maria de Jesus Lima dos Santos
Suplente: Antônia Edna Chaves Lima

11-CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Titular: Deusa Helena de Albuquerque Machado
Suplente: Maria dos Remédios Alves Monteiro



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

**12- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS
 OBSTETRAS DO PIAUÍ-ABENFO**

Titular: Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves – Vice – Presidente da ABENFO-PI
Suplente: Inez Sampaio Nery – Presidente da ABENFO-PI

13-SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ- SOPEPI

Titular: Fabio Furtado Farias - Pediatra
Suplente: Maria José Lima Matos – Presidente da Sociedade de Pediatria do Piauí

14-CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUI

Titular: Josué Ribeiro Gonçalves do Nascimento
Suplente: Luiz Edson dos Santos Costa

15-SINDICATO DOS HOSPITAIS PRIVADOS DO PIAUÍ

Titular: Alberto Monteiro Junior- Diretor Financeiro do Hospital Santa Fé
Suplente: Antônio Lisboa Lopes de Araújo – Diretor Administrativo do Hospital Santa Fé

**16-FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/COORDENAÇÃO DE AÇÕES
 ASSISTENCIAIS À SAÚDE**

Titular: Sheylla kalyne Santos Maranhão- Técnica da Gerência de Planejamento
Suplente: Amariles de Souza Borba – Coordenadora de Ações Assistenciais à Saúde

17-FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/CIAMCA

Titular: Roselane do Socorro B. Ferreira – Coordenadora da UTI Neonatal
Suplente: Evelma Teresa Parente Rocha Vasconcelos- Diretora do Hospital

18- FACID

Titular: Tália Liberdade Brasileira Cavalcante - Professora
Suplente: Judite Oliveira Lima Albuquerque- Coordenadora do Curso de Enfermagem

19- NOVAFAPI

Titular: Maria das Dores Sousa Nunes - Professora
Suplente: Isabel Marlúcia Lopes Moreira de Almeida- Professora

20- FACIME

Titular: Maria Luci Costa Machado Vilarinho - Enfermeira e Professora
Suplente: Anaíde Mary Barbosa Santos- Enfermeira e Professora



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

21- UFPI

Titular: Mariza Fortes de Cerqueira Pereira da Silva
Suplente: Joaquim Vaz Parente

22- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM- ABEN

Titular: Tânia Maria Melo Rodrigues
Suplente: Olívia Dias de Araújo

23- MINISTÉRIO DA SAÚDE

Soraya Maria de Albuquerque Pessoa- Psicóloga e Apoiadora Institucional do Ministério da Saúde.

Art. 7º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CIENTIFIQUE-SE,

PUBLIQUE-SE,

CUMPRE-SE.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, EM 10 DE NOVEMBRO DE 2011.


LILIAN DE ALMEIDA FELÍCIO NUNES MARTINS
Secretária de Estado da Saúde do Piauí

ANEXO B - PORTARIA/SESAPI/GAB Nº.0107/2016

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO



PORTARIA SESAPI/GAB Nº. 0107 /2016

EM, 21 de janeiro de 2016.

Dispõe sobre a estruturação, composição e competência do Fórum Estadual da Rede Cegonha.

O Secretário Estadual de Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando as disposições contidas na Portaria do GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha;

Considerando a necessidade de se aprimorar a assistência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias de idade;

Considerando a necessidade de se caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao recém-nascido até 28 dias, ao abortamento e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem na mortalidade materna e perinatal;

Considerando a necessidade de se produzir informações fidedignas para assessorar as instituições responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto, recém-nascido até 28 dias, puerpério, orientando-os quanto às providências necessárias para a redução da mortalidade materna e perinatal;

Considerando a necessidade de se estabelecer o processo de vigilância das mortes maternas e infantis.

RESOLVE:

Art. 1º - Tornar sem efeito a Portaria SESAPI /GAB nº 00007-B, de 10 de novembro de 2011.

Art. 2º- Dispor sobre a estruturação, composição e competência do Fórum Estadual da Rede Cegonha, que possui caráter ético, educativo, consultivo e propositivo.

Art. 3º - Definir que o Fórum Estadual da Rede Cegonha é ligada diretamente à Secretaria Estadual de Saúde- SES, por meio da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SUPAT.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO



Art. 4º- Estabelecer ao Fórum Estadual da Rede Cegonha - as seguintes atribuições:

a- Avaliar a assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido de até 28 dias, no estado do Piauí, relacionadas com as causas de mortalidade materna e perinatal;

b- Elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal por causas evitáveis.;

c- Monitorar a assistência oferecida à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de até 28 dias no estado, relacionadas com as causas de mortalidade materna e perinatal;

d- Divulgar os dados e propostas elaboradas pelo Fórum para os órgãos competentes e a sociedade em geral com o objetivo de orientar sobre as intervenções necessárias à qualificação da atenção da rede de atenção perinatal;

e- Articular os órgãos da Rede de Atenção Perinatal para informá-los e sensibilizá-los sobre as discussões e proposições do Fórum;

Art. 5º- O Fórum Estadual da Rede Cegonha - será composta por uma Coordenação sob a responsabilidade da SESAPI, uma sub-coordenação sob a responsabilidade do COSEMS e uma Secretaria Executiva sob a responsabilidade da SESAPI;

Art. 6º- O Fórum Estadual da Rede Cegonha - contará com uma Câmara Técnica formada por representantes dos seguintes comitês: Comitê de Prevenção do Óbito Infantil de Teresina; Comitê Hospitalar de Prevenção do Óbito Infantil e Materno da MDER, Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno do Piauí.

