



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFES CAMPUS CERRO LARGO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS
PÚBLICAS.

NAIRANA MARCZEWSKI DE MELO MACHT

**MAMÃE CANGURU- AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A MATERNIDADE:
ANÁLISE NO CONTEXTO GIRUAENSE.**

CERRO LARGO 2020.

NAIRANA MARCZEWSKI DE MELO MACHT

**MAMÃE CANGURU - AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A MATERNIDADE:
ANÁLISE NO CONTEXTO GIRUAENSE.**

Dissertação de mestrado, apresentada para o Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora Professora Dra.: Serli Genz Bölder
Coorientadora Professora Dra.: Sandra Vidal Nogueira

CERRO LARGO, 2020

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Macht, Nairana Marczewski de Melo
Mãe Canguru- as políticas públicas e a maternidade:
Análise no contexto Giruaense / Nairana Marczewski de
Melo Macht. -- 2020.
136 f.

Orientadora: Doutora Serli Genz Bolter
Co-orientadora: Doutora Sandra Vidal Nogueira
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento e Políticas Públicas, Cerro Largo, RS,
2020.

1. Maternidade. 2. Mulheres. 3. Giruá. 4. Desejos e
Construções Sociais. 5. Maternidade e Desejo. I. Bolter,
Serli Genz, orient. II. Nogueira, Sandra Vidal,
co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

NAIRANA MARCZEWSKI DE MELO MACHET

**MAMÃE CANGURU- AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A MATERNIDADE:
ANÁLISE NO CONTEXTO GIRUAENSE.**

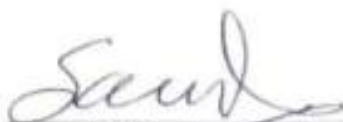
Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento em Políticas Públicas, defendido em banca examinadora em 30/03/2020

Aprovado em: 30/03/2020

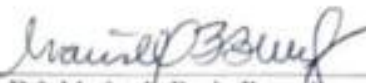
BANCA EXAMINADORA



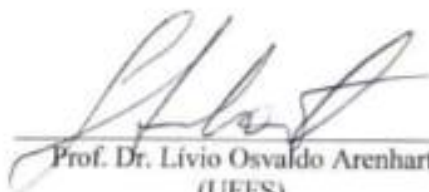
Prof. Dr. Scifi Genz Hölter (UFFS)
Orientadora



Prof. Dr. Sandra Vidal Nogueira (UFFS)
Co-orientadora



Prof. Dr. Maristela Borin Busnelo
(UNJUI)
Membro Titular Externo



Prof. Dr. Lívio Osvaldo Arenhart
(UFFS)
Membro Titular Interno

Prof. Dr. Edegar Rotta
(UFFS)
Membro Suplente

Cerro Largo/ RS, Março de 2020.

Para minha filha Valentina:
aquela que coube em meu corpo,
nesse mesmo corpo que já coube
na minha mãe
que coube em minha avó
e antes delas minha bisavó e tataravó
e antes delas
um milhão de gerações distantes
dentro de nós.

AGRADECIMENTOS

Por todas as vezes que se irritou comigo e desejou quebrar o computador. Agradeço a Valentina por me lembrar todo dia que a maternidade não existe sem reponsabilidade e que existem coisas mais interessantes a se fazer do que escrever uma dissertação.

“É uma época em que é preciso tomar partido. Não se pode ficar sem fazer isso”
(Chimamanda Ngozi Adichie).

RESUMO

Este trabalho explora a maternidade e as políticas públicas, faz um percurso sobre a história e as conquistas das mulheres no âmbito da saúde. Destaca também a luta feminina por igualdade de direitos e por estabelecer a questão de gênero como parte importante no debate sobre o que é e como se obtém saúde. Essa dissertação tem como finalidade também analisar um projeto existente no município de Giruá- RS, que se propõe a trabalhar com grupos de gestantes e acompanha-las durante o pré-natal, para além da maternidade, este trabalho observa também o papel das políticas públicas na vida das mulheres e na sociedade.

Palavras Chave: Mulheres, saúde, Políticas, vínculos, amor, materno

ABSTRACT

This work explores motherhood and public policies, takes a look at the history and achievements of women in the field of health. It also highlights the women's struggle for equal rights and for establishing the gender issue as an important part of the debate about what health is and how it is achieved. This dissertation also aims to analyze an existing project in Giruá-RS, which proposes to work with groups of pregnant women and accompany them during prenatal care, in addition to motherhood, this work also looks at the role of public policies in women's lives and in society

Keywords: Women, health, Policies, bonds, love, mothers.

LISTA DE TABELA

Tabelas 1 - Linha do tempo.

LISTA DE SIGLAS

1. PAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher;
1. SUS – Sistema Único de Saúde;
2. OMS- Organização Mundial da Saúde;
3. NOB - Normas Operacionais Básicas;
4. NOAS- Normas Operacionais de Assistência à Saúde;
5. PIM - Primeira Infância Melhor
6. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
7. PPS – Políticas Públicas.
8. SUS- Sistema Único de Saúde
9. OPAS- Organização Pan-americana de Saúde.
10. PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. POLÍTICAS PÚBLICAS: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS	22
2.1 – Política: aspectos históricos e sociais.	22
2.2. Políticas Públicas: saúde da mulher	29
2.3 Políticas Públicas direcionadas a maternidade: Rede Cegonha.	47
3. MATERNIDADE, DESEJO E CONSTRUÇÕES SOCIAIS	54
3.1 Desejo e construções sociais	54
3.2 O feminino, a mulher e o amor materno: compreendendo a função materna	59
3.3 A Instituição Familiar: a mulher diante do espelho.	65
4. MAMÃE CANGURU: ANÁLISE DO PROJETO NO CONTEXTO GIRUAENSE ..	71
4.1. Mamãe Coruja e Mamãe canguru.	74
4.2 Para além dos nomes: O que a Coruja e o Canguru nos contam?	81
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	92

1. INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX a identidade das mulheres passou a ser relacionada ao imperativo da procriação. A mulher passou a ser identificada por uma demanda de geração, cabendo a ela gerar e amamentar seus filhos, “há aqueles que afirmam que em toda mulher haveria uma espécie de desejo de procriar e que tal desejo definiria infalivelmente seu ser” (Gomez, 2000). Entretanto, historicamente as mulheres não exerciam ou ao menos não apresentavam o tão “sonhado” instinto materno, as funções de cuidado e amamentação eram destinadas as amas de leite, as babás (isso em famílias da nobreza, aristocráticas). As mães não participavam das funções de necessidades básicas e afetivas como: ninar, brincar, ensinar os primeiros passos etc. tudo era repassado a cuidadoras. Em famílias pobres as mulheres também não prolongavam os cuidados com seus filhos, as crianças eram entregues à própria sorte, ou aos cuidados dos irmãos mais velhos, como se sabe, era comum terem muitos filhos, pois muitos morriam e era preciso gente para ajudar no sustento e na lavoura. (Aries, 1981, p. 4).

Na aristocracia algumas mulheres chegavam a dizer que a maternidade não era algo de seu interesse e isso era socialmente aceito, mas é a partir do século XVIII que o discurso começa a ser modificado, junto as mudanças sociais provocadas por guerras e pelo início da revolução industrial e no século XIX a ideia de “instinto materno é bem vigente na sociedade Europeia.

Despreparadas e forçadas a exercer tais funções, as mulheres apresentavam atitudes grosseiras e bruscas para com seus filhos, o que levaria ao pensamento de que tal o instinto materno não era comum à maternidade. Foi no período de altas taxas de mortalidade que se fez presente articulação da identidade feminina com a procriação, era preciso, por exemplo, em “períodos de guerra, elevar os índices populacionais deste modo, garantiu-se a reprodução da espécie humana, bem como a transmissão dos processos sociais, culturais e históricos”. (Birman, 2001).

Alguns autores chegam a dizer que a maternidade neste período foi para muitas mulheres uma espécie de fonte de poder social, pois através da gestação e da maternidade a mulher teria algo da ordem da perfeição, considerando que no modo de pensar aristotélico, a perfeição era relacionada aos homens. Ao mesmo tempo, que poderia ter certo poder, a obrigação pelos cuidados com os filhos e o aprimoramento de tais cuidados passou a ter peso social. Ao gestar e exercer a maternidade as mulheres colaborariam para a manutenção da vida

e da reprodução social, “desta forma poderiam obter valor, honra e reconhecimento social, e isso se deu, em parte, através da revolução demográfica do século XVIII, com a preocupação de uma maior estabilidade populacional e de uma mortalidade controlada”. (ARAÚJO e MOURA, 2004).

A possibilidade de certo poder exercida na maternidade e na reprodução da espécie pode ser relacionada ao projeto e ao campo do biopoder. Esta foi condição concreta que Foucault denominou bio-história (FOUCAULT, 1995). O investimento dado à ordem da vida pela modernidade possibilitou que o biopoder e a bio-história se constituíssem no registro das práticas sociais. A riqueza das nações não estava apenas em seus recursos naturais e em suas indústrias, mas na qualidade de sua população e em seu capital humano. Boas condições de vida e de saúde das populações seria a finalidade para acumulação de capital e de riqueza das nações.

Porém, a ideia de que as mulheres exerciam um poder social e reconhecimento acaba quando colocada em questão a liberdade sexual, uma vez que a sexualidade era identificada apenas com o imperativo da reprodução da espécie, não era permitido as mulheres o prazer e o desejo. Prazer e desejo como outras finalidades da sexualidade poderiam desviar a mulher do caminho reprodutivo. O erotismo assim poderia perturbar a vocação reprodutiva da mulher sob esse prisma. O corpo feminino acabou polarizado entre o erotismo e a maternidade, e as mulheres mais uma vez foram reprimidas em seus desejos:

a repressão funciona, decerto, como condenação ao desaparecimento, mas também como injunção ao silêncio, afirmação de inexistência e, conseqüentemente, constatação de que, em tudo isso, não há nada para dizer, nem para ver, nem para saber. Assim marcharia, com sua lógica capenga, a hipocrisia de nossas sociedades burguesas. Porém, forçada a algumas concessões. Se for mesmo preciso dar lugar às sexualidades ilegítimas, que vão incomodar noutro lugar: que incomodem lá onde possam ser reinscritas, senão nos circuitos da produção, pelo menos nos do lucro. O rendez-vous e a casa de saúde serão tais lugares de tolerância: a prostituta, o cliente, o rufião, o psiquiatra e sua histérica — estes "outros vitorianos", diria Stephen Marcus — parecem ter feito passar, de maneira sub-reptícia, o prazer a que não se alude para a ordem das coisas que se contam; as palavras, os gestos, então autorizados em surdina, trocam-se nesses lugares a preço alto. Somente aí o sexo selvagem teria direito a algumas das formas do real, mas bem insularizadas, e a tipos de discurso clandestinos, circunscritos, codificados. Fora desses lugares, o puritanismo moderno teria imposto seu tríplice decreto de interdição, inexistência e mutismo. (FOUCAULT, 1999, P. 09).

Se o prazer sexual era permitido em certos lugares caberia questionar quem estabelecia a proibição ou permissão? Numa sociedade onde o sistema que impera é o modelo patriarcal,

certamente não eram as mulheres as responsáveis pelo puritanismo vigente e também cabe perguntar de que mulheres estamos falando? Das ricas? Das pobres? Das brancas? Das negras?

As mulheres negras nunca precisaram reivindicar a entrada no mercado de trabalho, por que a elas nunca foi negada tal ação, escravizadas nas lavouras e jogadas aos afazeres domésticos e a amamentação dos filhos das senhoras de escravos, elas também foram obrigadas a reprodução por que era preciso mão de obra¹, nunca se questionou sobre o instinto materno da mulher negra, pois seus filhos não lhe pertenciam e elas não eram gente. Lembremos do caso de Saarjite Baartman², que foi apresentada a Europa, primeiramente em Londres e depois Paris, como se fosse uma monstruosidade, uma anomalia circense. Saarjite Baartman morreu após passar anos sendo exibida em feiras europeias de "fenômenos bizarros humanos", mas o show, sob uma perspectiva ainda mais macabra, continuou. Seu cérebro, esqueleto e órgãos sexuais continuaram sendo exibidos em um museu de Paris até 1974. Seus restos mortais só retornaram à África em 2002, após a França concordar com um pedido feito por Nelson Mandela. Aparentemente, ela foi a Europa sob promessas falsas realizadas por um médico britânico, porém, pouco se sabe se de fato ela foi por livre vontade. Na Europa recebeu o nome artístico de "A Vênus Hotentote" e foi transformada em uma atração de circo em Londres e Paris, onde multidões observavam seu corpo, principalmente, suas nádegas.

Então, ao escavar a história da escravidão relegada às mulheres negras é possível revelar uma ideia binária da sexualidade – de um lado a branca representando pureza, fertilidade, amor, sacralidade etc e de outro, a mulher negra representando a imoralidade, o objeto, a impureza etc. O estupro das mulheres negras durante a escravidão foi internalizado pela sociedade como algo absolutamente natural e quando pensamos nas inúmeras mortes de mulheres em nosso país é possível fazer uma analogia com nossa história de fundação baseada na morte, estupro e sequestro de mulheres negras e indígenas. Há aquelas pessoas que se morrem ninguém se importa, por que a sociedade tem status, crença e cor para dizer se aquela vida importa ou não.

1 Essa análise nos remete à discussão das historiadoras norte-americanas Barbara Bush-Slimani e Jennifer Morgan. Segundo estas, mulheres negras e escravas no Caribe, assim como nos Estados Unidos, sofreram uma dupla sujeição à dominação masculina e à branca. Além disso, elas foram submetidas a uma dupla exploração: a do trabalho e a de sua sexualidade e poder reprodutivo.

2Ver Tina Chanter em: Gênero Conceitos Chave em Filosofia. Rumores de que a história trágica de Baartman era interesse da indústria do cinema despertaram debates sobre o caso e indignação da etniakhoikhoi – etnia de Baartman – que não deseja ver a memória de uma vida de sofrimento de Saarjite explorada por estrangeiros.

Assim como o tal médico teve papel de definir a vida e morte de Baartaman, a medicina alterou muitos comportamentos sociais. Se, no âmbito da visão religiosa, as mulheres que demonstravam desejo por exercer livremente sua sexualidade eram tratadas como pecadoras, a autoridade da igreja passou aos médicos. O especialista médico surgiu como aquele que conhece a verdade sobre a sexualidade, aquele que define certas formas de sexualidade como normais ou desviantes da conduta padronizada e aquele que ajudou a definir a maternidade como instinto inerente a todas as mulheres.

Pensar nas mudanças de visão sobre a questão da maternidade, exige que as realidades sociais também sejam reveladas, uma vez que ainda hoje observamos que as políticas públicas que tratam de acolhimento e formação de vínculos parecem ser direcionadas a mulheres pobres, se tais políticas desejam tratar de reduzir a vulnerabilidade social a que estão destinadas devido a sua condição financeira é plausível, mas se aqueles que trabalham dentro de um programa ou projeto desejam dizer a essas mulheres o que elas devem ou não fazer, aí reside um problema que é de ordem ética – essa é uma ideia que exploraremos no primeiro capítulo, abordando conceitualmente as definições de Políticas Públicas, bem como os modelos vigentes de pensamento, ideologia que delineiam os caminhos pelos quais percorrem as políticas públicas.

Descrevemos que nosso método abrangerá a pesquisa qualitativa, possuindo aportes teóricos em complementaridade à empírica, que nos dará sustentação prática para realizar nossa pesquisa. É de concordância entre pesquisadores que costumam usar métodos qualitativos de que a pesquisa qualitativa é importante para responder as perguntas sobre o "como?" e o "por quê?" durante o processo de pesquisa. Os objetos neste método costumam ser históricos, *sui generis*, e estão sujeitos a interpretação. A validade pode ser procurada por meio da utilização de múltiplas técnicas de "coleta" de material, é por isso que essa dissertação tem como objetivo realizar análise sobre as políticas públicas da maternidade, no município de Giruá, analisando particularmente o projeto mamãe Canguru. Buscamos compreender a importância das Políticas Públicas de saúde da mulher e o acompanhamento das gestantes. Essa análise será realizada a partir de documentos (projeto, atividades desenvolvidas, ata, lei municipal), será analisado também notícias nos jornais da cidade, bem como notícias vinculadas no site oficial da prefeitura municipal de Giruá- RS. Nosso tema gira em torno da seguinte questão: o Projeto Mamãe Canguru de Giruá, se constitui como espaço e mecanismo no qual uma mulher pode construir sua identidade materna? Como objetivos dessa pesquisa delineamos que é preciso

trazer a luz o seguinte: compreender a importância das Políticas Públicas de acolhimento e acompanhamento das gestantes para a construção dos vínculos afetivos entre as mães e seus bebês, para isso utilizaremos como referência portarias e leis do ministério da saúde e textos sobre a formação de vínculos. Buscamos também entender o papel do Projeto Mamãe Canguru de Giruá como espaço e mecanismo que possibilita a construção de uma identidade materna; Indicar a população atendida no projeto Mamãe Canguru de Giruá; Realizar levantamento sobre as equipes envolvidas no decorrer da idealização e implementação do projeto Mamãe Canguru.

Entre algumas referências que consideramos importante para realização desta pesquisa citamos: Badinter (1985) que nos ajudará a tratar da questão do amor materno, Alfredo Jerusalink (2004) que permitirá entender a formação de vínculos entre mães e seus bebês e Donald Winnicott (1958). Além de Celina Souza (2019), que na atualidade se configura como grande referência em Políticas Públicas, além de nos debruçarmos nas leis, portarias e políticas públicas direcionadas a maternidade, parto e saúde da mulher, entre outros textos e autores que julgamos indispensáveis para este processo de investigação, como é o caso de Hannah Arendt (1950 – 2005) que nos permitirá entender a dimensão da política em nossa vida e sociedade.

Esta pesquisa justifica-se a partir da própria análise da história das mulheres, onde estas estiveram submetidas por séculos e séculos a dominação masculina, e hoje, observamos que os avanços na área da saúde passaram a entender a saúde da mulher como além da maternidade. A saúde da mulher alcançou nos últimos tempos extraordinária condição de atendimento as mais diversas fases de vida e de complexidade, nos últimos anos era diária as notícias sobre como dentro do Sistema Único de Saúde nacional, estadual e municipal eram articulados, criados e implementados programas que contemplam o acompanhamento e prevenção em saúde.

Muitos projetos tiveram êxito ao focar na prevenção, principalmente de câncer de mama e útero, entre tantos outros programas e projetos que galgaram sucesso encontra-se o acompanhamento e atendimento de gestantes. Tanto na adolescência quanto na maturidade é possível encontrar serviços especializados na área de ginecologia e obstetrícia dentro do Sistema Único de Saúde, mas são poucos que ampliam o acompanhamento e atendimento para outras especializações, como é o caso do projeto que é alvo desta pesquisa. O projeto “Mamãe Canguru” que amplia o atendimento e acompanhamento para outros aspectos da saúde que

merecem atenção: odontologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, educação física etc. O projeto possibilita um encontro dessa gestante com a sua gestação, em outras palavras, para além do cuidado necessário da medicina, o projeto leva em consideração interações sociais, conhecimento científico de outras especialidades além da medicina e algo que consideramos essencial: permite que as mulheres gestantes encontrem nas participantes do grupo um apoio importante na constituição dos futuros laços afetivos com seus filhos.

Pesquisar sobre maternidade, entendo também o que é da ordem do acolhimento e saúde da família é compreender o Art. 196 da nossa constituição federal, artigo que nos dá garantia do direito à saúde: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A partir da criação do SUS em 1990 várias medidas foram tomadas para efetivar o trabalho realizado pelo SUS, dentre tais medidas estão: criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS que levaram também a criação da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém criado SUS.

É importante saber destes detalhes para compreender que projetos criados dentro dos municípios vem também para responder a responsabilização que a lei cobra dos gestores municipais, no campo da saúde da mulher isso não é diferente. A Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria Nº 569, de 01 de junho de 2000 considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Há, ainda, vários programas que atendem a gestante, entre estes citamos os que podem ser considerados os principais: PIM - Primeira Infância Melhor que acompanha, através de visitadoras a futura mãe dando orientações e incentivando a participar do pré-natal e principalmente atuando na área emocional e social da mulher, este programa se mantém após o nascimento, com foco no cuidado e estimulação do bebê, além da

criação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. A Rede Cegonha, lançada em março de 2011 pelo Governo Federal, é um programa que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. (MINISTERIO DA SAÚDE)

Tais programas e projetos são fundamentais para a qualidade da gestação, para o desenvolvimento do bebê e principalmente para o amparo as gestantes e por isso abordaremos essa temática no capítulo dois, analisando a partir da psicologia e psicanálise como se dão subjetivamente as relações entre as mães e seus bebês e a própria instituição familiar. Por estas razões é desejável pensar por que programas e projetos ganham maior ou menor adesão das mulheres, analisando o olhar que as equipes direcionam aos mesmos, a quem se destinam e quais seus objetivos, é o que desejamos verificar no terceiro capítulo, pois quando pensamos na finalidade de fazer uma busca ampla sobre como foi e está sendo a divulgação de um projeto como o mamãe canguru e verificar se de fato existem informações acessíveis a todos sobre o projeto é por que consideramos que em política pública a palavra que deve prevalecer é transparência nas ações.

A partir disso consideramos que o projeto mamãe canguru implementado no município de Giruá-RS desde 2011 é uma porta de entrada para observar como a maternidade é compreendida no sistema municipal e como as mulheres são acolhidas num período tão importante de suas vidas, uma vez que não se pode falar em Políticas Públicas direcionadas a gestantes sem o entendimento do que é saúde da família, acolhimento e a própria construção social da maternidade em nossa sociedade. Nosso interesse é estudar o projeto mamãe Canguru a partir das informações publicadas na internet, na prefeitura, secretaria de saúde, jornais etc. Tudo que estiver disponível e que possa ser acessado será pesquisado.

Nos perguntamos ainda qual a importância de um projeto como Mamãe Canguru e por que ser objeto de uma pesquisa acadêmica? Para responder a esta pergunta é preciso salientar que desde o nascimento, é na relação com o outro cuidador que a criança está apreendendo elementos constitutivos. Num primeiro momento, a criança tem com a mãe uma relação simbiótica, ou seja, há a crença de que um é parte do corpo do outro. O bebê depende totalmente da mãe. Nesta posição, onde a relação simbiótica é evidenciada, não existe um sujeito criança, pois seu lugar é baseado no prolongamento do corpo materno. Além disso, o bebê é o objeto do

desejo materno, para existir um bebê é necessário que haja um desejo da mulher de se posicionar como mãe. Ainda que, posteriormente, ela o abandone, talvez por não sustentar esta posição, a gravidez depende de seu desejo, que abrange os cuidados fisiológicos integrando-os aos cuidados afetivos, é neste sentido que as políticas públicas para saúde da mulher poderiam amenizar a solidão e as incertezas de uma gravidez criando mecanismos que ajudem a mulher neste período, sem culpabilização frente ao seu desejo. Quando existem políticas públicas que contemplam os cuidados com a gestação para além dos fisiológicos a possibilidade de uma mulher lidar com sua gestação de forma tranquila é maior, e ao ser cuidada e escutada sem julgamentos é provável que ela criará vínculos com seu bebê de forma saudável.

Sabe-se que as mulheres grávidas não escapam as problemáticas próprias da maternidade: será boa mãe? O que é uma mãe boa? Seu bebê será saudável? E se não for, o que fazer? Como não repetir com suas crianças traços familiares que lhe foram prejudiciais na infância? Quero ter este Bebê?³ Vou amá-lo? Etc. A maternidade é simbolicamente um fator de transformação na vida da mulher que é mãe ou será, assim compreendemos que o projeto mamãe Canguru permite que aquelas que são atendidas nesta proposta possam passar por estas perguntas sem sofrimento e certamente encontram no espaço do projeto a possibilidade de vivenciar os primeiros passos do que é ser mãe e caso não seja assim, é preciso ampliar o entendimento do por que não ocorreu e para que de fato servem as Políticas Públicas da maternidade.

³Nesta discussão, incluem-se também o entendimento da descriminalização do aborto e que este deveria ser tratado como questão de Política Pública e não como questão religiosa. Abordar a saúde da mulher em seus vários aspectos é garantir que sua vida importa e que cada pessoa tem o direito de viver suas crenças e escolhas sem a culpabilização do estado em uma questão tão séria, complexa e de saúde pública. O estado precisa ser meio garantidor de direitos e deveres e não mecanismo de culpabilização baseado em crenças religiosas.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

A emancipação não é mais que um conjunto de lutas processuais, sem fim definido. O que a distingue de outros conjuntos de lutas é o sentido político da processualidade das lutas. Esse sentido é, para o campo social da emancipação, a ampliação e o aprofundamento das lutas democráticas em todos os espaços estruturais da prática social.

(Boaventura de Sousa Santos).

Em outros tempos a administração pública agia de forma centralizada, decidindo sozinhas as propostas a serem implementadas, mesmo que estas impactassem substancialmente a vida das pessoas, foi com a abertura democrática do país que essa característica alterou-se e a partir da constituição federal foi possível introduzir na sociedade dispositivos que vislumbraram a participação cidadã, a construção social de propostas que atendessem as coletividades.

2.1 – Política: aspectos históricos e sociais.

A origem, das políticas públicas, é associada a concepção de um Estado Social, que teve como intenção a concretização dos direitos sociais, assim, nossa busca por uma conceituação do campo das Políticas Públicas verifica de imediato a necessidade de esclarecer um problema de semântica: Em algumas línguas, como o inglês, por exemplo, podemos encontrar uma distinção entre – politics – como forma de exercício de poder sobre o homem ou – policy – um sentido mais palpável dado ao conceito, pois tal expressão relaciona-se com a orientação para a decisão e ação. Em nossa língua não temos tal distinção e verificamos que política é utilizada como sinônimo para os dois sentidos do inglês. Dessa maneira somente o contexto em que é utilizada essa palavra é que nos permite distinguir se estamos nos referindo ao primeiro caso “... “a política é para poucos”, ou, no segundo “a política de manutenção dos preços não atingiu a parcela pobre da população.

Encontramos em Souza a definição dos três eixos basilares da política: polity, politics e policy: (Souza, 2002, p. 20)

1. **Polity** - refere-se aos aspectos estruturantes da política institucional, o aparato burocrático, funcionamento do governo, executivo, legislativo e judiciário, em outras palavras compreende ao que podemos chamar de máquina pública administrativa.
2. **Politics** – compreende-se que seja as relações que se estabelecem entre os poderes: executivo, legislativo e judiciário.

3. **Policy** – diz respeito aos condicionantes, evolução, atores envolvidos, processo decisório e resultados inerentes as políticas públicas.

Além dos significados tradicionais teorizados e encontrados em dicionários sobre o que seja a política, podemos dizer que a própria linguagem é política, ou seja, é uma forma prática de ação e um ato político inserido na rede de relações de poder que constitui a sociedade. Desde Aristóteles, sabemos que “o homem é um animal político”, um animal da polis: *anthropos physe ipolitikon zoon*⁴ que possui a palavra e dessa constrói e participa nas relações sociais. Em Arendt encontramos a seguinte definição sobre o que é política:

A política trata da convivência entre diferentes. Os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum, essenciais num caos absoluto, ou a partir do caos absoluto das diferenças. Enquanto os homens organizam corpos políticos sobre a família, em cujo quadro familiar se entendem, o parentesco significa, em diversos graus, por um lado, aquilo que pode ligar os mais diferentes e por outro aquilo pelo qual formas individuais semelhantes podem separar-se de novo umas das outras e umas contra as outras. (ARENDR, 1950, p, 2).

As relações políticas, portanto, a política não diz respeito só ao governo e suas ações ou às formas de comportamento adequado, diz respeito a todas as posturas e escolhas frente à sociedade, sempre mediados e atravessados pela linguagem⁵, diz respeito as formulações familiares, aos grupos que pertencemos etc.

Ainda de acordo com a filósofa Arendt, 1950, p. 02 “O homem, tal como a filosofia e a teologia o conhecem, existe — ou se realiza — na política apenas no tocante aos direitos iguais que os mais diferentes garantem a si próprios”, em outras palavras é através da garantia reivindicada, que pode ser da ordem jurídica ou em certa medida estabelecida simbolicamente que se reconhece a pluralidade dos homens e a igualdade destes. Então, ao analisar o alcance

⁴ o homem é um animal político – Aristóteles.

⁵Fazemos uma pequena pontuação para o que entendemos por linguagem aqui: para essa pesquisa utilizaremos o conceito trabalhado na Psicanálise, uma vez que na teoria psicanalítica o sujeito, só pode ser o da Linguagem. O sujeito se constitui através das suas relações com o mundo e com o outro. Desde o nascimento, é na relação com o outro cuidador que a criança está apreendendo elementos constitutivos. Num primeiro momento, a criança tem com a mãe uma relação simbiótica, ou seja, há a crença de que um é parte do corpo do outro. O bebê depende totalmente da mãe. Nesta posição, onde a relação simbiótica é evidenciada, não existe um sujeito criança, pois seu lugar é baseado no prolongamento do corpo materno. Além disso, o bebê é o objeto do desejo materno. Ou seja, para existir um bebê é necessário que haja um desejo da mulher de se posicionar como mãe. Ainda que, posteriormente, ela o abandone, talvez por não sustentar esta posição, a gravidez depende de seu desejo, que abrange os cuidados fisiológicos integrando-os aos cuidados afetivos. Então, o sujeito vai existir, na medida em que este Outro que o cuida, o deseje. (FIGUEIREDO, B. Vinculação Maternal: contributo para a compressão das dimensões envolvidas no processo inicial da vinculação mãe e bebê. International JournalOfClinicalandhealthPsychology, V. 3 n. 3, 2003)

da política na vida em sociedade e da necessidade de estabelecer um conceito de política pública, pode-se chegar à seguinte conclusão: Políticas Públicas tratam então de, ' ou do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, bem como do seu processo de construção e da atuação dessas decisões. (BUCCI, 2002).

Existem diversos entendimentos do que seja Política Pública, muitos autores são convergentes numa mesma linha teórica e focam na ideia de Políticas Públicas como originada em um governo e este age como promotor de ações que influenciam a vida dos cidadãos. Souza (2006) nos indica que: “A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell: decisões e análises sobre política pública implicam, em linhas gerais, responder as questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”. É até simples de analisar uma política pública através destas três questões, o problema se encontra no fato de reduzir demais a análise e olhar apenas para o todo esquecendo do entorno, ou seja, quem são os sujeitos que utilizam tal política? Quais instituições fazem parte, quais métodos, e ideologias estão envolvidos? Quais interesses devem atender?

Por isso que algumas críticas vêm no sentido de questionar abordagens que reduzem racionalmente o debate em torno das políticas públicas e ignoram o cerne da política, que tem que ser o embate em torno de ideias e interesses. Além do que, ao centrarem-se nos governos, tais definições fazem desaparecer o seu aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos. No plano das ideias, pode-se destacar aspectos importantes que relacionam as políticas públicas aos conceitos do estado de bem-estar social.

o chamado bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade propriamente dita, pois tem-se que esta não consegue expressar-se de forma integral, sendo possível apenas fazer solicitações a seus representantes para que estes mobilizem os membros do Poder Executivo (e também Legislativo e/ou Judiciário) e procurem atender as demandas da população. Neste sentido, importa ressaltar a distinção entre políticas de Governo e políticas de Estado. A política de Governo é a praticada em prol dos interesses somente de quem está no poder (eventual e reflexamente pode beneficiar grupos sociais fora do eixo governamental). Já política de Estado é a praticada em prol dos interesses supremos e maiores de um Estado, independentemente se irá favorecer ou não os interesses de quem está no poder naquele momento. (PORTO et al, 2011, p. 38)

No chamado bem estar social evidencia-se o abandono da postura liberal pelo Estado que trouxe consigo mudanças não só na forma regulatória como funcionava, como na organização e no desenvolvimento das atividades da organização pública, de certa maneira, o estado deixa de ser voltado ao indivíduo e abrange a sociedade de forma mais ampla. Liberati

ao falar da passagem do estado liberal ao estado social diz que este “deixa de ostentar a função primordial de prestação negativa e assume uma postura de promoção de direitos fundamentais, em especial os sociais, ou seja, adota uma função garantidora – positiva – e constitutiva de direitos (LIBERATI, 2013, P. 86)”.

Uma Política Pública é criada para resolver situações específicas e tornam-se diretrizes elaboradas para enfrentar um problema que é de ordem pública e pode servir como orientação à atividade ou passividade de alguém, de algum órgão etc. e o que decorrer dessa orientação também faz parte da política pública. Entretanto, há aqueles que são críticos ao entendimento de que as políticas públicas servem ou são originárias de um problema, de acordo com Souza, 2006:

do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. (SOUZA, 2006, p. 6-7).

É por ser um campo de conhecimento multidisciplinar que tantos pesquisadores de diferentes formações se interessam pelas Políticas Públicas, e é esse interesse, oriundo da economia, ciência política, sociologia, psicologia, planejamento, gestão, geografia, história entre outras que irão alargar o entendimento de um campo que até meados dos anos dois mil poderia ser considerado novo. Para criar uma política pública, é preciso que o planejamento não fique restrito apenas a aqueles que possuem o conhecimento formal, é preciso que as políticas públicas atendam as realidades da população. Quem melhor conhece a realidade do que a própria população?

Neste sentido adentramos no âmbito da participação popular e na ideia de descentralização, que são expedientes da ação política e foram constituídas a partir da Constituição Federal de 1988, se encontram presentes nos dois principais eixos orientadores de organização das políticas públicas. O que fundamentalmente apresentou-se como novidade foi a valorização do poder local e da participação popular como condição necessária de uma nova prática democrática recém conquistada.

O primeiro eixo: descentralização - define a competência das três esferas governamentais. Neste eixo ficam definidos os elementos necessários ao desenvolvimento de

ações sociais descentralizadas, complementares e não paralelas. No segundo eixo: participação popular - aparece a importância de reconstrução da relação Estado-Sociedade reformulando a relação público-privado estabelecendo, de forma igual, o princípio de gestão democrática ao definir os meios pelos quais a sociedade pode participar no processo de definição, construção e operacionalização das políticas públicas.

No entanto, o que salta aos olhos é a análise de que para a implementação das decisões em relação à descentralização das políticas públicas seria preciso um novo desenho do formato estatal, que só seria possível por meio de um amplo processo democrático de reforma do Estado, que implicaria em mudar conceitos, sistemas e práticas políticas que para a realidade brasileira são um tanto utópicas.

Ao analisar esse processo, tal como implementado no Brasil, é preciso uma compreensão atual do capitalismo, que como se sabe, determinado por inovações nos processos produtivos, pela globalização dos mercados, pela alteração da regulação econômico-social e pelas relações entre Estado e Sociedade vão imprimir um modelo gerencial à ação pública a partir do redesenho da máquina estatal tendo como substrato uma concepção reducionista de Estado como agência técnico-administrativa e autônoma em relação à sociedade civil. Em outros termos, o processo de reforma do Estado resulta da reorganização tanto da economia e da cultura, bem como da elaboração do imaginário social, que modificaria todo o sistema de controle dominante, pois é o estado representante da estrutura do próprio sistema de reprodução do controle do capital e não apenas meio estrutural das representações sociais burguesas. Decompor sua forma significa, antes de qualquer coisa, superar a compreensão binária entre capital e Estado. (JAMESON, 1996).

Ao elaborar uma constituição que fazia prevalecer em seus eixos a descentralização política administrativa e participação popular ficou evidente que o Estado Brasileiro estava na época em crise, e que essa crise apontava para novos contornos no campo político. (Freitas, 2015 p, 113). Os processos de redemocratização da sociedade brasileira faziam florescer um entusiasmo pelo que vinha, mas apontavam também que o padrão de funcionamento do estado havia falido. Aparecia em 1988 a fragilidade de sustentação do modelo de desenvolvimento presente até então. No campo da cidadania e em relação aos princípios federativos, a Constituição federal de 1988 representa o esforço de desenvolver uma estrutura institucional que fosse na época e ainda hoje compatível com um país democrático, porém, esse entusiasmo

democrático expressava também as consequências de uma década de crise, onde o autoritarismo não era mais capaz de esconder a realidade das pessoas e do próprio estado. A redemocratização do estado brasileiro permitiu que novas formas de intervenção do Estado na economia fossem realizadas.

Nesse contexto é que surge a concepção de que para criar políticas públicas era importante a participação cidadã que vinha em contraponto ao estado conservador e punitivo em relação aos direitos universais até então. O objetivo principal da participação popular é o de concretizar o mais direta e cotidianamente possível o contato entre os cidadãos e as instituições públicas, de maneira a considerar os interesses e concepções político-sociais populares no seu processo decisório. Duas condições, no mínimo, são fundamentais para viabilizar a participação popular: a existência de organizações populares capazes de representar realmente os interesses dos segmentos sociais dos quais são mandatárias, sem ser, necessariamente, corporativas; e uma administração pública que reconheça como legítimas e pertinentes demandas apresentadas pela população, por meio de seus grupos organizados (CAMPOS, 2006).

A grande questão é que as regras de participação popular devem ser formuladas a partir de um amplo e democrático debate e pela lógica da participação popular, é a partir, da própria população organizada, que a definição de agendas e espaços associativos autônomos como conselhos consultivos, consultas populares, fóruns, assembleias, conferências, congressos, articulados organicamente aos movimentos classistas é que devem dar vazão ao debate e articulação das demandas populares. O processo de participação popular é continuado e com a intencionalidade de democratização dos negócios do governo e da administração pública, por isso que tem como objetivos promover a iniciativa popular a partir de programas especiais que contemplem os interesses coletivos, e também o de reforçar o tecido associativo e, principalmente, de envolver a participação popular na definição de programas e projetos e nos rumos da gestão dos serviços públicos.

Se “a política se estabelece no “intra – espaço” e se estabelece como relação entre-os-homens” (ARENDR, 1999, p. 23), a igualdade social é a base de um estado democrático de direito e seria até possível afirmar que a igualdade social está entre o Estado Democrático de Direito e a sociedade, pois a política que é essencial para a vida humana se faz entre as pessoas, e deveria se estabelecer de forma igual, pois é a relação de paridade que permite que possamos nos comunicar até de maneira conflitiva em torno de um bem comum, visto que a vida política

não se realiza de forma individual, em um indivíduo em particular e sim no âmbito da participação de todos, por meio da linguagem. Arendt esclarece que “a dignidade da política é a dignidade do ser humano” (ARENDR, 2006, p. 152). É no espaço público que a possibilidade de vivência e interlocução pode acontecer. A questão é que a política atualmente deixou de ser gerencia do bem comum e passou a ser a administração das necessidades individuais. É por isso que as interlocuções são tão difíceis, a interlocução exige esse olhar de paridade, de igualdade e respeito a ideia do outro, a política precisa ser o espaço do diferente.

As construções e efetivação de direitos, leis e de políticas públicas precisam levar em consideração os contextos em que estão inseridos e são aplicadas. No que se refere a Política Pública, situamos dois elementos fundamentais para sua elaboração, com base no que escreve Secchi, 2016.

a) Propositalidade pública – motivação para o estabelecimento de ações para tratamento ou para resolução de um problema, ou em outras palavras, a razão e necessidade de uma política para determinado problema;

b) Problema público – diferença entre uma situação atual vivida e uma situação ideal possível à realidade coletiva, ou seja, qual a finalidade da política e o seu público alvo, por exemplo.

O problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento. Metaforicamente, a doença (problema público) precisa ser diagnosticada, para então ser dada uma prescrição médica de tratamento (política pública), que pode ser um remédio, uma dieta, exercícios físicos, cirurgias, tratamento psicológico, entre outros (instrumentos de política pública) (SECCHI, 2016, p. 5).

Embora exista a crítica a conceitualização das políticas públicas como originárias de um problema e propositalidade pública, existe uma implicação tanto conceitual, quanto social de vislumbrar o que cada governo entende e pratica no campo das Políticas Públicas, e também pode esclarecer a relação direta entre legalidade e interesses políticos. No mesmo caminho da importância é que observamos a necessidade de serem claras as diretrizes que regulamentam a funcionalidade das políticas públicas.

Nossa constituição através de seus princípios e de suas diretrizes, faz saber quais são os valores que devem ser atendidos pelas políticas públicas e elas podem ser classificadas da seguinte maneira: **Políticas distributivas** – que tem por objetivo distribuir os recursos da sociedade para regiões ou segmentos sociais; **Políticas redistributivas** - que busca redistribuir a renda, onde se desloca de camadas sociais economicamente abastadas para camadas mais

pobres da população, dentro desta política encontram-se também as chamadas políticas universais – seguridade social e o próprio SUS; teremos ainda as **Políticas regulatórias**, que como o nome já diz regulamentam, criam normas para funcionamento de serviços, instalação de equipamentos de ordem públicos, etc. Por fim temos as **Políticas Constitutivas, ou estruturadoras**, que determinam os procedimentos gerais da política, determinando assim as regras para os processos da política. (Souza, 2002, p. 5).

As políticas públicas nascem então como possibilidade de modificar, através do estado a realidade do país, distribuindo, redistribuindo, regulando e estruturando as ações do estado e da sociedade como um todo. Os municípios que atentam-se para as políticas nacionais, e as cumpre possibilitam ampliar e melhorar sua ação social, no caso específico do mamãe canguru (que não é uma Política Pública e sim um projeto dentro de um programa que por sua vez atende a uma política), é possível perceber que tem uma intencionalidade pública bem esclarecida, surgindo para promover qualidade no pré - natal, dentre outros. Se é no entre humanos que a política se estabelece, podemos dizer que as políticas públicas são basilares do próprio funcionamento do estado, assim como as leis, não há país que funcione sem a intervenção do estado na sociedade

2. 2. Políticas Públicas: saúde da mulher

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, entende-se por saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Por Saúde compreende-se todas as dimensões da vida de uma pessoa e depende de boa alimentação, lazer, trabalho, moradia, saneamento básico, educação, cultura etc. Todavia, podemos problematizar um pouco mais a definição do que seria saúde. Como propõe Naomar Monteiro de Almeida Filho existem diversas tensões que atravessam a definição conceitual do fenômeno saúde-doença, e para essa definição não devemos explica-lo somente pelo referencial biomédico, clínico e/ou epidemiológico, mas precisamos compreender, também, pela sua complexa totalidade constituída de influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas.

Para Naomar (2011, p, 15) “[...] a saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático”, nessa lógica, o conceito saúde-doença deve ser entendido como um problema filosófico e científico. Na possibilidade filosófica podemos questionar o próprio ideal utópico positivista de estado ou situação ótima do ser humano, como pode ser o conceito dado pela OMS, e isso já foi ampla e criticamente discutido ao longo de

décadas, sobretudo a partir das denúncias concernentes às desigualdades e iniquidades em saúde. Então em saúde é preciso compreender de que realidade estamos falando, por isso que o debate filosófico e científico precisa andar lado a lado. O que propõe Almeida Filho é um balanço crítico acerca de diferentes discursos contemporâneos responsáveis por determinados problemas teóricos que obstaculizam conceber a saúde (ou, na perspectiva do autor, as várias "saúdes") como um "objeto plural, mutante, relativo e não ontológico" (Almeida Filho, 2011 p.138).