Art. 7º- O Fórum Estadual da Rede Cegonha - será composta pelos seguintes órgãos e membros:

1- SESAPI/SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

- Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
- Iris Mary Meneses do Amaral

2- SESAPI/SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS

- Erika Maria Galvão Martins
- Lourival Oliveira Filho

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO**



3- SESAPI/MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA- MDER

- Joaquim Vaz Parente
- Marcos Bittencourt da Silva

4- CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - COSEMS-PI

- Leopoldina Cipriano Feitosa
- Amanda Costa Pinheiro

5- SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA /DIRETORIA DE DIREITOS HUMANOS

- Conceição de Maria Osterne de Lima
- Emanuella de Sousa Teixeira

6- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PIAUÍ

- Cláudia Pessoa Marques da Rocha Seabra
- Karla Daniela Furtado Maia Carvalho
- Ery Marcos Vieira Pontes

7- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

- Gervásio Tavares de Sousa
- Antônio Roberto dos Santos

8- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ

- Maria Dulce Silva
- Luzilene Sousa e Silva

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO**



**9- CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE DO PIAUÍ**

- Francisca Zenaide Fernandes Oliveira Nascimento
- Francisca Diana Pacífico de Oliveira

10- CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

- Maria de Jesus Lima dos Santos
- Antônia Edna Chaves Lima

11- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ – COREN/PI

- Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos
- Maria Lucia Ferreira Pires

**12- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS
OBSTETRIZAS DO PIAUÍ-ABENFO**

- Ivanilda Sepúlveda Gomes
- Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves

13- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ

- Mariano Lopes da Silva Filho

14- SINDICATO DOS HOSPITAIS PRIVADOS DO PIAUÍ

- Antônio de Pádua Carvalho

15- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Antônio Mariano da Costa Neto
- Smithanny Barros da Silva

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO



FERRAZ

16- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE/MATERNIDADE WALL

- Mércia Cassandra S. Brito
- Hévila Marques M. Araújo

17- FACID

- Isabel Cristina Cavalcante Carvalho Moreira
- Cilene Delgado Crizóstomo

18- UNINOVAFAPI

- Maria das Dores Sousa Nunes
- Isabel Marlúcia Lopes Moreira de Almeida

19- FACIME

- Karla Joelma Bezerra Cunha
- Arethuzza de Melo Brito Carvalho

20- UFPI / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

- Silvana Santiago da Rocha
- Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves

21- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

- Jacira Maria Rodrigues Alves
- Flávia Dayana Ribeiro da Silveira

22- MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Soraya Maria de Albuquerque Pessoa
- Clara Maria Silveira Noieto Chaves
- Carmen Viana Ramos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO



23- CLÍNICA E MATERNIDADE SANTA FÉ LTDA

- Maria Alice Bastos Maia
- Aryany Harf de Sousa Santos

24 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

- Maria do Amparo Oliveira
- Sheyla kalyne Santos Maranhão

25 - CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE TERESINA

- Maria de Lourdes Araújo Rocha
- Ana Maria da Silva Oliveira

26- ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – OAB/PI

- Rubenita de Andrade Lessa Pereira Gomes
- Francisco Eudes Alves Ferreira

27- ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE MUNICÍPIOS – APPM

- Deusanira Vieira Dantas
- Conceição Freitas

28 - CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER

- Lusciane Priscila Cruz dos Santos
- Sammia Fawsia de Deus Barros

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO**



29 - COORDENADORIA ESTADUAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

- Ianara Silva Evangelista
- Maria do Carmo Fernandes

30- BANCO DE LEITE HUMANO – MDER

- Vanessa Maria Moura Paz
- Célia Regina Assunção Leal

31 - SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ

- Agatha Zuleica Knitter Barros
- Ellem Carvalho Pimentel

32 – HOSPITAL INFANTIL LUCIDO PORTELLA

- Leiva de Souza Moura
- Ivo Lima Viana

33- SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, CIDADANIA E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – SEMTCAS

- Maria de Deus Fernandes de Araújo
- Lorena Maria Madeira Bastos

34- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

- Iris Mary Meneses do Amaral
- Maria Jesus Lopes Mousinho Neiva

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
GABINETE DO SECRETÁRIO



Art. 8º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, EM 21 DE JANEIRO DE 2016.

**CIENTIFIQUE-SE,
PUBLIQUE-SE,
CUMpra-SE.**

Atenciosamente,


FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA COSTA
Secretário de Estado da Saúde do Piauí

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
 COORDENAÇÃO DO FÓRUM ESTADUAL DA REDE CEGONHA



TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé, na condição de coordenadora do Fórum Rede Cegonha do Estado do Piauí, venho por meio desse documento declarar apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado "Caso Fórum Rede Cegonha Piauí: análise da produção de um coletivo de gestão de políticas de saúde", sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Soraya Maria de Albuquerque Pessoa, aluna do Mestrado Profissional Rede Cegonha do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira / Fiocruz e sob a orientação da Profa. Dra. Corina Helena Figueira Mendes.

Ciente de que a pesquisa objetiva analisar a experiência de constituição do Fórum Rede Cegonha Piauí como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde materna infantil no estado, através de observação participantes nas reuniões ordinárias a se realizarem nos meses de junho, julho e agosto; assim como, através do acesso a documentos e atas de reuniões.

Esta Carta de Anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para os participantes do Fórum Rede Cegonha Piauí na certeza que o mesmo possa contribuir para a melhoria do trabalho do mesmo.

Nos reservamos a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma caso o julgemos necessário.

Teresina (PI), 02 de maio de 2016.


 Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
 Coordenadora do Fórum Rede Cegonha do Estado do Piauí
 Superintendente de Atenção Integral à Saúde