Então, se ampliamos nosso debate com questionamentos filosóficos e científicos podemos entender a experiência de saúde para além da doença e com isso compreender a sociedade e suas desigualdades e no caso das mulheres ampliar o debate para as questões de gênero, raça entre outros, como a própria política integral da saúde da mulher nos lembra:

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. (PNAISM – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, 2011, p. 11).

Não há como abordar as questões inerentes a saúde da mulher sem levar em consideração reivindicações de vários segmentos sociais que por muito tempo buscaram por uma política que atendesse a mulher na sua integralidade, e o próprio termo “integral” passou a fazer parte dos títulos dos programas/políticas de saúde para mulheres, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destacando que a atenção deve levar em conta o atendimento integral das usuárias do sistema único de saúde. No que se refere ao SUS o termo atendimento integral/integralidade está sempre presente e é central para toda e qualquer discussão, por isso não vamos interpretar o que significa tal termo, uma vez que quando falamos em linguagem tudo já nos chega a partir de uma interpretação.

No Artigo 7 da Lei 8.080/90, que trata dos Princípios e diretrizes do SUS, encontramos o Norte do que o sistema precisa levar em consideração em seu trabalho:

I – Universalidade: se refere ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – Integralidade de Assistência: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas: Se refere a defesa da integridade física e moral das pessoas.

IV – Igualdade: Se refere ao tratamento que deve ser dispensado as pessoas quanto a assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. É aqui que cabe a ideia da **Equidade**, que poderia ser definida como uma justiça natural onde se reconhece que todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos.

V - Direito à informação: Se refere a clareza e ética com que é preciso tratar às pessoas assistidas, informando-lhes sobre sua saúde

VI- Divulgação de Informações: Quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades Aqui, se refere ao trabalho de prevenção e principalmente nos casos em que se comprova alguma epidemia, que os dados sejam usados para estabelecer onde agir, como agir e como proteger as pessoas observando “**a alocação de recursos e a orientação programática**”. A importância da Epidemiologia pode ser vista antes mesmo do SUS, no Programa Nacional de Imunização (PNI), peça importante no controle das doenças transmissíveis prevenidas mediante imunização, que obtiveram inegáveis êxitos no Brasil. A interrupção da circulação do vírus da poliomielite em 1989 – a redução da morbimortalidade das doenças preveníveis são reflexos de ações bem-sucedidas em nosso país.

VIII - participação da comunidade: Situamos aqui dos meios de participação mais conhecido: As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Desde a promulgação da Lei n. 8.080, de 1990, as Conferências e os Conselhos de Saúde, ocupam espaço importante para a condição de instância formal de exercício do princípio de participação da comunidade. Nas Conferências de Saúde uma de suas principais características, é que esse espaço institucional tem como perspectiva a definição de diretrizes para as políticas de saúde, através da participação dos diferentes atores e segmentos implicados no processo, ênfase a ideia da participação popular ativa.

IX - Descentralização político-administrativa: com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X –Integração: Trata-se aqui do nível executivo, integrando as ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

XI - Conjugação dos recursos: Aqui se refere aos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população

XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência: É preciso dar solução e resolução a todos que buscam os serviços do SUS

XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos: Neste caso, é fundamental o trabalho “em rede”, onde equipes, unidades de saúde e demais serviços possam dialogar para facilitar o atendimento e evitar repetir um trabalho que já foi realizado em outro espaço, ou por outra equipe.

As diretrizes, apesar de parecerem apenas um elemento técnico, tem bastante influência no modo como os sistemas municipais de saúde são organizados, pois de uma maneira geral, são acompanhadas de recursos financeiros para a sua execução, vejamos: diretrizes permeiam as políticas/programas/projetos e ações e estes necessitam de recursos.

O Sistema Único de Saúde é a expressão mais delineada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde. É a partir do SUS que modificamos muito o entendimento de saúde pública e de políticas públicas, embora se saiba que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), como a própria lei vislumbra em seu artigo 3º:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (LEI 8.080, 1990, p, 1)⁶.

⁶ Pode ser entendida como uma conceituação de Saúde.

Ao observar a importância de uma política pública de saúde que, para além da universalidade, nos dá garantia de equidade, de integralidade e garanta a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos é alentador. Por isso, afim de entendermos melhor como chegamos ao SUS e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher vamos percorrer uma linha do tempo que remonta, de forma resumida os momentos da história que criaram as bases para a construção do SUS, sua implementação e a inserção das Políticas voltadas as mulheres, iniciaremos essa linha do tempo a partir de 1982.

Tabela 1: Linha do Tempo.

<p>1982 Implantação do PAIS</p> <p>Programa de Ações Integradas de Saúde.</p>	<p>Implementado em 1982 o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), dava ênfase à Atenção Primária, a rede ambulatorial passa a ser pensada como a “porta de entrada” do sistema. O PAIS visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. O programa se propunha-se a criar sistemas de referência e contra- referência, também buscava estabelecer a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada. Neste modelo temos as primeiras ideias de descentralização da administração dos recursos, aparecendo uma simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle. O programa previa também a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. O PAIS viabilizou a realização de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Daqui surgem os principais pontos programáticos que estarão presentes na criação do SUS.</p>
	<p>O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual</p>

<p>1983 - 1984 PAISM</p> <p>Programa de As</p> <p>Assistência Integral a</p> <p>Saúde da Mulher</p>	<p>com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, e os critérios para eleição de prioridades neste campo. (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento sanitaria, avançava a luta por saúde pública universal.</p>
<p>1986 VIII</p> <p>Conferência Nacional</p> <p>de Saúde</p>	<p>A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada com intensa participação social. Marco histórico de nosso país na questão da participação popular, essa conferência realizou-se logo após o fim da ditadura militar iniciada em 1964. É nessa conferência que podemos observar a consagração de uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, atributos seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988. A VIII CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, no 8.080/90 e no 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, os quais propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito amplia</p>
<p>1987 – SUDS</p> <p>Sistemas Unificados e</p> <p>Descentralizados de</p> <p>Saúde</p>	<p>Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Tratava-se de um momento marcante, onde, pela primeira vez, o Governo Federal começava a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços,</p>

	<p>preunciando a municipalização que viria com o SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada.</p>
<p>1988 - Constituição Cidadã</p> <p>Promulgada a Constituição Federal</p>	<p>Após a redemocratização do Estado Brasileiro, tivemos a promulgação da Constituição Federal que estabelece a saúde como "Direito de todos e dever do Estado". Em sua Seção II, aparecem os pontos básicos: "as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada." Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).</p>
<p>1990 - Criação do SUS</p>	<p>O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Ao analisar a linha do tempo, percebemos que seu início se deu nos anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde. A Lei Orgânica da Saúde foi aprovada pelo congresso nacional em 1990, essa lei detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje. A partir deste momento, a</p>

<p>Sistema Único de Saúde</p>	<p>população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. O SUS atende todos que procuram suas unidades de saúde ou tem necessidade de atendimento de emergência. O alcance do SUS é tão grande que é inimaginável pensar o que faríamos sem o SUS.</p>
<p>1991 - Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)</p>	<p>A Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) foi criada com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.</p>
<p>1990 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro</p>	<p>Logo em seguida a criação do SUS surge a Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).</p>
	<p>Conhecido hoje como "Estratégia Saúde da Família", por não se tratar apenas de um "programa", teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em</p>

<p>1994 O Programa Saúde da Família ou PSF</p>	<p>grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de Atenção à Saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas</p>
<p>2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS</p>	<p>No ano 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. Como veremos adiante, o Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).</p>
<p>2004 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher</p>	<p>Uma análise das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 afirmou que apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da</p>

	<p>Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual.</p>
<p>2006 Pacto pela Vida</p>	<p>O Pacto pela Vida é o compromisso estabelecido entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Consta no Pacto que a definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Dentro das prioridades encontramos algumas que atendem as questões de saúde da mulher são elas: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo; Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.</p>
<p>2008 Criação do NASF</p> <p>Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica</p>	<p>Criado em 2008 tinha como objetivo aumentar as soluções das Equipes de Saúde da Família mediante o apoio matricial de especialistas. Para o desenvolvimento de ações básicas na saúde, o Núcleo tem como proposta a integração entre equipes de referência em saúde (psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e outros), responsáveis pela atenção direta e continuada da população. O NASF proporcionava atendimento personalizado, multidisciplinar e de referência, com trabalhos colaborativos entre os profissionais,</p>

	<p>configurando um atendimento humanizado, superando os mecanismos dos sistemas de saúde tradicionais.</p> <p>Porém, enquanto escrevíamos este trabalho, tivemos uma surpresa: A Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde, emitiu no último dia 27 de janeiro de 2020, a Nota Técnica nº 3/2020, que revoga as normas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, NASF (AB). Com a desvinculação, a partir de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento para o NASF (AB) e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas. Com apenas uma década de existência, o NASF (AB) foi extinto pelo atual Governo. Sem o repasse dos recursos federais para o Programa Previne Brasil, municípios brasileiros com dificuldades financeiras, já estão sem essas equipes. A nota técnica nº3 do Ministério da Saúde extinguiu o modelo de tratamento integrado do NASF (AB), sem apresentar uma proposta que o substitua.</p>
<p style="text-align: center;">2011</p> <p>REDE CEGONHA</p>	<p>A Rede Cegonha foi criada em 2011 pelo governo federal com a intencionalidade de garantir e proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. O objetivo dessa estratégia é reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Outro aspecto da Rede Cegonha é qualificar os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).</p> <p>A finalidade de uma rede como esta é a de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e ainda vem sendo implantada nacionalmente. Segundo o Ministério da Saúde “A implantação e expansão do programa segue critério</p>

	<p>epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.”</p> <p>Estão incluídos no Rede Cegonha</p> <p>Pré-natal;</p> <p>Parto e nascimento;</p> <p>Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e</p> <p>Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).</p> <p>Ao analisar essa estratégia percebe-se que a proposta é sintetizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que tem sido fruto de discussões no Brasil desde a década de 80, “com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE)</p> <p>Dentro dos cuidados estabelecidos a partir da criação desta rede, o instrumento “Caderneta da Gestante” ganhou novos contornos em 2016, para registro de ocorrência de exantema⁷ e orientações para gestantes, visando melhor identificar sinais de alerta relacionados à possível ocorrência de infecção por Zika, devido ao surto em 2015.</p>
--	---

Outras linhas do tempo poderiam ter sido construídas, como, por exemplo: o SUS tem uma espécie de janela importante na sua constituição, que é aquela formada pelas políticas de combate às grandes endemias que inauguram a genealogia das políticas de saúde no Brasil, ainda no final do século XIX, não esqueçamos a polêmica referente a campanha contra a febre

⁷Erupção cutânea que ocorre em doença aguda provocada por vírus.

amarela conduzida por Oswaldo Cruz⁸ naquele século, com armas próprias da Saúde Pública, em particular o uso da epidemiologia, e medidas mais amplas de saneamento, vacina e educação sanitária, tem papel relevante no trabalho preventivo e de atenção básica do SUS. Seria possível, portanto, construir outras linhas do tempo nas quais a questão da assistência médica propriamente dita teria menos importância.

O SUS pode ser visto como desaguadouro tanto de uma linha do tempo que enfatiza a dimensão assistencial – como a que está sendo apresentada neste texto – quanto de uma linha do tempo que contaria a história das vigilâncias epidemiológica e sanitária e suas contribuições para o que hoje denominamos de "vigilância em saúde". Sabemos que essas duas vertentes do SUS ainda permanecem distantes, ou seja, não conseguem realmente misturar-se para produzir a integralidade do cuidado. Entre as muitas expectativas colocadas na Estratégia Saúde da Família, uma delas é que consigamos um experimento dessa tão desejada integralidade do cuidado, unindo os trabalhos presentes dentro do SUS.

Mas o que nos interessa nessa linha do tempo é conhecer o programa de saúde pensado para a mulher e sua transformação que levou em consideração as questões de gênero. Só dimensionamos o resultado de uma política pública a partir de uma leitura distanciada do objeto,

⁸Entre os dias 10 e 18 de novembro de 1904, a cidade do Rio de Janeiro viveu o que a imprensa chamou de “a mais terrível das revoltas populares da República”. O cenário era desolador: bondes tombados, trilhos arrancados, calçamentos destruídos — tudo feito por uma massa de 3 000 revoltosos. A causa foi a lei que tornava obrigatória a vacina contra a varíola. E o personagem principal, o jovem médico sanitário Oswaldo Cruz. A oposição política, ao sentir a insatisfação popular, tratou de canalizá-la para um plano arquitetado tempos antes: a derrubada do presidente da República Rodrigues Alves. Mas os próprios insufladores da revolta perderam a liderança dos rebeldes e o movimento tomou rumos próprios. Em meio a todo o conflito, com saldo de 30 mortos, 110 feridos, cerca de 1 000 detidos e centenas de deportados. O projeto sanitário deveria ser executado a qualquer preço. Rodrigues Alves nomeia, então, dois assistentes, com poderes quase ditatoriais: o engenheiro Pereira Passos, como prefeito, e o médico sanitário Oswaldo Cruz, como chefe da Diretoria de Saúde Pública. Cruz assume o cargo em março de 1903: “Deem-me liberdade de ação e eu exterminarei a febre amarela dentro de três anos”. O sanitário cumpriu o prometido. Em nove meses, a reforma urbana derruba cerca de 600 edifícios e casas, para abrir a avenida Central (hoje, Rio Branco). A ação, conhecida como “bota-abixo”, obriga parte da população mais pobre a se mudar para os morros e a periferia. A campanha de Oswaldo Cruz contra a peste bubônica correu bem. Mas o método de combate à febre amarela, que invadiu os lares, interditou, despejou e internou à força, não foi bem-sucedida. Batizadas pela imprensa de “Código de Torturas”, as medidas desagradaram também alguns positivistas, que reclamavam da quebra dos direitos individuais. Esse período ficou conhecido como a revolta da Vacina.

mas não excluída de sua origem, é na história que vamos encontrar os contornos para compreender por que se fazem determinadas escolhas e se deixam outras de fora.

A partir das primeiras décadas do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil, de acordo com Freitas et al (2009).

nas décadas de 30, 40 e 50 a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa”. Na década de 60, diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil. Assim, os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque no final da década de 70, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano. (FREITAS et al, 2009, p. 02).

O movimento feminista brasileiro na década de 1960 se mostrou descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher, reivindicavam o fim de uma hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propunham políticas públicas que levassem em consideração a igualdade social e que reconhecesse as diferenças. Podemos observar que reivindicações como essa são expressas agora na ideia de “equidade de gênero”. Dessa maneira, é que emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente, embora, o PAISM expressasse muitas das ideias do discurso biomédico que era visto no movimento sanitarista da época, só o fato de ser criado um programa específico para as mulheres já era um grande avanço

Em 1983 o Ministério da Saúde e a Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), formulam e lançam o PAISM, que tinha como principal objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil. Sob influência de técnicas da DINSAMI⁹ que faziam parte da comissão de elaboração e estavam vinculadas ao movimento sanitarista, além de terem proximidade com o movimento feminista pela saúde, o programa foi ganhando contornos mais amplos e dava mostras das próprias mudanças sociais que se vislumbravam na época. O PAISM fora construído dentro do princípio do direito universal à saúde, recomendado pelo movimento sanitarista. Esse princípio norteou a formulação do Sistema Único de Saúde permitindo que tivéssemos hoje um sistema que é amplamente admirado por atender desde o trabalho preventivo ligado a vacinação e saúde da família, e também como sabemos o Brasil possui o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo, que é garantido a toda

⁹Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil

a população por meio do SUS. Cerca de 96% dos transplantes de órgãos são realizados na saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No que se refere ao PAISM, sabemos que este programa foi pensado por organizações do movimento de mulheres pela saúde, e que a equipe do Ministério da Saúde estabeleceu parcerias que deram ao PAISM um tom inovador. O Brasil abandonaria a tradicional lógica da saúde materno-infantil, que fragmentava o corpo das mulheres, para focar na maternidade e o aleitamento, esse foco tinha influência direta do movimento sanitarista, que embora tivesse muitas ideias revolucionárias a respeito da saúde, suas práticas atendiam a uma lógica intervencionista que estava apoiada em um paradigma biomédico, no qual as políticas e as práticas profissionais se pautavam em relações desiguais de poder entre profissionais e pacientes.

O PAISM fez diferente do que vinha sendo feito até então, preconizou a garantia de acesso de todas as mulheres, em qualquer ciclo de sua vida, garantia as informações e serviços integrados de atendimento, isso no nível mais simples até as altas complexidades, e havia também a cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo. Foi a primeira vez que o país formulou uma política pública de saúde que contemplasse este ponto. Como havia a influência forte do pensamento médico houve bastante ênfase no atendimento ginecológico de qualidade, bem como, havia uma oferta informada a respeito de métodos anticoncepcionais disponíveis e ações educativas para mulheres e também para profissionais de saúde, tais ações tinham por objetivo garantir a livre escolha e o direito das mulheres de decidir sobre o próprio corpo.

Oficialmente o PAISM foi divulgado em 1984, através de documento preparado pela comissão que compunha seu planejamento: "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática". Para estabelecer sua proposta, o ministério partia da constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal, e mesmo assim, era deficiente. Considerava-se esse quadro agravado face à "...crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p, 5).

O texto salientava que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, que tinha por objetivo: expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde (AIS) e enfatizar atividades-chave, identificadas por

critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Entre essas atividades estavam aquelas voltadas para o grupo materno-infantil:

Na política de ação adotada pelo setor saúde, no atual governo, tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, interagindo com todas as instituições públicas do setor, atua em dois planos articulados: 1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde; 2) ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência. Nessa perspectiva, propõe-se realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde (ainda uma presença simbólica em inúmeros municípios brasileiros), concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, p. 5).

Ainda que possam ser apontadas as falhas do PAISM, este foi um programa pioneiro na conquista e no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. Nas questões entendidas como deficitárias e entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina na época, o documento dizia o seguinte:

O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, freqüentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema. Nas unidades da Federação onde a infraestrutura de serviços de saúde é considerada de melhor nível, como Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul estudos sobre os percentuais de cobertura pré-natal, segundo nível de renda, em uma população de 1 779 762 gestantes, mostraram, entre as mulheres de nível socioeconômico baixo, uma percentagem sem acompanhamento pré - natal 3,5 a 8,5 vezes maior do que a verificada na população de faixa de renda superior a dez salários mínimos. Nessas unidades, o percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda situa-se em torno de 70% enquanto nos estratos de maior renda ascende a 94%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, p. 10).

O programa apresentava um claro diagnóstico que envolvia questões para além da saúde, mas que influenciavam diretamente na ausência de qualidade no atendimento que era a situação social das mulheres atendidas, outro ponto previsto no programa era o de esclarecer o que significavam estas mudanças:

Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica - a da assistência integral - de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde' como um todo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, p. 14).

O programa foi um marco na mudança de conceitos, não era apenas transformar a capacidade de resolução, era antes de tudo, modificar a forma como o serviço era ofertado e pensado. Era mudar os paradigmas institucionais, fazendo com que as mulheres fossem também

ouvidas no processo de serem cuidadas. Aqui é observada a questão da integralidade, não bastava mudar as ideias e conceitos, era preciso modificar a prática de atendimento, acolhimento e entendimento do sistema:

o conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 15).

As políticas públicas geradas no seio da sociedade pelos movimentos sociais na década de 1980, que culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materna e as questões gerais do que se entende por saúde da mulher tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde. Numa reflexão sobre o papel do governo brasileiro nas questões de saúde da mulher e particularmente quanto aos direitos reprodutivos, percebe-se esforços para intervir e atuar na saúde feminina. O que gera dessa percepção é pontuar dois aspectos neste sentido: redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher e ampliação do direito reprodutivo, oferecendo às mulheres condições para decidirem sobre sua capacidade reprodutiva.

Na linha do tempo das políticas públicas da saúde pode-se destacar que o enfrentamento desses desafios na implantação das políticas nacionais de saúde, realizadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2000, que culminou em Leis e Portarias que abrangiam a saúde da mulher, tais como: planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal. Em 2004, ao instituir a “Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher”, o Ministério da Saúde buscava consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos por meio de metas e melhorias da atenção obstétrica¹⁰. Para ampliar a efetivação das políticas de saúde

¹⁰Em maio de 2019 o Ministério da Saúde lançou um documento em que pede que seja evitado e, possivelmente, abolido o termo “violência obstétrica” em documentos de políticas públicas. O despacho foi assinado pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, Mônica Almeida Neri, pelo diretor do departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marcio Henrique de Oliveira Garcia, e pelo Secretário-Executivo substituto, Erno Harzheim. Conforme esse despacho, o termo “violência obstétrica” se refere ao uso intencional da força e, portanto, não é aplicável a todos os incidentes que ocorrem durante a gestação, parto ou puerpério. A expressão é considerada “imprópria” pelo Ministério, pois acredita que, nos momentos de atendimento à mulher, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”. Diz o texto do despacho: “O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério.” O ministério afirma, ainda, que tem buscado “qualificar a atenção ao parto e nascimento” em suas

foram adotadas estratégias de pactuação direta e indireta, como: a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica. Apesar da instituição de tais políticas e diretrizes, em alguns casos elas não foram implementadas pelas autoridades dos Estados e Municípios. Este hiato demonstra a urgência no enfrentamento de alguns desafios para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do PAISM, especialmente no que diz respeito à fragmentação da atenção à saúde, por isso a importância de um controle social eficaz, com o envolvimento contínuo de grupos de mulheres e instituições.

Em 2016 o governo de Michel Temer conseguiu aprovar a chamada Proposta de Emenda a Constituição 241 ou 55, que congelou os investimentos em saúde e educação por 20 anos. No discurso para efetivar tal proposta estava a base de quase todos os governos liberais: é preciso austeridade. Sabemos que o discurso da austeridade é acompanhado sempre pela metáfora do orçamento doméstico:

Na retórica da austeridade, é muito comum a comparação do orçamento público com o orçamento doméstico. Assim como uma família, o governo não deve gastar mais do que ganha, este é o argumento. Logo, diante de uma crise e de um aumento das dívidas, deve-se passar por sacrifícios e por um esforço de poupança. (ROSSI, DWECK, 2018, p. 80).

Essa comparação entre os orçamentos familiares e o público não é apenas superficial e simplificadora, é totalmente equivocada, uma vez que diferente das famílias, os governos tem poder para decidir sobre seu orçamento. É decisão política taxar grandes fortunas e arrecadar mais impostos, cobrar os devedores do governo, ou cortar em saúde e educação e não dar aumento real ao salário mínimo etc.

Como já percebemos, trata-se nas políticas públicas de conhecer o que os governos querem, entendem e buscam em suas decisões. Outra questão relevante é que quando um governo gasta, parte desta renda irá retornar em forma de imposto, diferentemente das famílias. Ao investir em saúde, melhorar a qualidade de vida da população, ao acelerar o crescimento econômico com políticas de estímulos, o governo está aumentando sua receita e não gastando. Portanto ao usar metáforas que comparam o orçamento familiar com o público, governos que

estratégias. Segundo o documento, “a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.

tendem a essa prática dissimulam e escapam as responsabilidades que a política fiscal exige, pois ao investir e garantir acesso aos serviços públicos de qualidade, os impactos de uma crise econômica serão sentidos de forma mais amena pela população.

No documento “Austeridade e Retrocesso: Finanças Públicas e Política Fiscal no Brasil” aparece uma projeção dos gastos públicos do Governo Federal sobre a vigência da PEC 55, a projeção demonstra que a reforma fiscal estabelecida pelo governo Temer em 2016 não foi um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado.

A reforma ao invés de promover crescimento, como diziam, já se mostra como um entrave ao crescimento econômico, pois institucionaliza e automatiza um ajuste fiscal permanente. Essa reforma tem também profundos impactos sociais. Na lógica de sua aprovação, há o pressuposto de um crescimento zero do *gasto* público federal enquanto que a população e a renda crescem, o que implica redução do gasto público per capita e em relação ao Produto Interno Bruto.

Além deste teto que congelou os investimentos por 20 anos, tivemos a reforma da previdência que ainda não sabemos ao certo quais impactos terão a médio e longo prazo na vida da população. O que observamos é que estas propostas surgiram para reconfigurar o estado brasileiro e que a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, e abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal. Com tetos congelados em 18 % na educação e 15 na saúde, toda uma geração será afetada, nos perguntamos sobre onde está a ética e responsabilidade de governos em afetar drasticamente de maneira negativa a vida de milhões de brasileiros? Se o início dos anos 2000 trazia consigo a esperança de mais investimentos, de um alcance maior das políticas públicas, os últimos anos trazem uma desesperança, principalmente para as mulheres, pois como sabemos, sempre que há uma crise, os direitos destas tendem a ser questionados.

2.3 Políticas Públicas direcionadas a maternidade: Rede Cegonha.

A Portaria MS/GM nº 1459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha, e essa é composta por um conjunto de medidas que visam garantir a todas as mulheres, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seu direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. A portaria estabelece também à criança, o

direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois primeiros anos de vida.

Até a criação do PAISM, a saúde da mulher era restrita as questões maternas, havia uma fragmentação deste sujeito, elas eram reduzidas ao papel de mães, interessando sobre sua saúde unicamente os aspectos de sua condição de gestante. Ao criar um programa e posteriormente uma política que incluíam os aspectos universais dessas mulheres, nosso país abriu caminho para construir uma ideia de políticas para a maternidade humanizadoras. Este é sem dúvida um dos aspectos que podemos considerar como objetivo da Rede Cegonha.

A rede busca fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança, e ao organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil, tem como meta garantir o acesso, acolhimento e resolutividade, que permitem então reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A rede cegonha procura abranger a assistência com foco na gravidez, no parto e pós-parto como também a assistência infantil. A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e desde 2011 vem sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. Sua implantação procura respeitar os critérios epidemiológicos, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação), em grandes centros urbanos, essa estratégia evita a peregrinação das mulheres na hora do parto, criando maternidades em hospitais, valorizando o parto normal. Toda mudança de modelo na atenção ao parto e nascimento, principalmente com a mudança das práticas de cuidado, humanizando esse processo, criando centros de parto normal nos permitem dizer que o componente neonatal relacionado a mortalidade infantil que esta em certa medida diretamente relacionado a qualidade do cuidado na hora do parto permitiram que os dados da mortalidade infantil fossem reduzidos na última década. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definiu morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer

causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994).

Segundo dados da OPAS, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo diariamente, sendo que 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento e sabe-se que o maior número de mortes está entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres. Em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez. Estas informações mostram que cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos e sabemos que entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%. As metas de desenvolvimento sustentável para 2016 a 2030, tem como parte dos Objetivos a redução da taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Os dados mundiais da mortalidade materna são inaceitáveis, é alarmante que tenhamos um dado tão grande de morte de mulheres na hora do parto, posterior ao parto ou anteriormente em decorrência de cuidados equivocados, ou a ausência total de tais cuidados. Em 2018 o ministério da saúde lançou uma nota técnica comunicando sobre a campanha intitulada “Semana Nacional de Mobilização pela saúde das Mulheres no SUS”, a mobilização era intimamente relacionada a data alusiva ao dia internacional pela luta da saúde da mulher, a nota tinha intenção de comunicar as ações pensadas pelo governo na época e principalmente mobilizar estados, municípios e distrito federal a criar articulações para debater a saúde da mulher, na pauta da semana de mobilização estava a questão da mortalidade materna. Neste mesmo ano o país se comprometeria com as metas e prometia reduzir para 30 a cada 100 mil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O óbito materno está diretamente relacionado com as condições de vida da população, com disparidade importante entre as diversas regiões socioeconômicas. Embora a mortalidade materna seja o melhor indicador de saúde da população feminina, seus números são

apresentados de forma irreal, pela dificuldade na identificação dos casos nos registros de óbito, ou pela não pactuação dos dados¹¹.

No que se refere aos dados da mortalidade infantil de 1990 a 2017 registrou-se redução histórica no total de mortes de crianças menores de um ano de idade. No período, a taxa nacional caiu de 47,1 para 13,4 a cada 1 mil nascidos vivos.

Esses avanços parecem ter aberto caminhos para articular novos objetivos para melhorar o atendimento das gestantes, como é o caso da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 que:

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Essa portaria ao entrar em vigor, considera as leis e portarias anteriores como fundamentais para a melhoria do cuidado da saúde das mulheres gestantes. Dentre estas leis,

¹¹ Alguns dados podem ser encontrados nas seguintes referências:

Guia de Vigilância do Óbito materno: Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância do Óbito materno. Normas e Manuais Técnicos Tiragem: 1.ª edição – 2009 – Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de **Análise de Situação em Saúde**. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Atenção ao pré-natal de baixo risco - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Gestação de alto risco: manual técnico Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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

Diretrizes nacionais de atenção a gestante: operação cesariana Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de atenção a gestante: operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

está a de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo art.15, inciso V, item "d", atribui à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a atribuição para elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde. Também a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que deu garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do SUS.

A lei 11.108/2005 foi fundamental para iniciar o processo de humanização dos atendimentos feitos às mulheres na etapa do parto, uma vez que o nascimento é um processo marcante na vida da mulher e de todos que nele estão envolvidos (criança, pai e família), cabe aos profissionais de saúde, neste contexto, atuar no sentido de facilitar a vivência do nascimento de uma criança, buscando promover o desenvolvimento humano e a vida em sua plenitude, pois a consolidação deste acontecimento ocorre por meio do parto. O parto é um momento que causa mudanças fisiológicas e psicológicas intensas na mulher, possibilitando a saída da criança do corpo materno para vir ao mundo, não há como passar por essa experiência sem algum tipo de afeto envolvido naquele instante.

O parto e o nascimento são momentos marcados por sentimentos profundos, com um grande potencial para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. Assim, a presença de um acompanhante é uma prática que foi incorporada no movimento em direção à humanização do processo de nascimento, fornecendo aspectos positivos, tanto para os profissionais de saúde como para os pais e as crianças. Quando nasce uma criança, nascem também uma mãe e um pai e independentemente da configuração familiar de cada mulher envolvida neste processo, nasce uma família.

No parto, estão envolvidos aspectos subjetivos, da sexualidade, dos sentimentos e cada mulher reage de forma muito particularizada, cabe então, as políticas públicas de saúde da mulher, abranger todos estes aspectos, pois eles serão fundamentais posteriormente, na formação de vínculos daquela mãe e família com a criança. Como nos ensinou Winnicott: “no começo da vida, tudo o que o bebê precisa é de uma mãe capaz de mantê-lo na ilusão de serem ambos uma só pessoa, para pouco a pouco se diferenciarem em mãe e filho” (referenciar).

O nascimento é decisivo para a integração do bebê com quem lhe gerou vida, ou com quem irá lhe cuidar. Na teoria de Winnicott o bebê precisa de uma “mãe suficientemente boa”.

E se podemos dizer que nem todas as mulheres, mesmo gerando uma criança possuem o desejo de ser mães e escolhem por não ser (consideramos que tal escolha poderia ser feita sem culpabilizar as mulheres, tanto no caso da criança encaminhada a adoção, como nos casos em que desejavam interromper a gravidez), aquelas que por sua vez, possuem o desejo e escolhem pela maternidade carregam o peso de uma sociedade cruel com as mulheres. Para ser uma mãe suficientemente boa, não basta desejar aquela criança, é preciso que tenhamos condições físicas, psicológicas, sociais e econômicas para garantir qualidade aquela criança, cabe então, ao estado minimizar ao menos as disparidades econômicas e permitir que o suficiente, seja de fato suficiente.

O que observamos ao estudar a história das políticas públicas é que elas não escapam as visões de mundo que são produzidas em cada tempo histórico. Em relação as mulheres, a humanidade, ao longo dos séculos, adorou e teve medo do que não conseguia explicar, nessa dualidade, as mulheres, essas criaturas capazes de gerar vida, conhecedoras da fertilidade, governadas por ciclos sangrentos, ciclos dos quais sobreviviam, só poderiam ser vistas como possuidoras de algo sobrenatural, por isso que a história da humanidade vai mostrar que ora as mulheres eram associadas as Deusas, ora a Satã. Na trajetória da geografia do corpo das mulheres, as visões do mundo sobre estes serem possuidores da vida reduziu-as a sua capacidade reprodutiva, muito possivelmente por que não podendo explicar essas criaturas foi mais fácil para a sociedade patriarcal reduzir elas a uma condição de “ vaso destinado a receber a semente do homem”, era isso que pensava Aristóteles (CORBIN, 2008). Essa visão reducionista das mulheres, desembarcou na saúde e nas políticas públicas e talvez essa seja uma das explicações para tantos partos serem realizados a partir da Cesáreas.

A América Latina é a região com maior taxa de cesáreas (44,3%) do mundo e o Brasil é o segundo país que mais realiza esta cirurgia. Nos últimos 20 anos o número de nascimentos por cesárea praticamente duplicou no mundo. Partimos de 12% para 21% entre 2000 e 2015. Estima-se que o número de cesáreas de fato necessárias fique entre 10 a 15% e não os 55, 5% realizadas no Brasil (2015). Atribui-se a esses altos índices a existência de equipes médicas incapazes de acompanhar os partos normais difíceis, além da comodidade de programar o dia do parto e aos maiores benefícios econômicos para as clínicas. Entre outros fatores podemos apontar que muito pouco se respeita as condições da sexualidade das mulheres que no parto normal se tornam evidente, como a necessidade de poder gritar por que sente dor, e também em

alguns casos as mulheres podem ter orgasmos durante o nascimento de seu bebê, nossa sociedade não sabe como lidar com o corpo feminino sem torná-lo doente, sintomático ou reduzi-lo a um pedaço de carne.

Sabemos que no âmbito da saúde para se afastar das ideias reducionistas sobre as mulheres é que se criou a Política Nacional de Atendimento Integral a Saúde da Mulher e articuladas as vertentes a partir dela é que desembarcamos em uma estratégia que cria uma rede para articular mudanças e avanços na compreensão da integralidade da assistência à saúde. Nestes avanços, anteriores a Rede Cegonha teremos a portaria nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, que regulamentou a vigilância de óbitos maternos; posteriormente a portaria nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabeleceu a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS e a portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e então em 24 de junho de 2011 teremos a portaria nº 1.459/GM/MS, instituindo a Rede Cegonha no âmbito do SUS.

Logo depois em 7 de julho de 2011 a portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, vem para reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Todas estas portarias vieram para atender as recomendações do Ministério da Saúde tanto sobre as tecnologias apropriadas ao atendimento do parto e nascimento e práticas humanizadoras neste momento.

Ao finalizar este capítulo e adentrar no próximo intitulado Maternidade, Desejo e Construções Sociais, podemos pensar de forma mais esclarecida que no que tange as políticas públicas, sabemos que por definição elas são um conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos no âmbito nacional, estadual e ou municipal e estas ações e decisões afetam a todos os cidadãos, independentemente de escolaridade, sexo, religião ou classe social, assim, Rede Cegonha, surgiu como uma estratégia, priorizando o planejamento, reformulando também os modelos de gestão e atenção à saúde no campo da maternidade, possibilitando novos caminhos para debater tanto a questão do desejo pela maternidade, quanto da concretização deste na hora do parto, e no caminhar da vida.

3. MATERNIDADE, DESEJO E CONSTRUÇÕES SOCIAIS

Todos os sujeitos são construídos socialmente e as suas diferenças, sejam quais forem, são também construções feitas sempre de um determinado lugar que se toma como norma. De certa forma, estamos todos numa espécie de ficção, cada sujeito cria para si uma história e vai escrevendo ou reinscrevendo na medida em que suas experiências vão moldando seus contornos. É assim, que cada um de nós poderá contar a sua experiência com a maternidade.

3.1 Desejo e construções sociais

Mulheres e homens, todos nós um dia tivemos uma mãe, um útero do qual agradecemos ou nos queixamos: “Não há como escapar da carne da mãe. O útero é para sempre” (BRUM, 2011, p. 14), não é possível excluir a força destas palavras, bem como, a força da mãe aos olhos de seus rebentos. Essa mãe, a mãe de nossa ficção individual, aquela que tudo sabe e é responsabilizada o tempo todo pela “sorte” ou fracasso dos seus, essa mãe, é construída também como um discurso social. A maternidade é antes de tudo, discurso e como tal deve ser entendida e analisada.

Desde o início, é o amor parental que pode blindar o infans¹² da pulsão de morte. Ao nascer, o bebê está muito mais próximo de uma posição de “não ser”, quando um bebê nasce ele é dependente de um cuidado individual, de um interesse particularizado que podemos chamar de amoroso, para levá-lo a uma posição de “ser”. Posição de ser que não estará nunca afiançada, já que padecemos da falta, que nos é estruturante. Então na maternidade encontramos a referência social de que todas as mães amam seus filhos, entretanto, este é amor nem sempre é possível. A posição de “ser”, diz da relação que a criança manterá com quem lhe fornece os cuidados necessários para sobreviver, trata-se nesta relação de estabelecer entre função materna e bebê a possibilidade deste de vir a ser sujeito. (JERUSALINSKY, 1988).

12A separação entre adultos e crianças enquanto categorias distintas é construída historicamente através do conceito de infância. Assim, este pequeno ser que viverá sua infância obedecendo a determinadas etapas, carecendo de cuidados específicos em cada momento de seu ‘progresso’, não é um objeto dado, natural, mas sim produto de relações históricas e sociais e da atual prevalência das teorias desenvolvimentistas nos saberes difundidos sobre a crianças – Podemos encontrar referência disto em Phillip Aries, em seu trabalho “Estudo social da Infância”.

Quando nasce uma criança é como se ela fosse apenas um conjunto de carne e osso, e para que nela se inscreva algo, é preciso que o Outro¹³ o faça por meio de significantes. Assim, o processo do seu desenvolvimento vai ocorrer em função desse Outro que preencherá suas faltas e, que irá lhe fornecer elementos que estabeleçam um lugar de onde o bebê será capaz de iniciar o seu reconhecimento e a sua estrutura subjetiva. Esse Outro exercerá a função materna. A posição da mãe, ou de quem exerce a função materna, é baseada primeiramente em preencher as funções que o bebê necessita, entre elas, a função da alimentação, da higiene, do suporte, de deslocamento. Mas além de fazer com que a criança sobreviva, o sujeito nesta função também está encarregado de dar significação à todas essas necessidades e inscrever um sujeito nesse bebê. Desse modo, a função materna sustenta para a criança uma imagem que serve para ela como referência para constituir-se subjetivamente, sem essa função não há chances de sobrevivência de um bebê, dito de outro modo, as crianças são em essência vulneráveis e o mundo lhes é apresentado muito antes de nascerem.

O bebê surge na linguagem, quando é falado, ele começa a existir no desejo dos pais em terem um filho, na escolha do nome etc. Logo que nasce, aquele pequeno corpo é uma espécie de receptáculo do discurso parental. E eis que nasce, chora, sente frio, calor e produz na mãe as tentativas de tradução do que o bebê deseja com suas manifestações, pois ele ainda não fala. São as suposições maternas que darão sustentabilidade para que o bebê “se jogue” nessa relação através do vínculo que lhe é ofertado. Em Jerusalinsky (2004) podemos encontrar a referência a estas suposições:

O Outro primordial, a mãe, faz, nesse sentido, um verdadeiro esforço: toma o peito como dom, cocô como presente, a voz como chamada, o olhar como interpelação. Costura e recobre o que incessantemente aparece como abertura: a insuficiência (normal) de sua criança, a queda incessante dos buracos que no corpo se oferecem e a chamam para serem preenchidos. Esses buracos, lugares de entrada e saída, portam as marcas simbólicas que a mãe inscreve neles, desenhando, assim, a borda do objeto que essencialmente permanecerá vazio (ao menos que a psicose o preencha), precisamente oferecendo seu lugar à interminável busca que nele se inaugura. (JURUSALINSKY, 2004, p.26-27).

¹³**Outro:** é uma expressão psicanalítica introduzido por Jacques **Lacan** (1901-1981). O termo francês “Autre”, traduzido para o português como "**Outro**" relaciona-se ao latim alter, de onde vem a palavra “alteridade”. Foi utilizado para diferenciar de um **outro** que é semelhante ou próximo. Na escrita, o primeiro “O” será sempre em maiúscula.

As manifestações do bebê são interpretadas como demanda pela mãe. É através da relação mãe/bebê que a criança vai se subjetivando e se tornando um sujeito desejante.

[...] a mãe não só estabelece a demanda do bebê – colocando em cena seu saber inconsciente para ler, para outorgar significação ao choro –, ela produz outro movimento fundamental: após formular uma resposta à demanda do bebê, ela se certifica de que a significação que atribuiu a tal demanda tenha sido acertada. É como se a mãe se interrogasse: “será que é isso mesmo que ele queria?”. (JURUSALINSKY, 2004 p.137)

Em outras palavras, a mãe vai supondo que aquele bebê é um sujeito e que o seu desejo e necessidades não são iguais aos dela, uma vez que ela se questiona se é de fato isso que o bebê queria. É nessa posição de falta, de não saber, que a mãe possibilita que seu bebê se constitua. É nesta posição de falta também que vai surgir um dos afetos mais presentes e implicados na maternidade que é a angústia e isso não é em si nenhuma novidade. Justamente porque “virar mãe”, ou vir a ser mãe, “tornar-se” mãe é desses adventos que se apresentam como cruciais na construção da subjetividade daquelas mulheres que assim o desejam e daquelas que a gravidez se apresentou sem o planejamento – A maternidade é um desses momentos da vida que exigem o reposicionamento do sujeito diante do outro e que, portanto, pode ser acompanhado pelo surgimento da angústia. Virar mãe, como a própria declaração aponta, é um ponto de virada, não é possível fazer tal percurso na vida sem modificar-se um pouco. A angústia é um afeto que não falha, que delata o sujeito angustiado e sabemos que uma das causas dessa angústia são as implicações sociais que a maternidade trás as mulheres, contudo, hoje “compreende-se que, em nossa época, a maternidade consiste em uma das possibilidades de escolha para a mulher e não seu destino natural” (MEIRA, 2010, 92).

Cabe mencionar ainda, Badinter (1985, p. 73):

na atualidade abre-se caminho para um novo modo de abordar o destino feminino, o que vem desmistificando os modelos culturais e sociais dos séculos passados. O destino de cada mulher não mais se resume a um único caminho chamado maternidade, uma vez que surgem outras vias possíveis e desejáveis para elas (BADINTER, 1985).

Ainda assim, não se pode apagar o peso histórico da representação identitária da mulher a partir da maternidade, nem tão pouco compreender quando essa representação aparece nos moldes que hoje conhecemos, pois o papel cultural e social atribuído à figura feminina ao longo dos tempos, como função predestinada à maternidade, faz parte das representações construídas a respeito da mulher. Atualmente, a mulher tenta se desvincular desses papéis, dirigindo-se a

outras formas de desejar na luta pelo direito de novas escolhas, novas possibilidades (BADINTER, 1985).

Questionamos, o caráter inato dado as mulheres em relação a maternidade e cuidado com a prole. Mesmo as crianças e a sua condição vulnerável da infância só foram percebidas como sujeitos a partir da necessidade social de sua sobrevivência. Imerso na passagem para a modernidade, o bebê ganhou nome, família, e o ‘direito’ a ser amado e trouxe consigo a ideia de que a maternidade era natural e que todas as mulheres teriam uma espécie de instinto maternal, afeto constitutivo do “ser mulher”. Concomitantemente ao nascimento do cuidado com a criança, ou do nascimento do *infans* como objeto de investimento social, nasceu também a ideia de família que atravessou os últimos séculos. A família ganhou lugar de destaque em relação às crias humanas. Deixando de ter a linhagem garantida apenas pelos laços consanguíneos, que permitia às famílias grandes grupamentos com variados graus de parentesco, a um ideal nuclear constituído por pai, mãe e filho(s). Então, é a preocupação com a infância que fará com que nasça a ideia de que a mulher para ser feliz no mundo precisaria de filhos¹⁴.

Para Philippe Ariès (1995) o sentimento de infância é datado do século XVI. Após a construção do sentimento de infância é que vai surgir também a noção da imagem da mulher espelhada na imagem da mãe. No século XVIII as ideias de Rousseau, um dos primeiros a problematizar essa relação mãe e filho, darão base para a construção da subjetividade feminina nesse entrelace mulher e maternidade. Até então não era associado às mulheres a responsabilidade pela vida e pela educação de seus filhos e as funções de cuidado de uma criança eram exercidas por amas de leite, religiosas e suas instituições, criadas (Badinter, 1985; Rousseau, 1995; Nunes 2000). As ideias de infância e de família advindas da burguesia organizaram os laços entre os pais e filhos. Crianças cuidadas e saudáveis constituiriam uma

14: O novo modelo familiar traz consigo a ideia da intimidade, do privado, de ações compartilhadas apenas entre o casal, os filhos são colocados longe da intimidade do quarto dos pais. Sobre isso Michel Foucault diz o seguinte: “No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. Ao que sobra só resta encobrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos. E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este status e deverá pagar as sanções” (A história da Sexualidade I: A vontade de Saber, p.09).

burguesia forte. Mesmo assim, entre os mais favorecidos economicamente, havia altos índices de mortalidade infantil. Quando essas taxas passaram a preocupar o Estado, ocorreu um interesse no combate as doenças e a promiscuidade, as camadas populares passaram a ser alvo da preocupação sanitária. A burguesia ao consolidar o modelo de família nuclear passa a dar destaque para a relação mãe/filho, à mãe burguesa foi dada a responsabilidade e o enaltecimento pelos cuidados e educação de seus filhos, bem como importância como esposa. Anteriormente, mulheres e crianças ocupavam o mesmo lugar de submissão ao pai. Agora, essa mulher moderna é valorizada devida a reformulação da imagem da mulher em mãe. Esses aspectos auxiliaram a redefinir o perfil feminino, pois essa mulher tinha novas funções (Nunes, 2000). O filho dessa nova mulher é “tratado como objeto privilegiado de desejo materno”, definindo que “o lugar do prazer da mulher é a relação com o filho” (NUNES, 2000, p. 74).

Michelet descreve o olhar materno o “êxtase”, a “surpresa”, o “deslumbramento”, a “irradiação elétrica”, o “encantamento” dessa mulher/mãe para com seu filho (1995, p.56). Bem como enfatiza que o filho não vive sem essa relação cultuada de sua mãe: [...] “é um ser tão frágil, que nunca poderia ser criado, se não tivesse tido nessa mãe a maravilhosa idolatria que o diviniza, que torna doce e desejável, a ela, imolar-se a ele. Ela o vê belo, bom e perfeito” (MICHELET 1995, p. 56).

Nesse sentido, se pode observar que a mulher foi instigada tanto à maternidade, que enleva sua função junto ao seu bebê, como a encontrar na relação com o filho um prazer divinizado e insubstituível. Deste modo, minimizaria “suas frustrações impostas pela restrição da vida doméstica e pela dessexualização do convívio amoroso com o marido”, pois se celebrava “o culto da vida doméstica e da mulher [...] como mãe e denega-se a sexualidade feminina não reprodutiva” (NUNES, 2000, p. 76). A maternidade passou a ser sinônimo do feminino, por excelência, referente à natureza da mulher.

Algumas construções tentaram descolar a imagem da mulher ligada apenas a maternidade, nestas construções encontramos o conceito de maternagem e função materna que surgem a partir da ideia da mulher como mãe, mas possibilitaram entender a dimensão da maternidade como representação de desejo e não como algo natural e inerente a todas. Ao relacionar a maternidade com desejo buscamos compreender como se dá a relação de afeto

entre o bebê e sua mãe e buscamos a compreensão de que a identidade materna é uma das dimensões do feminino e não é natural, apesar do fator biológico, como aponta-nos Campos:

[...] a maternidade nunca foi um fato natural, universal e atemporal. Ela é resultado da cultura que se inscreve numa evolução permanente. A variação dos modos de vida, a emancipação das mulheres pelo movimento feminista, as transformações familiares, o controle da fertilidade e as inovações na fecundidade contribuíram decisivamente para as mutações da maternidade (CAMPOS, 2015, p. 14).

É com a noção de maternagem que pontualmente poderemos descolar a noção de maternidade como função exclusivamente feminina, encontrando aí possibilidades para pensar que a dedicação da mulher ao papel materno é muito mais que uma adaptação social e cultural das suas capacidades de gestar, parir e amamentar, mas que “diz respeito aos recursos psíquicos que uma mãe emprega para que seu filho se constitua como sujeito.” (CUNHA & GRANJA, 2013).

3. 2 O feminino, a mulher e o amor materno: compreendendo a função materna

Muito se atribuiu a mãe, a ideia mítica de ideal de amor e afeição e apesar do crescente questionamento sobre o amor materno incondicional e inato, a visão da mãe ideal, responsável pelo bem estar da família ainda é bastante presente na cultura também é presente a ideia das mães santas, que abdicam tudo em nome de um ideal de felicidade que só poderia ser encontrado na maternidade, todavia é cada vez mais visível a dualidade de Medeia¹⁵ na maternidade,

Avante, coração! Sê insensível! Vamos! Por que tardamos tanto a consumir o crime fatal, terrível? Vai, minha mão detestável! Empunha a espada! Empunha-a! Vai pela porta que te encaminha a uma existência deplorável e não fraquejes! Não lumbres de todo o amor que lhes dedicas e de que lhes deste a vida! Esquece por momentos de que são teus filhos, e depois chora, pois lhes queres tanto bem, mas vai matá-los! Ah! Como sou infeliz! (Eurípedes- Medeia, 2004, p. 8)

15. Conto de Eurípedes, dramaturgo grego. Escreveu a peça Medéia no ano de 431 a. c. Na época o teatro era responsável pela construção e educação do homem grego, em particular do ateniense. As peças apresentavam discussões sobre os acontecimentos cotidianos dos atenienses, se baseando nos mitos. A mulher tinha um papel particular na cultura ateniense e que é discutida de maneira trágica nesta peça. O que poderia acontecer, se uma mulher coberta de emoção e paixão e sentimentos irracionais para os gregos, em oposição ao homem racional, decidisse resolver suas mágoas pelas próprias mãos? (Psicanálise e Mitologia Grega – Ensaios, Organizador: Costa, Paulo José Da. 1ª Edição, 2017).

No trecho acima temos o que chamamos de dualidade de Medeia. Para compreender melhor essa dualidade é preciso entender de que trata Medeia. O mito grego de Medeia é talvez um dos mais terríveis e assustadores. A trágica história da mãe infanticida que apunhala os próprios filhos para vingar um amor malsucedido. Medeia Narra a lenda que Medeia, depois de se apaixonar por Jasão, resolve entregar-lhe o precioso velocino dourado – um carneiro encantado que produzia infinitamente uma magnífica lã de ouro. Para esta empreitada, Medeia revela ao amado as artimanhas e mágicas para conseguir tal feito, sendo que uma delas era matar o dragão que zelava pelo carneiro. De posse deste precioso animal, depois de alguns anos, Jasão esquece Medeia e se apaixona por Creusa, a filha do rei Creonte. Traída e inconformada, Medeia jura vingança e cumpre: mata Creusa e depois os próprios filhos que tivera com Jasão.

A dualidade poderia ser entendida como a conflitiva materna da mãe boa e da mãe má - a que mata seu filho está no extremo daquelas mulheres que não têm condições de cuidar de sua cria. No outro polo, está a mulher dedicada ao filho, que configura a mãe por excelência da contemporaneidade.

A partir de Aires, Badinter e tantos outros autores, podemos compreender que a exaltação ao amor materno é fato relativamente recente dentro da história da civilização ocidental, constituindo-se esse tipo de vínculo, tradicionalmente descrito como “instintivo” e “natural”, em um mito construído pelos discursos filosófico, médico e político a partir do século XVII, (Ariés, 1981, Badinter, 1985, Chodorow, 1990, Donzelot, 1986).

Diferentes estudiosos tentaram dar conta da noção de família ao longo da história, o que nos faz pensar que a noção de maternidade não estaria de certa forma dissociada tanto das construções patriarcais de família, bem como dos estudos do final do século XX e recentes sobre a questão de Gênero. Para compreender a categoria gênero e defini-la, citamos Joan Scott (1995, p. 86): “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”

Com base nesta leitura o conceito de gênero deve ser compreendido como uma manifestação de relações de poder porque estabelece, entre homens e mulheres, entre as próprias mulheres e também entre os homens, um acesso diferenciado aos recursos simbólicos e aos recursos materiais da sociedade, esta diferenciação é da ordem do poder e o poder é entendido também como relacional, como algo que circula, se pratica e se exerce. É perceptível que o propósito da escritora foi de tornar visível e especificar como se deve pensar o efeito do

gênero nas relações sociais, tomo para este trabalho esta definição de gênero, considerando-a uma categoria de análise relacional que possibilitará perceber a dinâmica das relações sociais de gênero vividas pelas mulheres na sociedade.

Sobre a dinâmica das relações sociais e sobre o quanto a questão do poder aparece socialmente podemos citar a historiadora Elisabeth Roudinesco em seu livro intitulado “Théroigne de Méricourt: uma mulher melancólica durante a revolução”, no livro a escritora detalha a difícil tarefa de uma mulher à frente de seu tempo, onde estas precisavam lidar com discursos naturalistas, que infligiam as mulheres à arenga do chamado “Temperamento Uterino”, a mulher era definida por sua moleza e umidade, sujeita a enfermidades específicas, como doenças vaporosas e sempre descritas como uma espécie de criança. A textura de seus órgãos as marcava como um ser de fraqueza congênita. Em razão de discursos como o do temperamento uterino e de sua “umidade” a mulher que demonstrava algum excesso no domínio sexual, tornava-se lubrica como Messalina ou Cleópatra, e para os criadores da “natureza feminina” quanto mais à mulher permanecesse fria, melhor reteria o esperma e melhor conceberia, o destino de alguém do sexo feminino se resumia a procriação e passado o período de procriar e chegada à velhice a mulher perdia toda sua essência, mulheres mais velhas com apetite sexual eram causa de repulsa e condenação. A hipotética “natureza feminina” apoiava-se então na evidência da diferença anatômica e fisiológica dos sexos e caía na concepção de uma feminilidade de seus órgãos. “Com efeito, se a mulher era por natureza um ser mais fraco e mais sensível eu o homem, era preciso, para conservá-la natural, proibir-lhe o acesso à razão e a inteligência, cuja essência era masculina” (ROUDINESCO, P. 28, 1997).

A diferença anatômica funcionava então como padrão para inferioridade moral e cultural, neste período histórico, datado de 1775, durante a revolução francesa as mulheres eram mundialmente privadas de todos os direitos civis e políticos, assim, elas estavam sob a dependência absoluta do pai, do marido e da comunidade familiar, parecer-nos-ia de que a maternidade também apareceria neste contexto como uma espécie de dominação masculina sobre os corpos e desejo da mulher. Neste sentido analisar de forma epistemológica os avanços sociais e o conceito de maternidade nos possibilitará pensar como se constroem socialmente as noções de feminino e principalmente a articulação da realidade histórica na construção de políticas públicas que atentem para os significantes presentes na cultura, pois devemos

considerar que as desigualdades histórias de poder entre homens e mulheres implicam de forma cruel nas condições de saúde das mulheres,

O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989, p. 12).

Sabemos então, que gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser mulher ou ser homem na sociedade. É extremamente raro encontrar sociedades, onde as relações de gênero não sejam desiguais. Os desequilíbrios de gênero refletem nas leis, nas políticas e práticas sociais, bem como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. É por isso que compreendemos que não há como pensar em políticas públicas voltadas a saúde da mulher, sem que a questão de gênero seja levada em consideração, não há como desconsiderar no planejamento de ações de saúde a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher, no Brasil,

a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 15)

Esses programas tinham como foco as ações materno-infantis, numa estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, assim se enquadrava nesse foco crianças e gestantes. Era característica desses programas a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. Não existiam avaliações das necessidades de saúde das populações, logo, metas eram definidas num distanciamento das realidades. Como resultado dessa prática tivemos a fragmentação da assistência e a ausência, ou a quase inexistência de melhoria dos indicadores de saúde da mulher. A crítica a tais programas acabou por ser inevitável, pois a proposta para a saúde da mulher era versada, como já dissemos, a partir de uma perspectiva reducionista, que dava acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal. A mulher acabava ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda da política nacional, questões, até então, deixadas como segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações

privadas, não havia ainda um entendimento de que políticas públicas para prevenir doenças transmitidas através da relação sexual, trabalhos sobre anticoncepção, e debate sobre o próprio trabalho das mulheres, que eram e ainda são as responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos, não existia a compreensão de que tais questões deveriam ser tratadas como assunto para Políticas Públicas.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 16)

Historicamente esse é um período onde o Sistema Único de Saúde está em construção, o processo de implementação do SUS é a base para a mudança no entendimento dos programas de saúde da mulher. De acordo com o Ministério da Saúde, neste período o SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica:

Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 17).

É importante dar destaque ao NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde, uma vez que este dá garantias, mesmo que elas sejam mínimas, para os municípios das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais, em outras palavras com o NOAS é possível entender as garantias básicas para a saúde no âmbito municipal e compreender as delimitações do SUS.

Em 1998, a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. Em uma análise¹⁶ das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 encontramos

16. Essa análise pode ser encontrada em: Correia SO, Piola SF. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

como referência a afirmação de que apesar do discurso integralizador, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais. Entre os aspectos gerais, está o que não pode ser desconsiderado, quando analisamos a realidade de muitas mulheres, por exemplo, o número de mulheres vivendo em situação de pobreza no mundo é maior que o de homens. Em geral, as mulheres trabalham mais horas do que os homens. Metade do tempo das mulheres é gasto em atividades não remuneradas – e diríamos, pouco valorizadas socialmente, é o que chamamos aqui de: trabalhos invisíveis¹⁷ e isso reflete na sua qualidade de vida, pois como definiu em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas é um bem-estar físico, psíquico e social.

Recentemente, a OMS ampliou esta definição, reconhecendo os laços entre as pessoas e o ambiente sócio cultural como aspecto importante para pensar a saúde. Saúde é então uma série de aspectos do ser humano, como a capacidade de identificar e atingir aspirações, a possibilidade de satisfazer necessidades, de mudar ou interagir com o meio ambiente em que vive. A saúde é um mecanismo para a vida diária. Saúde é então um conceito que enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como nossas capacidades físicas e psíquicas.

Dessa maneira, quando pensamos nas mulheres, particularmente naquelas que são mães, nos deparamos com questões conceituais: Saúde reprodutiva, saúde da mulher, saúde materna são antes de tudo passíveis de discussões conceituais. Se fizermos um jogo de palavras pensando nos fatores históricos e as dispomos da seguinte maneira: Saúde materna, saúde

17. Em Karl Marx (1987) aparece uma semelhança com as ideias de Hegel de que o trabalho faz a mediação entre homem e natureza. Os homens são definidos pelo que fazem, e a natureza individual depende das condições materiais que determinam sua atividade produtiva. O trabalho seria então uma forma de alterar-se a relação do homem com a natureza, conquistando assim sua liberdade. Hannah Arendt (2007) é uma das autoras contemporâneas que possivelmente tenha se atido mais a refletir sobre o valor simbólico do trabalho. No seu livro “A condição humana”, a autora destaca as atividades fundamentais: labor, trabalho e ação. Sendo o Labor o processo biológico do corpo do homem pela sobrevivência, o trabalho corresponderia à fabricação, criação de um produto por técnica ou arte, correspondente ao artificialismo ou existência humana. A ação, por sua vez, exerce diretamente entre os homens, sem a mediação da matéria. É o domínio da atividade em que o instrumento é o discurso, a voz e a palavra. No âmbito do trabalho invisível temos então a dimensão de que é aquele trabalho que não é visto sob o olhar do capital, aquele que não possui valor monetário, uma vez que a sociedade capitalista compreende que para ser considerado trabalho uma atividade precisa aparecer pela via do dinheiro, estar invisível frente ao capital é não possuir valor, essa ausência de valor implica então em sujeitos colocados a margem em várias situações de suas vidas.

reprodutiva e saúde da mulher é possível perceber um avanço no que diz respeito à condição feminina na sociedade, principalmente no plano das políticas públicas. Por isso, também é imprescindível ampliar o debate e estar atentos ao contexto psicossocial em que as mulheres estão inseridas, pois ao incluir aspectos relativos à enfermidade, doença, bem-estar, bem como as atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura, ampliamos a imagem da mulher no campo da saúde, deixamos de reduzi-la ao papel da maternidade. Essa definição um pouco mais ampliada permite reconhecer a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde.

Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, possuindo voz ativa no campo das políticas públicas, assim, antes de definir e estabelecer ações sobre a saúde das mulheres, é preciso compreender quem são, onde estão e o que pensam as mulheres sobre saúde? A partir da concepção de liberdade sobre seu corpo, sua história de vida e seu contexto social e suas vivências, é possível estabelecer ações que sejam efetivas no campo da saúde.

3.3 A Instituição Familiar: a mulher diante do espelho.

Durante muitos séculos as mulheres estiveram submetidas a vida privada, permanecendo completamente excluídas da vida pública, cabia as mulheres suprir as necessidades dos homens e permanecer limitadas as tarefas domésticas e obedientes a chefia da família que estava a cargo dos homens. De acordo com Nascimento e Oliveira:

A condição a que estava submetida a mulher brasileira, durante o século XIX, era de repressão e submissão, crítica presente em *O Sexo Feminino* (08/08/1874:1)¹⁸, que compreendia sua situação como a de “traste de casa” – traço que, segundo sua redatora, aproximava ricas e pobres, negras e brancas. Para não serem ignoradas e relegadas à cozinha (como parte do mobiliário) ou, o que era pior, tratadas com brutalidade, foram necessários investimentos em várias frentes que as elevariam ao pedestal de rainhas do lar (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2007, P. 433).

18 Trata-se aqui de uma Campanha que circulou pelas ruas de Minas Gerais a partir do dia 7 de setembro de 1873, através do periódico semanal intitulado *O Sexo Feminino*. No primeiro “e nos quarenta e quatro números publicados em seguida, a editora D. Francisca Senhorinha da Motta Diniz e suas colaboradoras – constituidoras de uma pequena elite de mulheres letradas dentro e fora de Campanha – tinham como motivação comum a melhoria da condição da mulher na sociedade”. (Nascimento e Oliveira, 2007, p. 431).

A respeito desta condição a que estavam submetidas as mulheres, podemos pensar na própria Condição Humana e na instituição familiar, na organização destas construções sociais. De acordo com Arendt (2007, p 39-40):

“O que distinguiria a esfera familiar era que nela os homens viviam juntos por serem a isso compelidos por suas necessidades e carências – A força compulsiva era a própria vida [...] o fato da manutenção individual fosse tarefa do homem e a sobrevivência da espécie fosse tarefa da mulher era tido como obvio [...] portanto, a comunidade do lar decorria da necessidade; era a necessidade que reinava sobre as atividades exercidas no lar”

A clara divisão de papéis no âmbito familiar apontada por Hannah Arendt expressa a ideia também de que a divisão social da esfera da vida privada e pública se dá pela distinção da esfera ligada a família e da esfera ligada a política, conceitos relativamente modernos se pensarmos na família nos moldes atuais e na concepção da política como um estado nacional. Neste sentido, o aspecto da linguagem não deve ser deixado para trás, pois a mudança do entendimento do público e privado provocou também uma alteração no discurso sobre os líderes governantes, há uma certa admiração ao transformar o aspecto público em privado, nas palavras de Arendt uma espécie de “administração doméstica coletiva” (p, 38, 2007). O que segundo a mesma autora, na Polis, o que diferenciava a vida familiar da pública era justamente o apego a liberdade que era representada pela polis.

É interessante pensar como as mulheres se encaixavam neste sistema pensado pelos homens, uma vez que a elas não era destinada a liberdade da esfera pública e tão pouco era possível atribuir a vida privada qualquer tipo de liberdade para as mulheres:

A polis se diferenciava da família pelo fato de reconhecer os iguais, ao passo que a família significava a mais severa desigualdade. Ser livre significava ao mesmo tempo, não estar sujeito as necessidades da vida nem ao comando do outro e também não comandar. Não significava domínio nem significava submissão. Assim, dentro da família a liberdade não existia, pois o chefe da família, seu dominante só era considerado livre na medida em que tinha a faculdade de deixar o lar e ingressar na esfera política (ARENDR, p, 41-42, 2007).

Se essa liberdade só era possível a partir da passagem da vida privada para a pública, até meados do século XX podemos considerar que tal liberdade era inacessível as mulheres, que estiveram relegadas a categoria de inferiores pelo sistema patriarcalista vigente. De acordo com Nascimento e Oliveira (2007, p. 433 apud Silva, 1997, p. 99)

[...] a mulher devia obediência ao marido; os filhos deviam obediência ao pai [...]; o marido e o pai não podiam eximir-se de pagar o sustento da família, fossem quais

fossem as suas razões para querer se separar dela. A conduta da mulher obedecia a um controle muito rígido: bastavam umas saídas a passeio para que fosse dada como “perdida”, ao passo que a conduta do marido era sempre encarada com benevolência, fosse ele briguento, bêbado ou amancebado. O recolhimento era pena com que os poderes públicos puniam a má conduta das mulheres.

A instituição familiar ajudou durante muito tempo a estereotipar a mulher. Ela era submissa às ordens do marido, do pai e irmãos, toda figura masculina foi responsável por submeter a mulher a categoria de “honestas e não honestas”, onde a privação da liberdade sexual era essencial para qualificar as mulheres como digna ou não de casamento. Neste sentido, nos questionamos, como falar de todas as questões que dizem respeito a mulher sem analisar o sofrimento histórico a que elas foram submetidas por séculos e séculos?

Os costumes ou as tradições foram responsáveis por tornar a familiar violações de todos os tipos e foram necessários anos para a reconstrução do perfil da mulher. O esforço para minimizar as diferenças originadas a partir das questões biológicas se deu pela participação de outras mulheres que foram capazes de protagonizar causas feministas a partir do momento que começaram a questionar seu papel na sociedade. A luta das mulheres está essencialmente ligada a busca pela libertação das amarras de um senso moral construído pela cultura machista, que se cristalizou durante séculos. Não se trata apenas de luta pela liberdade econômica e política, mas também pela liberdade de não precisar justificar as escolhas que faz sobre seu corpo e sua vida. Trata-se de luta pela liberdade, para além da equiparação de direitos, trata-se também de uma luta pelo respeito a alteridade e ao seu pensamento.

Sabe-se que a construção de papéis diferenciados é baseada em normas sociais e em valores morais arraigados no tempo, que atribuem a mulher uma posição de inferioridade perante o homem, que se utiliza da violência como recurso maior para fazer valer sua supremacia. Neste contexto de violência, opressão e submissão é que foi destinada a mulher os cuidados do lar, a obediência ao companheiro e a maternidade. Os lugares destinados ao masculino e feminino tornaram-se algo tão naturalizado que as desigualdades passaram a ser entendidas como naturais e evidentes e adquiriam reconhecimento e legitimação.

As diferenças de lugares que ocupam homens e mulheres e as funções que desempenham são resultados muito mais amplos do que apenas a diferença sexual, trata-se de construções culturais que atribuíram as mulheres características que não encontram respaldo na questão biológica, mas que acabaram por legitimar as relações de poder, onde um grupo domina outro grupo. Ao atribuir uma divisão entre o masculino e feminino, divisão que chamamos de

gênero, é possível perceber que a criação desta divisão é inteiramente social, é uma ideia que indica os papéis adequados aos homens e as mulheres na sociedade e como cada um deve se comportar e se mover socialmente.

Então, o que afirmamos é que não é possível negar que as construções sociais são geralmente atribuídas por aqueles que dominam e muito raramente os grupos oprimidos conseguem se fazer ouvir e mudar o paradigma que se encontram. Ao enfatizarmos o caráter social do gênero, buscamos também um posicionamento político frente ao tema – uma vez que o pessoal é sempre político – é preciso negar essencialismos que naturalizam, para ampliar o debate sobre como foi atribuído às mulheres a naturalização do amor materno e de como tal construção atravessou as políticas públicas por longos anos negando a existência de um sujeito para além da maternidade.

Quando se articula um debate sobre a questão de gênero se pode reconhecer como os sujeitos sociais vão sendo construídos e constituídos cotidianamente a partir de um conjunto de significados impregnados de símbolos culturais, de significantes inconscientes, de sistemas normativos, institucionalidades e subjetividades sexuadas.

Estas distinções de lugares que definem-se a partir de um sistema, e como define Nancy Fraser ao analisar o conceito em Habermas, referindo-se que por sistema entendemos a todos aqueles modos pelos quais as ações dos indivíduos são coordenados entre si através do “entrelaçamento funcional de consequências inintencionais, enquanto cada ação é determinada por cálculos de maximização da utilidade e interesse próprio”. Em outras palavras, há esferas da vida em sociedade que são governadas por uma lógica e métodos próprios e que não foram desejados por qualquer pessoa participar, mas que resultam em muitas das suas ações cotidianamente. Habermas ainda tem como conceito o “mundo da vida”, onde as ações das pessoas estariam de alguma forma “socialmente integrada”. De certa maneira, no mundo da vida, os sujeitos atuam através de ações ou consensos intersubjetivos - que podem ser implícitos ou explícitos - sobre valores, normas afirmados no discurso da interpretação linguística¹⁹.

19 Essas ações, não só seriam dados pela família, amigos e vizinhos, mas também por participação e debate na esfera pública política. Aqui o conceito de público e privado de Weber e de Marx ganha contornos próprios na teoria de J. Habermas a respeito das dicotomias institucionais entre as esferas do público e privado.

A sociedade moderna e a diferenciação institucional podem ser medidas a partir do surgimento de duas das principais redes de ação e contexto sistematicamente integrada: a economia e o aparelho administrativo e jurídico do estado moderno. Assim, as esferas institucionais passaram a ter o dinheiro e o poder como forma de comunicação onde as ações coordenadas. Se observar com atenção veremos que essa é a base de um sistema capitalista, onde cada um de nós se move, transita pelo mundo e realiza ações que muitas vezes estão inconscientemente desligadas de nossa consciência e até moral. Não é loucura afirmar que há um sistema que nos governa e que nós muito pouco podemos contra ele. Se há um sistema no qual pertencemos, podemos situar a família como parte desse sistema que oprime ou oprimiu as mulheres. Como postula Fraser “a família nuclear moderna não é um “abrigo num mundo impiedoso”, mas um lugar de “cálculo instrumental, egocêntrico e estratégico assim como lugar de trocas geralmente exploradoras de serviço, trabalho, dinheiro e sexo, para não mencionar lugar, frequentemente, de coerção e violência”.

Nessa lógica, podemos situar que ao falar de Público e Privado é importante analisar antes de tudo de que lugar falamos, uma vez que nossa inserção no mundo se dá por algum tipo de ideologia e geralmente há uma ideologia dominante também no campo das ciências, é preciso criticar as concepções dominantes que adentraram a cultura ocidental, pois ao ignorar os discursos dominantes corremos o risco de acreditar numa falsa concepção de autonomia.

Ao realizar a passagem do privado para o público, as mulheres brancas e com “bons” casamentos puderam exercer sem desadouro a função de professora, pois tal função fazia delas uma espécie de mães espirituais:

Durante muito tempo, considerou-se a escola, no caso das meninas, um recurso apenas dotado à falta de melhor: cabe às mães ensinar-lhes tudo o que “necessário e útil saber como mães, donas de casa e mulheres da sociedade”. Fazer delas futuras mulheres “atentas, ponderadas, laboriosas”.

A respeito da falsa concepção de autonomia e até mesmo liberdade, teremos no início dos anos de 1960 a “descoberta da pílula contraceptiva” que passou a dar mais liberdade sexual as mulheres, embora, seja preciso questionar o que de fato poderia estar por trás dessa descoberta, como os grandes ganhos farmacêuticos desde então.

As políticas públicas para a saúde da mulher foram frutos de sua conquista por espaço social e por visibilidade como sujeitos de direitos, o que permitiu a mulher mostrar a sociedade a sua visão sobre seu corpo, seus desejos e sobre o que entende por saúde, dessa maneira

avancamos bastante no campo dos direitos igualitários, mas há ainda um longo caminho a percorrer e ao entrarmos no próximo capítulo, ficará mais visível que em Política Pública sempre há o que debater, principalmente se a política pública se refere a mulheres que se tornaram mães.

4. MAMÃE CANGURU: ANÁLISE DO PROJETO NO CONTEXTO GIRUAENSE

O que é um vínculo? No amor se trata do que? Quais são os motivos que nos levam a abraçar o percurso da maternidade e políticas públicas? Todas as respostas a estas perguntas poderiam ser facilmente respondidas pela seguinte afirmação: Metade do mundo são mulheres e outra metade, seus filhos. A mulher é a própria história da humanidade, e embora consigamos perceber que amor materno não é um sentimento inato e que ele se desenvolve ao gosto das variações sócio -econômicas da história, e pode existir, ou não, dependendo da época e das circunstâncias materiais em que as mães vivem e que assim como todos os sentimentos humanos o amor materno é incerto, frágil e imperfeito, observamos na história da mulher e da maternidade que as conquistas sociais de direitos, de valorização das diferenças entre mulheres e homens, tem em grande parte influência direta da “condição” biológica das mulheres de gerar uma criança em seu corpo. Após conquistas na área da saúde que protegessem as gestantes, foi chegada a hora de descolar a imagem da mulher como destinada a maternidade e realizar conquistas que olhassem às mulheres na sua totalidade.

Ao conquistar uma política pública que visualizasse o sujeito mulher, suas especificidades, suas diferenças etc. entramos num novo campo de conhecimento e cuidado, não bastavam existir políticas, era preciso que elas fossem praticadas, entendidas e de tempos em tempos analisadas a fim de saber se atendiam a seu propósito. É assim que entramos neste capítulo, nossa busca inicial por compreender brevemente as conquistas da mulher no campo da saúde, posteriormente analisar como são socialmente vistas e como se dão os laços sociais em torno da figura da mulher, chegamos ao ponto de compreender nosso recorte temático e analisar o contexto do qual fazemos parte.

Nosso recorte temático tem por objetivo pesquisar um projeto de governo existente no município de Giruá – RS, chamado atualmente de “Mamãe Canguru”. Entretanto, antes de situar de que se trata o projeto é importante falar um pouco sobre o município de Giruá- RS, localizado na região das Missões do estado do Rio grande do Sul, possui 65 anos de emancipação política administrativa, com 17. 198 mil habitantes de acordo com o censo de

2010. De acordo com o IBGE estima-se que atualmente a população seja de 16.004²⁰, é uma estimativa que do ponto de vista do desenvolvimento preocupa, pois o município está em visível decréscimo. Quanto a questão de trabalho e renda temos as seguintes informações:

Em 2017, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 236 de 497 e 235 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1139 de 5570 e 1532 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 147 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 3698 de 5570 dentre as cidades do Brasil. (IBGE, 2019).

O município é bastante dependente da produção agrícola, embora os dados de 2019 da previdência social indicam que a maior renda de desenvolvimento do município situa-se na previdência e seguridade social, onde circulam anualmente 69 milhões, 756 mil e 660 reais oriundos então de aposentadoria (INSS), seguridade social (auxílio maternidade, entre outros) e bolsa família. (PREVIDÊNCIA SOCIAL)²¹.

Em relação a saúde, os dados do IBGE apontam números da mortalidade infantil e tais dados podem ser considerados altos se levarmos em consideração o tamanho do município:

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.79 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 4.8 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 103 de 497 e 40 de 497, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1751 de 5570 e 715 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2019.)

Ao considerar a média nacional que não alcança os 15, podemos considerar a taxa de mortalidade Giruaense alta. Historicamente a mortalidade infantil ganha destaque por expressar o estado de saúde da parcela mais vulnerável de nossa população - as crianças menores de um ano –Ao observar a taxa de mortalidade infantil percebemos que essa é um indicadora que reflete condições de vida, níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada comunidade.

²¹ Com a aprovação da reforma da previdência em 2019, estes dados certamente serão modificados com o passar dos anos e reduzirão os valores que circulam no município.

Por ser indicador de questões tanto de saúde, como sócio - econômicas é que se criaram Políticas públicas voltadas a saúde da infância. Sabemos que as Políticas Públicas consistem na tradução das propostas de governos democráticos em ações que possibilitarão produzir resultados e/ou mudanças numa dada realidade. As ações oriundas das políticas públicas compreendem o conjunto de intervenções no nível dos grandes objetivos e eixos estratégicos de atuação, e então se desdobram em programas e projetos. Graças as conquistas sociais e histórias a saúde atualmente se destaca como eixo estratégico de intervenção pública, e tanto a saúde da mulher, maternidade e o cuidado com a saúde da criança são prioridades dentro do SUS. De acordo com Moreira et al, 2012:

A implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não é recente no Brasil. O trabalho *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil* mostra que a taxa de mortalidade infantil (TMI) em 1930, apesar de seu elevado valor, já refletia um lento, porém constante, declínio, reflexo da implantação de políticas sanitárias nos centros urbanos no início do século XX. Nos anos seguintes, essa tendência à queda da TMI continuou, mas sua velocidade diminuiu em meados da década de 1960, devido à crise social e econômica vivenciada no país, a qual afetou diretamente toda a população. Na década de 1970, o caos no setor público e os indicadores em níveis bastante elevados exigiram intervenções governamentais para reverter a situação de saúde no Brasil. Diante da gravidade da realidade epidemiológica e da intensidade da pressão social por melhores condições de vida, várias ações nos diversos setores sociais (saúde, educação, saneamento, etc.) foram implementadas no país. (MOREIRA ET AL, 2012, p 3).

1984 pode ser considerado um marco histórico na área da saúde e nas políticas públicas, pois foi um ano de avanços na saúde da mulher e também ano da criação do programa PAISC – Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança, com este programa o governo se propunha a realizar uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças de zero a cinco anos. Com a intenção de elevar ao máximo o alcance da assistência infantil no país. Foram identificadas e priorizadas ações básicas e todo o esforço esteve direcionado para cinco principais eixos de intervenção: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, orientação para o desmame, imunização, prevenção e tratamento das infecções respiratórias e de diarreias agudas.

Trazendo estes dados atuais e históricos podemos demonstrar a relevância de estudar Políticas Públicas voltadas ao cuidado com as mulheres e com a maternidade, pois é dessa maneira que transmitiremos aos bebês e crianças os primeiros cuidados.

Giruá- RS é uma cidade pequena onde o alcance dos programas, projetos e das próprias políticas é mais fácil de ser visualizado em números estatísticos e em efeitos sociais da sua aplicabilidade.

41. Mamãe Coruja e Mamãe canguru.

O projeto “Mamãe Canguru” teve seu início em 2011, naquela época este projeto levava o nome de Programa “Mamãe Coruja”, consta nos dados públicos que este surgiu a partir de uma necessidade apontada pela secretaria de saúde do município e de acordo com o então secretário de saúde da época:

A proposta do projeto Mamãe Coruja, segundo o secretário municipal de Saúde Marcelo Calai Ferraz, é promover um pré-natal com mais qualidade, proporcionando maior atenção às gestantes. Para isso, um programa de atividades foi montado e deverá iniciar em 1º de dezembro. As futuras mães, gestantes até 30 meses, inscritas até esta data, formarão o primeiro grupo e participarão de inúmeras palestras e encontros sobre os diversos temas que envolvem a gestação: adianta Marcelo.

(PREFEITURA MUNICIPAL DE GIRUÁ

<https://www.girua.rs.gov.br/site/conteudos/265-saude>).

Na proposta estava incluída a ideia de que as participantes do programa contariam com oficinas de corte e costura para confeccionar cobertores e roupinhas para os bebês. No segundo ano do programa, iremos perceber uma pequena mudança na abrangência:

Governo Municipal através da Secretária Municipal de Saúde reconheceu a necessidade de ampliar e qualificar o atendimento no Pré-natal da Rede de Saúde Pública Municipal. Não apenas disponibilizando todos os direitos garantidos e previstos nos protocolos do Ministério da Saúde, mas, aproximando de maneira definitiva, gestantes e serviços fornecidos. Foi realizada também a ampliação destes serviços, visando criar um sistema de atenção à gestante em nosso Município, criando então o Projeto Mamãe Coruja. As gestantes ao ingressarem no Projeto, receberão um Kit de Corte e Costura para a confecção de roupas e mantas, sapatinhos, e demais itens, sempre com o acompanhamento da monitora, disponibilizada pela Casa da Família. Durante os encontros, serão ministradas diversas palestras por profissionais de Saúde, abordando assuntos como: Doenças gestacionais, Vacinas, Aleitamento Materno, Cuidado com a Saúde Bucal na Gestação, e cuidados básicos com a saúde do bebê. (SITE CLIC RBS TV, <<http://wp.clicrbs.com.br/santarosa/tag/girua/>>).

Na reportagem, não fica claro como as ações serão realizadas e o que significa ampliar e qualificar o atendimento no pré-natal da Rede de Saúde Pública Municipal, o que sabemos é que:

A atenção pré-natal tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério. A atenção à mulher na gestação deve ser concluída somente depois da consulta puerperal, mas, a atenção ao puerpério no País não é realizada a contento, apesar da elevada cobertura de vacinação BCG aplicada no primeiro mês do recém-nascido. Além disso, a atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços, não apenas por dispor de indicadores formais para o seu

monitoramento, mas por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica (COSTA, A. Met al, 2005, p. 669).

No âmbito do pré-natal, muito se avançou no país, lá pelos anos 90 do século XX, após quase duas décadas da instituição do PAISM, a assistência à saúde da mulher em todo o país permanecia com muitas questões a serem debatidas e enfrentadas. Ao definir a saúde da mulher como prioridade, o ministério da saúde havia definido a frente de ações que precisavam ser amplamente melhoradas no território nacional, a partir de projetos específicos, era necessário na época: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher.

Na linha de frente desse enfrentamento, foram tomadas algumas decisões: aumentou-se a remuneração ao parto normal, instituiu-se um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2. 817, de 28 de maio de 1998). Etambém como finalidade de organizar e produzir melhoria na assistência às mulheres com maior risco obstétrico, incluiu a remuneração aos procedimentos referentes a analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica²². Como meta ficou estabelecido também, neste mesmo período que a atenção ao pré-natal e ao parto precisava de enfoque a qualidade da assistência, ao acesso, e a humanização da atenção, ou seja, não bastava melhorar a qualidade técnica, era preciso capacitar os técnicos a mudar sua postura frente o processo de trabalho diário, pois a humanização deve ser compreendida como princípio da qualidade de atenção. É provável que por muito tempo a impressão de má qualidade das práticas do serviço público de saúde estivessem intimamente relacionadas a ausência de práticas humanizadas, como reflete o texto abaixo:

ampliando a análise do panorama obstétrico no país chegava-se à avaliação do modelo assistencial vigente no país, que refletia um determinado paradigma conceitual de atenção. Em torno do consenso de que a assistência obstétrica precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade), a questão era a discussão de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada. Tais questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência, refletiam um debate sobre as práticas clínicas em geral, na qual se partia da percepção de que as técnicas empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como ícone máximo na assistência. Com esse pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e

²² Em 1998 o Ministério da Saúde reconheceu a assistência humanizada prestada pelas enfermeiras e enfermeiros obstetras nos hospitais públicos e, em 199, propôs a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) pra os partos d baixo risco fora das instituições de saúde, coordenados pelos profissionais da enfermagem obstétricas.

pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos. (SERRUYA SJ et al, 2004, p, 6).

Ao analisar como se estabeleciam as relações, podemos compreender, ainda que em forma de suposição, as razões para se criar um projeto de acompanhamento das gestantes no âmbito municipal. Assim, partimos para a análise temporal do mesmo:

Em 09 de agosto de 2011, o então prefeito²³ municipal encaminhou para análise da câmara de vereadores do município de Giruá a lei nº 4529/2011. Neste encaminhamento, buscava-se a aprovação de uma abertura de crédito adicional especial no artigo primeiro deste documento teremos descrito o seguinte:

Art. 1º - Autoriza o Executivo Municipal a Abrir Crédito Adicional – Especial, em conformidade com o disposto nos artigos 42 e 43 da Lei Federal 4. 320/64, no valor de até R\$ 20.373, 55 (vinte mil trezentos e setenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), destinados a dotar de recursos orçamentários os Programas de trabalho dos Órgãos abaixo, dentro das seguintes classificações:

11 – Secretaria municipal de saúde

11.01 – Secretaria municipal de saúde

10. 301.0031.2.191 Manutenção Programa Gestante Criança/ Adolescente

3.3.90.32.00.00 – Material, bem ou serviço de distribuição gratuitaR\$ 17.873,55

3.3.90.32.00.00 – Outros serviços Terceiros Pessoa JurídicaR\$ 2.500,00

FR: 4011 – Incentivo a Atenção Básica

Objetivo: Visa a abertura de nova dotação orçamentária na Secretaria de Saúde destinada a pagamento de despesas que serão realizadas com a implementação do Programa Mamãe Coruja, em nosso município. (LEI MUNICIPAL Nº 4529/2011).

Neste artigo há menção de que o município criaria um programa novo, essa dotação orçamentária visava na prática a abertura de uma conta onde o dinheiro seria depositado e indicava a fonte de onde este recurso seria retirado:

Art. 2º Para os recursos necessários à execução do disposto ao artigo anterior é indicado a REDUÇÃO de igual valor de parte das dotações constantes dos Programas de Trabalho dos Órgãos abaixo, dentro das seguintes classificações:

11 – Secretaria municipal de saúde

11.01 – Secretaria municipal de saúde

10.301.0031.2.176 – Manutenção do Programa Incentivo a Saúde de Famílias - PSF

3.3.90.30.00.00-5924 – Material de ConsumoR\$ 20.375, 55

FR: 4011 – Incentivo a Atenção Básica.

²³ Ângelo Fabiam Duarte Thomas foi prefeito de Giruá entre os anos de 2009/2012, sendo reeleito para mandato 2013/2016.

Indicados as fontes de recursos e aprovada pela câmara de vereadores, o município abriu uma conta onde o dinheiro para o programa seria depositado. Pois bem, destacados estes detalhes precisamos compreender algumas inconsistências.

Primeiro: Ao ser encaminhado lei para aprovação de vereadores há o indicativo no texto de que estava sendo implementado o “Programa Mamãe Coruja”, a questão é que para ser considerado programa, era necessário existir uma lei anterior que criasse o programa. Nossa busca, não achou nenhum dado que contenha a lei de criação de um Programa nestes moldes. É preciso entender de que se trata num programa, parece-nos recorrente que as pessoas que trabalham no serviço público parecem desconhecer tais diferenças.

Um programa é um conjunto de projetos, ou de ações e projetos que são administrados para que possam gerar benefícios que não existiriam caso os projetos não fossem administrados de maneira conjunta. Por exemplo, para combater a pobreza é preciso uma série de projetos que vão desde a área da saúde, assistência social, educação, desenvolvimento econômico etc. Em situações assim, no âmbito municipal pode ser preciso ao menos uma dúzia de projetos que possam dar conta de reduzir os impactos de uma situação específica. Um programa, tem como premissa o trabalho em conjunto, coordenado de forma igualitária. A diferença entre programa e projeto é simples: entendemos como projeto um conjunto de atividades que são empreendidas para atender, ou atingir um objetivo específico, normalmente um projeto tem caráter temporário, por sua vez, um programa é prolongado, podendo ter caráter permanente.

No mesmo ano em 2011, o governo municipal encaminha a câmara de vereadores o projeto de Lei Municipal nº 4.635/2011 para criação do Programa de Erradicação da Pobreza.

Art. 1º É criado o Programa Municipal de Erradicação da Pobreza Extrema – Giruá sem Miséria (GsM), nos termos do anexo único desta lei, a ser desenvolvido pelo Governo Municipal de Giruá (RS), através da Secretaria Municipal de Promoção Humana (SMPH) – Casa da Família, e demais Secretarias Municipais, demais órgãos do Poder Executivo Municipal e colaboradores, buscando a identificação, a elaboração e estratégias e de linhas de ação, e a erradicação total da pobreza extrema no Município de Giruá. (LEI MUNICIPAL Nº 4635/2011).

Trazemos essa lei por quê neste programa teremos a primeira inserção do então programa mamãe coruja num trabalho em rede. Nas ações a serem desenvolvidas, o documento esclarece num dos pontos que haverá interação entre os trabalhos existentes no município e cita o seguinte: “integração, a programas como cras, creas, peti, pim, gap, mamãe coruja, acs, aacid, entre outros”, logo em seguida estabelece:

Por certo, poderá haver um realinhamento, reordenamento e criação de novas ações, isto porque somente após o diagnóstico é que se poderá definir objetivamente a linha mestra das ações, as quais, no entanto, serão baseadas principalmente em três eixos, conforme e devidamente alinhados ao Plano Nacional de Combate a Extrema Pobreza: garantia de renda, inclusão produtiva, acesso a serviços públicos (LEI MUNICIPAL Nº 4635/2011).

Há aqui, uma informação relevante em Políticas Públicas: o diagnóstico das ações, isso pode definir como em determinados governos é entendida a questão do bem comum, algo que existe não por um interesse próprio, mas que existe em razão de um bem do povo, de um bem para o homem, “a política deve optar se favorece a sociedade exclusivamente como instrumento, manipulação de um Estado e do seu poder, ou então, se favorece um Estado que seja verdadeiramente leigo, isto é, a serviço da vida social, conforme o conceito de Tomás de Aquino de *bem comum*” (Giussani, 2001). Conceber e executar uma política pública dessa maneira é uma garantia para o “público” atendido. Só assim a política pública pode realizar o bem do povo. Há hoje uma necessidade crucial de tornar esses conceitos, operativos da melhor maneira possível, dentro da gestão em políticas públicas. A grande questão que fazemos, é quais garantias podemos ter de que um diagnóstico é realizado quando não encontramos dados suficientes de como o trabalho foi ou está sendo realizado?

Partindo desta questão vamos pontuar algumas falhas que aparecem no Programa Mamãe Coruja e posteriormente se reiteram no projeto mamãe canguru, são elas:

- ✓ A primeira delas, já mencionamos anteriormente: Como se tratava de um programa se não havia nada que tratasse da criação do mesmo?
- ✓ A outra questão que sucinta é que essa questão não parece ter sido levantada na Comissão de Leis, Cidadania e Bem estar social da Câmara de Vereadores de Giruá.

A primeira hipótese como resposta destas questões é compreender que o Programa mamãe coruja foi criado no primeiro ano, daquele governo e dado a ausência de experiência na administração pública de conhecimento das políticas públicas no início há sempre essa dificuldade. Verificamos que no segundo ano de governos o funcionamento e entendimento da administração pública, geralmente é melhor, por que já neste tempo conhecimento das condições objetivas do trabalho, das regras institucionais, das tarefas reais e diferentes atores envolvidos no decorrer deste processo.

Em nossa busca por responder nossa pergunta tema, que é saber se o projeto mamãe coruja é um facilitador da formação de vínculos das mães participantes e de seus bebês, esbarramos na ausência de dados sobre como o projeto era e é trabalho.

Em 2016 teremos a informação divulgada no site da prefeitura municipal informando como se daria o trabalho naquele ano, é o primeiro ano que tal informação parece melhor detalhada a toda a comunidade, há a informação de quem serão as pessoas envolvidas no trabalho, quais assuntos serão abordados no encontro etc. Consideramos que esse avanço no detalhamento das informações se dá pelo tempo transcorrido de 5 anos do início do primeiro trabalho. Encontramos a seguinte informação na notícia da divulgação do programa:

tem como objetivo realizar ações de educação em Saúde, orientando às gestantes sobre todas as fases de gestação, tão importantes na vida da mulher e das pessoas que a cercam. Também tem o compromisso de aproximar a gestante da sua Unidade de Saúde, sendo que as palestras de cada encontro são ministradas por profissionais de saúde do município, aumentando o vínculo entre as usuárias e os profissionais.

O que seriam estas ações de educação em saúde? De acordo com a própria notícia, seriam orientações sobre os cuidados com a gestação, na lista das atividades a serem desenvolvidas encontram-se o seguinte:

Orientações gerais às gestantes;
Atividades físicas na gestação;
Importância do Pré-natal;
Vacinação da Gestante e calendário vacinal do bebê;
Hábitos alimentares na gestação e introdução a alimentação do bebê;
Amamentação;
Intercorrências durante a gestação;
Cuidados com o RN e com a puérpera (Pré-natal, exames laboratoriais, testes do pezinho, orelhinha, olhinho);
Planejamento familiar;
Saúde Bucal da gestante e do bebê;
Visita a Maternidade. (SITE OFICIAL PREFEITURA MUNICIPAL DE GIRUA, 2016).²⁴

No que se refere as atividades desenvolvidas, destacamos que exceto os “hábitos alimentares na gestação e a introdução a alimentação do bebê” e “saúde bucal”, que foram atividades trabalhadas por nutricionista e profissional da odontologia, todas as demais atividades foram desenvolvidas por profissionais da enfermagem, aparecendo o trabalho interdisciplinar tão importante no trabalho do SUS. É importante dar destaque ao trabalho em

²⁴ Verificar anexos.

equipe, por como sabemos o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, que por sua vez, determinava quem, como e onde seriam atendidas as pessoas e quais as enfermidades seriam priorizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em Saúde Pública, de forma basicamente vertical e não obstante, autoritária. A figura deste tipo de conhecimento não nos serve mais quando falamos em saúde pública, principalmente no cuidado com as mulheres e crianças. É preciso que os vários saberes sejam respeitados, inclusive e principalmente das pessoas que procuram por atendimento.

O modelo vigente hoje na saúde pública instituiu a criação de vínculos e de compromissos, e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A estratégia de saúde da família, conforme citado em documentos do Ministério da Saúde, modificou o modelo assistencial através da “mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a base assistencial em novas bases e critérios”. Ainda segundo o Ministério da Saúde, essa estratégia possibilitou focalizar o trabalho na atenção à família, a partir do ambiente onde estas vivem, dessa maneira foi possível um melhor entendimento do processo saúde-doença, direcionando as intervenções para um conteúdo político social que consiga transformar as ações de melhoria das condições de vida da sociedade como um todo. É por isso que julgamos importante compreender como é realizado o trabalho do atual mamãe canguru, pois, aparentemente, o trabalho parece-nos em essência, desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção, vigilância da saúde, cuidados básicos do pré-natal o que poderia garantir melhores níveis de saúde e qualidade de vida para as mulheres gestantes e seus futuros bebês.

2016, foi o último ano do “Programa Mamãe Coruja” e também período eleitoral que culminou na mudança de governo do município e conseqüentemente na mudança do nome do projeto em questão. Quanto a isso é possível de saída dizermos o óbvio: a intenção de continuidade de uma ideia, ação, programa ou projeto choca-se sempre com as mudanças de entendimento que cada governo tem, entende e pratica seu trabalho.

Então, temos em 2017 a alteração do nome, de programa mamãe coruja, passou a ser nominado como “Projeto mamãe canguru”. A retirada do “programa” do nome, parece fazer

sentido se observamos que não havia nenhuma lei instituindo a criação de um programa nestes moldes, mas a mudança de “coruja” para “Canguru” permite levantar a hipótese de que em se tratando de política pública, as vezes os interesses da **Policy**: aquela que diz respeito aos condicionantes e atores envolvidos, fala mais alto do que o interesse pelo bem comum, proposto tanto por Arendt quanto por Habermas, como um sentido mais amplo de respeito a igualdade das pessoas e do bem coletivo, daquilo que a sociedade precisa para avançar. Há na cultura popular, tanto de Giruá, quanto do país que não se pode dar continuidade a alguns projetos ou programas, ou é preciso mudar o nome para que não seja associado a outros governos ou pessoas, e isso é uma ideia baseada num certo revanchismo político que pouco acrescenta a sociedade, como bem pontua Capra, 2000, p, 26, “não é preciso se desfazer de tudo, mas, antes disto, é preciso estar disposto a questionar tudo”. Antes de se desfazer é preciso diagnosticar onde e por que alguns programas ou projetos não deram certo.

Passados quase dez anos da funcionalidade do programa mamãe coruja e projeto mamãe canguru no município, é chegada a hora de questionar os dados, os números, os erros e acertos, a fim de ampliar e melhorar o trabalho. É o que pretendemos analisar a partir de agora.

4. 2 Para além dos nomes: O que a Coruja e o Canguru nos contam?

Ao longo da história muitas culturas têm se relacionado com corujas a sua maneira, os romanos, por exemplo, costumavam chamar as corujas de Estriges, que significa Bruxa. Acredita-se em muitas regiões de nosso país que as corujas anunciam a morte quando voam sobre a casa de alguém doente e então, antecipariam desgraças com seu canto. Guimarães Rosa deu outra versão a Coruja “A coruja não agoura: o que ela faz é saber os segredos da noite”. Acredita-se que a expressão “mãe coruja” tenha nascido de uma fábula, que foi difundida no Brasil por Monteiro Lobato “A coruja e a Águia”:

A Coruja e a Águia, depois de muita briga, resolveram fazer as pazes.
— Basta de guerra — disse a Coruja. O mundo é grande demais, e tolice maior que o mundo é andarmos a comer os filhotes uma da outra.
— Perfeitamente — respondeu a Águia. Também eu não quero outra coisa.
— Nesse caso, combinemos isso: de agora em diante não comerás nunca os meus filhotes, disse a Coruja.
— Muito bem, respondeu a Águia. Mas como posso distinguir os teus filhotes?
— E a Coruja: Coisa fácil. Sempre que encontrares uns borrachos lindos, bem feitiños de corpo, alegres, cheios de uma graça especial, que não existe em filhote de nenhuma outra ave, já sabes, são os meus.

— Está feito! — concluiu a Águia. Dias depois, andando à caça, a Águia encontrou um ninho com três monstrenhos dentro, que piavam de bico muito aberto. — Horríveis bichos! — disse ela. — Vê-se logo que não são os filhos da Coruja. E comeu-os. Mas eram os filhos da Coruja. Ao regressar à toca a triste mãe chorou amargamente o desastre e foi ajustar contas com a rainha das aves. — Quê? — disse esta admirada. — Eram teus filhos aqueles monstrenginhos? Pois, olha, não se pareciam em nada com o retrato que deles me fizeste... (MONTEIRO LOBATO).

Como toda fábula há uma moral da história que indicaria que aos olhos da mãe, todos os filhos seriam perfeitos, belos, os mais amados etc. Na psicologia, compreendemos perfeitamente por que essa moral é importante, por que dá as crianças a possibilidade de ser sujeito fora do corpo da mãe, os “monstrinhos” que nascem amassadinhos, costumam ser para suas mães, pais e demais familiares os mais lindos do mundo e é graças a essa suposição de que há um sujeito ali, que os bebês são capazes de iniciar seu processo de estruturação subjetiva.

Os cangurus por sua vez, costumam serem adjetivos para mães e pais por carregar os filhotes em sua bolsa após o nascimento, isso se deve por que o período gestacional dura de 33 a 38 dias e então ao nascerem são pouco mais do que embrião e terminam seu desenvolvimento nas bolsas de suas mães, onde passam vários meses até estarem prontos para explorar o mundo sozinhos.²⁵

Estas curiosidades nos revelam como a cultura popular se insere também nas políticas públicas, de certa forma, quando percebemos que o folclore interage com o conhecimento formal pode perceber que há uma intenção de uma saúde pública versada na ideia da participação social, o problema é quando a intenção vai de encontro aos interesses dos que têm a saúde como negócio (como mercadoria) Exatamente por isso, no artigo “A humanização como dimensão pública das políticas de saúde”, Regina Benevides e Eduardo Passos – respectivamente, coordenadora e consultor da “Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão de saúde” (PNH), do Ministério da Saúde, em 2003 e 2004 examinam a humanização

²⁵ Recentemente, iniciou-se um debate nacional sobre o que está se chamando de “Geração Canguru”, que são os filhos adultos que demoram a sair da casa dos pais. Para além da romantização que o debate trouxe, caberia o questionamento sobre os motivos dessa mudança no comportamento de uma geração: Ausência de seguridade nos trabalhos, custo de vida alto etc. Mas quando a questão não é financeira e segundo o IBGE a maioria da Geração Canguru é composta por homens, vale questionar a dependência masculina das mulheres e a ausência de uma educação igualitária para criar não só mulheres conhecedoras de seus direitos, mas homens capazes de perceber que muitos de seus comportamentos são expressão de uma “masculinidade tóxica”, fruto de uma sociedade patriarcal.

como experiência concreta, na relação do Estado capitalista com as políticas públicas. E concluem a partir de uma análise foucaultiana do poder que “não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde, sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo”. E salientam que “esta tarefa não é simples, já que o pensamento no século 20 foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista, que deve agora ser retomada, para que possamos nos reposicionar” (BENEVIDES e PASSOS, 2005a, p. 561). Em outras palavras, a ideia de humanizar as políticas de atenção básica, de acolhimento as gestantes vão muito além de apenas nomeá-las a partir da cultura popular, é preciso conhecer intimamente a população atendida, e por isso vamos falar de como o projeto se configura atualmente, pois temos como intencionalidade compreender quem são as mulheres atendidas.

No dia 19 de junho de 2019, solicitamos junto a prefeitura municipal de Giruá, representado na figura do prefeito o seguinte: cópia física de todos os documentos (projetos de lei, leis, contratos, lista de chamadas, presenças, atividades desenvolvidas, pessoas envolvidas, etc) do Projeto Mamãe Canguru (Mamãe Coruja) se houver, as quais devem ser fornecidas dentro do prazo legal.²⁶

No dia 31 de julho de 2019, obtivemos a seguinte resposta por meio do Ofício nº 53/2019:

Ao cumprimentar cordialmente, vimos por meio deste informar que o Projeto Canguru, desenvolvido pela Secretaria de Saúde, algumas informações que temos, consta do ano de 2017, 2018, 2019. Informo que dos anos anteriores este projeto com denominação Mamãe Coruja não foram localizados dados referente ao projeto. (OFICIO Nº 53/2019 – SIC).

Nesta resposta já observamos que de um governo para outro, não foram repassadas as informações sobre o trabalho que vinha sendo realizado e quais seriam os motivos para isso? Acreditamos que neste caso, tratou-se de uma prática comum no setores públicos, ou seja, não se registram informações e quando registram-se ao fim dos mandatos de um governo os documentos simplesmente desaparecem, em ambos os casos, vale lembrar que “servidor público é quem trabalha para a administração pública em caráter profissional, não eventual, sob vínculo ou subordinação e dependência, recebendo remuneração paga diretamente pelos cofres

²⁶ Solicitação anexada a dissertação.

públicos” (DALLARI, 1989, p, 15 – 17). Sabemos que o ingresso desse servidor acontece de maneira formal, por meio de regras estabelecidas que tratam dos concursos públicos, porém, há outras formas de ingresso no serviço público e formas diversas de vínculo empregatício, como o concursado, o ocupante de cargo de confiança e o prestador de serviço contratado por terceirização. De modo geral, aqueles que são concursados possuem e devem possuir a ética como base de seu fazer e zelar pelo bem público, mas o que observamos é que quando se criam programas ou projetos, geralmente os responsáveis pela coordenação do mesmo são vinculados ao cargo através da função de confiança, não há nada de errado nisso, mas há uma quebra de um governo para outro e normalmente leva-se um tempo considerável para que os mesmos se inteirem de como funciona a administração pública, no decorrer dessa inteiração algumas coisas se perdem e outras acabam não sendo registradas. Também, ao fim de cada governo, o quesito ética e transparência precisa ser reforçado, a fim de que os trabalhos, os registros não se percam no meio do processo de passar de um governo a outro.

No que se refere ao projeto Mamãe Canguru, os dados disponibilizados tratam apenas dos projetos e de uma tabela do cronograma das atividades, por isso nossa análise também não consegue ser detalhada de tal forma que possamos avaliar o papel deste na subjetivação das mulheres durante a gestação, mas algumas informações das informações nos disponibilizadas são bem interessantes, como o que segue abaixo:

Objetivo Geral: realizar grupo de educação em saúde, direcionado as gestantes e seus companheiros ou acompanhante de sua preferência. Salientamos que os objetivos específicos é orientar sobre a gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido; propor espaço interativo para a troca de experiencias entre a gestante e o profissional de saúde.

Observamos aqui uma alteração quando comparado as informações encontradas sobre o programa Mamãe Coruja, não havia participação do companheiro ou acompanhante da mulher gestante nos encontros do grupo, considerando a própria lei do acompanhante na hora do parto, essa é uma alteração importante para a promoção de vínculos saudáveis na família com o nascimento de um bebê.

Quanto aos recursos utilizados para a realização do trabalho, de 2011 até 2017 não há alteração nos profissionais envolvidos: enfermeiras, nutricionista, Oodontóloga, Educadora Física. A partir de 2018 é incluída fonoaudióloga. E em 2019 teremos a inclusão da uma psicóloga, entretanto, ao verificar o quadro com o cronograma observamos que não há nenhuma

atividade realizada pela profissional da psicologia.²⁷ Consideramos essa inclusão extremamente importante e embora ainda não apareça seu trabalho detalhado, temos a compreensão de que ao ser incluída no processo de trabalho da equipe do Mamãe Canguru, há um novo caminho que o próprio projeto pretende seguir a partir de agora, da mesma forma, a inclusão de uma fonoaudióloga remete-nos a pensar que a linguagem e a escuta das gestantes e posteriormente os aspectos de aprendizagem da fala dos bebês poderá ser observada no decorrer do projeto. Cabe aqui a sugestão de que o projeto poderia estender ou criar uma parceria com outros como projetos como o PIM – Primeira Infância Melhor, com a intencionalidade de acompanhar as mães e o desenvolvimento das crianças após a participação no Mamãe Canguru. Ao observar o manejo do trabalho ao longo dos anos, pode-se notar que as questões de saúde física das gestantes ganharam um espaço considerável no trabalho e em contrapartida a parte subjetiva, fundamental nessa etapa de elaboração de um novo tempo para as mulheres, acabou por ser deixada de lado, por isso, a inclusão de alguém da psicologia é elogiável.

Sabemos que durante a gestação, as mulheres estão vulneráveis, expostas a muitas exigências externas e internas. Neste período a mulher negocia uma espécie de reorganização corporal, pois além a “invasão de um ser dentro de si”, ela passa a ser afetada pelas questões bioquímicas, hormonais, familiar e social que a faz ficar propensa a uma série de sentimentos. De acordo com BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006, “a ansiedade é um componente emocional que acompanhar todo o período gestacional e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida”. Não há como realizar um grupo de gestantes sem levar em consideração a importância de trabalhar estas questões e de ter a profissional adequada para realizar a escuta deste período, seus afetos, medos, angústias e alegrias.

A gestação é um período que envolve grandes mudanças biopsicossociais, há transformações para além do corpo gestacional, há alterações reais na vida das mulheres e estas mudanças são intensas e ocorrem diariamente e essas sensações não acabam quando ocorre o parto, pois as questões se reatualizam. O parto por sua condição abrupta dispenderá novas angústias. No nascimento dos filhos, as mulheres passam a lidar com o desconhecido, ecom

²⁷ Anexo, Edição 2019 – Cronograma.

algo que pode ser doloroso e também irão vivenciar o momento inaugural de concretude da relação mãe-filho – não há como escapar da angústia neste período

É neste turbilhão de sensações que julgamos ser importante um projeto que trate das questões orgânicas, hormonais, mas julgamos necessário que o papel da psicologia seja valorizado neste processo, uma vez que a informação, mesmo clara, objetiva e adequada, não é em si suficiente para a sensibilização pessoal. Ela passa, necessariamente, pelo crivo das representações sociais, dos sentidos e dos significados já existentes. Nessa perspectiva, os trabalhos realizados em grupo podem constituir-se mecanismos facilitadores para o surgimento de reflexão e da tomada de consciência de aspectos importantes envolvidos no dia a dia das pessoas que normalmente passam despercebidos por elas. Um trabalho com grupo de gestantes é um exercício de disponibilidade ao outro e humanidade, pois para escutar desde as emoções mais simples até os questionamentos mais complexos, faz-se necessário despir-se de preconceções acerca da maternidade. Além disso, o trabalho grupal implementado de modo criativo e com escuta adequada proporciona um clima de aceitação e ânimo durante a discussão e reflexão sobre as questões apresentadas, um exemplo disso, é imaginar que se o amor materno não é algo inato e precisa ser construído na relação mãe/bebê é preciso que o espaço para falar sobre o medo de não amar o bebê, exista, e que haja ética no fazer dos profissionais envolvidos.

Sendo assim, entendemos que um grupo é um espaço de compartilhamento e construção conjunta de sentidos. Ao se tomar a produção de sentidos como processo dialógico, a intervenção grupal tem por objetivo facilitar a emergência de novas percepções sobre fatos, acontecimentos, e situações cotidianas. O grupo, precisa acolher mulheres de diferentes pensamentos, conhecimentos, situação econômica etc, pois assim, permite que a diferença apareça. E é a diferença que permite o encontro e o reconhecimento da identidade. Todos os dias, aprendemos sobre novos papéis sociais, inclusive o de ser mãe. O trabalho ligado a um projeto como mamãe coruja deve possibilitar às gestantes ressignificar a experiência social e exercitar o respeito a si próprias e ao outro.

Quando a criança, especialmente em fins do século XVIII, adquiriu um valor mercantil, ou seja, a sociedade europeia da época percebeu na criança potência como uma riqueza econômica. O ser humano converteu-se numa bem precioso para o Estado, não só porque produzia riquezas, mas também porque é uma garantia de seu poderio militar. Em consequência,

toda perda humana passa a ser considerada um dano para o Estado, conforme aponta Badinter (1985, p. 159) a criança:

se transforma num investimento lucrativo para o Estado, que seria tolice e "imprevidência" negligenciar. Essa nova visão do ser humano em termos de mão-de-obra, lucro e riqueza, é a expressão do capitalismo nascente.[...] o homem é ao mesmo tempo o último termo e o instrumento de toda espécie de produto; e mesmo considerado apenas como um ser que tem um preço, é o mais precioso tesouro de um soberano.

É neste momento, que o estado percebe que a melhor maneira de diminuir os altos índices de mortalidade infantil era transferindo a responsabilidade de cuidar dos seus filhos, para as próprias mães, fazendo com que elas se reposicionassem frente a maternidade. Passados séculos desde a mudança de paradigma da maternidade, nos perguntamos qual o alcance das políticas públicas como mecanismo possibilitador de vínculos, cuidado, acolhimento e principalmente como meio onde as mulheres possam se ver na gestação como capazes de cuidar de seus filhos? Será que um projeto como mamãe canguru consegue ajudar uma mulher em seu percurso identitário como mãe?

Durante esse trabalho, nos perguntamos o tempo todo sobre isso e percebemos algo importante, primeiro que a ideia de amor materno institucionalizou em todas as mulheres a ideia de que elas precisam ser mães, tanto é assim, que ainda hoje não debatemos a importância de políticas públicas sobre o aborto, socialmente, preocupam-se tanto com a vida, mas tão pouco com a vida das mulheres que morrem em lugares onde o aborto é feito de maneira clandestina. Não há como avançar na própria ideia de maternidade, se não debatemos a importância da vida das mulheres, não basta incluir gênero no debate, é preciso incluir e dar voz a quem de fato pode gerar uma criança. No projeto mamãe coruja, consideramos importante trazer os companheiros das mulheres para o grupo, uma vez que precisamos debater o papel do homem como pai e até mesmo como aquele que pode e deve realizar a função materna. Cuidar de uma criança não é tarefa exclusiva de uma mulher e está na hora de afirmarmos isso em políticas públicas, com aumento da licença paternidade e responsabilizando os homens no cuidado de seus filhos.

Outro ponto importante do alcance do projeto é estabelecer uma ideia de que as mulheres precisam serem cuidadas, não só na gestação, mas socialmente, é preciso olhar para aquelas que mais usam o SUS e que são chefes de família, que são senhoras de si, mas também são

senhoras da comunidade toda, colocadas no papel de cuidadoras. A escritora Kollontai (1982) afirma que a família patriarcal, na qual o homem aparentemente é o responsável por trabalhar e sustentar a casa, e a mulher por cuidar da casa e educar os filhos, destrói-se sozinho onde impera o capitalismo, uma vez que uma das principais características desse modelo econômico é propiciar a difusão do trabalho assalariado da mulher, a mulher também é mão de obra, que traz lucros e colabora para a mudança na estrutura familiar atualmente. Então, como falar do alcance subjetivo das mulheres em relação aos seus filhos sem analisar como nossa sociedade transformou-se?

Por fim, deixamos como sugestão a novos trabalhos, a escuta das mulheres que fizeram parte deste projeto, uma vez, que ao fim de nossa pesquisa julgamos que essa escuta fará com que seja possível visualizar de forma mais clara o papel das políticas públicas no dia a dia das mulheres gestantes . Também, consideramos de extrema necessidade que as informações dos trabalhos desenvolvidos no município estejam disponíveis a população com maiores detalhes do que hoje é encontrado. Se há algo que a análise do programa mamãe coruja e projeto mamãe canguru nos ensinou é que quando se trata de dizer sobre a maternidade é preciso escutar aquelas que sabem do assunto: as mães.

CONCLUSÃO

Aprendemos que as mulheres são a maioria da população brasileira (51,5%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que costumam frequentar os serviços de saúde para o seu próprio atendimento e, sobretudo, acompanhando crianças, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos e outros familiares. As mulheres são cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. Entendemos que a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos e no entanto, é preciso que se reafirme todos os dias a necessidade de que programas voltados a saúde da mulher precisam levar em consideração o quesito: gênero .

Ao serem as mulheres as usuárias mais assíduas e comprometidas com a família é preciso então compreender os laços familiares, e como se estabelecem as relações sociais a partir do olhar da mulher, uma vez que as leis e políticas públicas não escapam as questões próprias de cada tempo em que são criadas, lembramos do caso da lei maria da penha e do feminicídio, foi preciso que a voz das mulheres pudesse ser ouvida para que estas leis fossem criadas, não esqueçamos que circulou culturalmente em nosso país o mito da “defesa da honra”, que consistia em: um homem, na condição de marido, poderia matar a esposa para “lavar sua honra” caso este fosse traído por ela, mais do que individual, a violência doméstica no Brasil representava e representa um fenômeno social. Apesar da honra a vida das mulheres era tirada e os homens poderiam usar isso no tribunal para reduzir a pena. Até meados dos anos de 1920, essa defesa era tranquilamente aceita.

Assim, para que tivéssemos políticas voltadas as mulheres, foi preciso ultrapassar a barreira do privado, da vida privada, sempre nos perguntamos: privada do que? Onde por muito tempo a “privacidade” foi privação de direitos, podemos lembrar que no código civil em 1916, mulheres casadas eram consideradas “incapazes” e não podiam assinar qualquer documento sem a autorização do marido. Então, no âmbito da saúde, ao compreender que são as mulheres a parcela da população que mais frequenta o SUS, podemos entender como socialmente a desvalorização da saúde pública está simbolicamente relacionada com a própria desvalorização da mulher, como a célebre frase de Simone de Beauvoir “basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados”.

No campo das políticas públicas, cabe ainda dizer que se existe uma parcela da população brasileira ou grupos que não estão sendo atingidos por políticas públicas, significa que diretrizes como universalização e integralidade não são reconhecidas como importantes e existem pessoas que são descartáveis. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher permitiu que muitos avanços fossem concretizados, que o próprio SUS entendesse a dimensão de gênero como fundamental para ampliar o alcance das políticas públicas.

No que se refere a maternidade, decorrer dos séculos, as representações culturais de maternidade possibilitaram às mulheres entenderem aquilo que são e devem fazer enquanto mães, por meio de diferentes discursos que circularam na sociedade. A história da maternidade é um tema vasto, que diz respeito a vários domínios e campos do saber – à história das mulheres e do gênero, à história política, à história social, à história cultural, dentre outros. Pautar a maternidade como tema de pesquisa é compreender que as mulheres exercem papel fundamental no desenvolvimento da sociedade.

Ponto importante que ainda precisa ser debatido é que não há como compreender a maternidade sem levar em conta as questões e representações sociais vigentes em cada época, ao se excluir o contexto histórico e social, passamos a admitir que esta experiência se constitui fora da esfera social – o que não acontece. A maternidade é expressão humana, e que se constitui a partir de relações sociais.

Nossa pesquisa teve como tema norteador as políticas públicas e nelas encontramos a possibilidade de despertar um novo entendimento do papel destas na construção da noção atual de maternidade e de feminino, embora fiquem dúvidas se atingimos o objetivo norteador deste trabalho, não resta dúvida de que ao termina-lo a vontade de seguir a pesquisa é enorme, mas por outro viés, escutando as mulheres e compreendendo a importância das políticas voltadas a sua saúde e a saúde de sua gravidez e bebê.

No primeiro capítulo, abordamos conceitualmente as políticas públicas, realizamos um resgate histórico sobre o SUS e entendemos conceitos fundamentais dentro das ações públicas: universalidade e integralidade. No segundo, buscamos abordar a história da mulher, sua relação com o mundo, seus conflitos, suas conquistas e lutas e adentramos na questão da maternidade, dando destaque a ideia de que o amor materno não é inato e que os vínculos entre mães/filhas/filhos precisa ser construído e para isso as políticas públicas podem contribuir. No

nosso terceiro capítulo, resgatamos a história do Programa Mamãe Coruja e do Projeto Mamãe Canguru, projeto este que norteia nosso trabalho. Destacamos seu caráter informativo e questionamos os desencontros documentais, a ausência de registro e de como isso interfere na noção de transparência, não há como realizar um pesquisa mais a fundo sobre a possibilidade do projeto ser mecanismo onde para uma mãe reconhecer-se como mãe, se os dados públicos são praticamente inexistentes. Um dos papéis do pesquisador é apontar as inconsistências dos projetos que pesquisa e de seu próprio percurso para chegar ao ponto de concluir um trabalho.

Neste percurso, de conhecer o campo das políticas públicas, um dos esclarecimentos mais importantes adquirido no processo foi o entendimento de que não há como entender o campo sem conhecer as intencionalidades de governo, e é possível conhecer as intencionalidades analisando documentos, observando o que fica de fora e o que ganha prioridade. Em tempos de grandes perdas no campo social, dentro do SUS, percebemos ao finalizar este trabalho que não basta defender as ações, os programas, os projetos e o próprio Sistema Único de Saúde, é preciso conhecer seu funcionamento, observar os atores envolvidos no processo e levar aqueles que mais se utilizando sistema as informações, corretas, baseadas nos dados e na ciência, pois na batalha cultural atual, o que mais precisamos como pesquisadoras é defender a ciência e estabelecer novamente seu papel como fio condutor de uma sociedade justa e democrática. Se há algo que aprendemos com este trabalho é que não basta abrir os olhos toda manhã, é preciso acordar e persistir. Pesquisa é conhecimento e persistência.

REFERÊNCIAS

- AIRÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. Tradução de Dora Flaksman. LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 1981 2ª Edição.
- ARENDT, Hannah. A condição humana. 13 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2017
- _____, A dignidade da Política, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2006.
- _____, Entre o passado e o Futuro, 3. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- _____, O Que é Política? Fragmento de 1950.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BADINTER, Elizabeth. Um amor conquistado: O mito do amor materno; Tradução de Waltensir Dutra. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, 2ª Edição.
- BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes, PISC- Revista de Psicologia do Vetor Editora, v.7, n°1, p. 40-41, jan./jun., 2006.
- BENEVIDES BR & PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília. 2000.
- BOBBIO, N. Dicionário de política. Coordenação e Tradução João Ferreira. Revisão Geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. v. 1.
- BUCCI, M. F. D. Do conceito de política pública em direito. In: _____. Direito Administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____, Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento Previsto em lei em Situações de violência sexual. Brasília, DF, 2008. Disponível em: .
- BRASIL. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. 1994.
- _____, **Análise de Situação em Saúde.** Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças

transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, **Atenção ao pré-natal de baixo risco** - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____, **Diretrizes nacionais de atenção a gestante: operação cesariana Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de atenção a gestante: operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

_____, **Gestação de alto risco: manual técnico Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____, **Guia de Vigilância do Óbito materno**: Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância do Óbito materno. Normas e Manuais Técnicos Tiragem: 1.^a edição – 2009.

_____, LEI nº 1459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha.

_____, LEI nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____, LEI nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência **no** âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____, LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____, **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- BRUM, Eliane. Uma Duas. São Paulo: Leya, 2011, 176 p.
- BRUYNE, Paul De; HERMAN, Jacques; & SCHOUTHEETE, Marc De. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais, Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 5ª ed., 1991.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e Políticas Públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas e VITALE, Maria Amalia Faller. Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. 5ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.
- COSTA, Ana Maria Medeiros da. A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998. 136 p.
- _____. Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência. Rio de Janeiro: Relume Damará, 2001. 172 p.
- CHANTER, Tina. Gênero; Conceitos-chaves em Filosofia/ Tina Chanter. Tradução Vinícios Figueira; revisão técnica Edgar da Rosa Marques – Porto Alegre; Artmed, 2011.
- CHAUÍ, M. Repressão sexual, essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CLICRBS TV. Encontrado em <<http://wp.clicrbs.com.br/santarosa/tag/girua/>> acessado em 10/02/2019
- ECO, Umberto. Como se faz uma tese, São Paulo: Perspectiva, 1977
- ELIACHEFF, Caroline; HEINICH Nahtalie. Mães-filhas: uma relação a três. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 338 p.
- FRASER, Nancy - O feminismo, o capitalismo e a astúcia da história. In: Revista Mediações da História. V. 9, 2009.
- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I - a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque 13.a Edição. EDIÇÕES GRAAL Ltda, Rio de Janeiro.
- FREITAS, Leana Oliveira. R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 113-122, jan./jun. 2015. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00113.pdf>>.
- FREITAS, GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- GUBA, Egon G e LINCOLN, Yvonna S. Paradigmas Em competência em la investigación cualitativa. Encontrado em <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicIII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf> Acesso em 02/05/2019.
- HABERMAS, Jurgen. Direito e democracia. Entre Facticidade e realidade I. Rio de Janeiro; Tempo Brasileiro, 2003.
- _____, Teoria do Agir Comunicativo. Racionalidade da Ação e Racionalização Social. São Paulo. Martins Fontes, 2017b.

JAMESON, F. Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio. São Paulo, Ática, 1996.

JERUSALINSKY, Alfredo. Desenvolvimento e Psicanálise. In: Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Trad. Diana Myriam Lichtenstein. 3ª edição – Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

KEHL, Maria Rita. O desejo da realidade. In: NOVAES, Adauto. O desejo. São Paulo: Companhia das letras, 1990. p. 363-382.

KOLLONTAI, Alexandra. A Família e o Estado Socialista. In: A Crise da Família: marxismo e revolução sexual. São Paulo: Global, 1982.

LACAM, Jacques. O seminário, livro 10; a angústia/ Jaques Lacan; texto estabelecido por Jaques- Alain Miller; Tradução Vera Ribeiro – Rio de Janeiro, Zahar, 2005.

LIBERATI, W. D. Políticas Públicas no Estado Constitucional. São Paulo: Atlas, 2013

MARSH, D.; FURLONG, P. A Skin, not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Science. In: MARSH, D.; STOKER, G. Theory and Methods in Political Science. New York: Pallgrave MacMillan, 2002.

MEIRA, A. da C. (2010). Dos impasses da maternidade a uma verdade indizível: uma leitura psicanalítica sobre a feminilidade. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MICHELET, J. A mulher. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, S. M. S. R; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. Psicologia, Ciência e Profissão. 2004, v.24, n.1, p. 44-55.

MONTEIRO, Lobato. A Fábula A Coruja e a Águia.

NASCIMENTO, Cecília Vieira, OLIVEIRA, Bernardo, J. cadernos pagu (29), julho-dezembro de 2007:429-457. In: Scielo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Biblioteca Virtual.

PERROT, Michelle. As mulheres ou os silêncios da história. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2005.

PORTO, Uelton Carlos, FILHO, Renato Soares de Melo, NETO, José Duarte. O Desenvolvimento Sustentável e as Políticas Públicas de Sustentabilidade: Uma análise do documento “our common future” In: Direito, Políticas Públicas e Sustentabilidade: Temas atuais. Elisabete Manigila. Organizadora, 2011.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Encontrado em <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas-municipais-2018/>> acesso em: 22/05/2019.

RELATÓRIO FINAL CONFERÊNCIA NACIONAL SAÚDE E DIREITOS DA MULHER. Acessado em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/03mar17_Relatorio_1CNSMulheres.pdf> Acessado em 08/05/2019

ROSSI, Pedro, DWECK, Esther. O discurso econômico da austeridade e os interesses velados. In: O ódio como política: a reinvenção da direita no Brasil/Luiz Felipe Miguel ... [et al]; Organização Esther Solano Gallego; [Ilustração Laerte, Luiz Gê, Gilberto Maringoni]. I ed. São Paulo, 2018, Boitempo.

ROUDINESCO, Elisabeth. Théroigne de Méricourt: uma mulher melancólica durante a revolução. 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SAWAIA, Bader. Família e Afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, Ana Rojas e VITALE, Maria Amalia Faller. Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. 5ª edição. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

SECCHI, L. Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de análise; Casos Práticos. 2. ed. São Paulo. Cengage Learning, 2013.

SOUZA, EM, Grundy E. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1354-60.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas. Encontrado em <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>> acessado em: 15/01/2019.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma Categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, vol.16 n°2, Porto Alegre, jul./dez.1990, p.5.

SCOTT, Joan W. História das Mulheres. In BURKE, Peter. (org) A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo, Unesp, 1992 p.89.

SITE OFICIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GIRUÁ. Encontrado em: <<https://www.girua.rs.gov.br/site/conteudos/265-saude>>. Acessado em 20/01/2020.

SITE OFICIAL IBGE. Encontrado em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/girua/panorama>> Acesso em 21/01/2020

SZEJER, M., & STEWART, R. (1997). Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TODOROV, Tzvetan. O espírito das Luzes. Trad. Mônica Cristina Corrêa. São Paulo: Barcarolla, 2008.

WINNICOTT, D. W. (2000). Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. (D. Bogmoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

ANEXOS

LEI MUNICIPAL Nº 4635/2011

DE 28 DE DEZEMBRO DE 2011

Cria no Município de Giruá o Programa Municipal de Erradicação da Pobreza Extrema – Giruá sem Miséria

ÂNGELO FABIAM DUARTE THOMAS, Prefeito Municipal de Giruá, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e que sanciona a seguinte Lei.

Art. 1º É criado o Programa Municipal de Erradicação da Pobreza Extrema – Giruá sem Miséria (GsM), nos termos do anexo único desta lei, a ser desenvolvido pelo Governo Municipal de Giruá(RS), através da Secretaria Municipal de Promoção Humana (SMPH) – Casa da Família, e demais Secretarias Municipais, demais órgãos do Poder Executivo Municipal e colaboradores, buscando a identificação, a elaboração de estratégias e de linhas de ação, e a erradicação total da pobreza extrema no Município de Giruá.

Art. 2º A formação se dará através de um grupo multiprofissional, formado, no mínimo, por profissionais da área da psicologia, assistência social, pedagogia, jurídica, engenharia civil e enfermagem, atuando em rede, compartilhando experiências e conhecimento para que então se possa proporcionar o pleno atendimento aos objetivos propostos.

§ 1º O Programa contará com um Grupo de Apoio e com um Grupo Volante, para realizar o trabalho in loco, nos ambientes de convivência das famílias, compreendidos o diagnóstico, e, havendo orientação do Grupo Gestor, as próprias ações, respeitadas as habilidades e competências de cada um;

§ 2º Para formar o Grupo de Apoio, o Poder Executivo Municipal poderá contratar até 8 (oito) estagiários de nível superior, preferencialmente da área de Serviço Social, seguindo as rotinas previstas na legislação municipal que regulamenta o estágio remunerado;

§ 3º O Programa contará com um Grupo Técnico, composto pela equipe multidisciplinar do Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

§ 4º O Grupo Gestor será formado pela Direção da Casa da Família, como Coordenador Geral, por um dos integrantes do Grupo Técnico, como Coordenador Técnico, e pelo Secretário Municipal de Promoção Humana, como ordenador das despesas.

§ 5º Poderá ser formada uma equipe consultiva, de modo a contribuir de forma sugestiva ou propositiva, bem como fornecer informações acerca de quaisquer das ações ou etapas do Programa.

1 - A convite do Grupo Gestor, autoridades, lideranças e pessoas da comunidade, criteriosamente definidas, poderão integrar a equipe, cuja participação é meramente voluntária, sem formação de vínculo laboral ou obrigatoriedade de permanência, por exemplo.

Art. 3º O Programa estabelece como objetivos:

a) Mapeamento das famílias que vivem em extrema pobreza no município, assim classificadas aquelas cuja renda per capita seja inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) mensais, ou, excepcionalmente, em sendo superior, a intensidade da carência social estiver inviabilizando por completo a subsistência ou bloqueando as possibilidades de emancipação social;

b) Estabelecer uma estratégia de atuação a partir do conhecimento do perfil das pessoas que vivem em extrema pobreza no município de Giruá, realizando um levantamento completo das necessidades, considerando sempre indicadores de privações, como a insuficiência de renda, além dos fatores sociais, geográficos e biológicos;

c) Estruturar uma rede de apoio ao Programa, composta pelas entidades ligadas a Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Lazer, e congêneres, desde que estas formalizem a adesão ao Programa, assumindo os respectivos compromissos;

d) Definir claramente o combate a exclusão social, através de um plano individual para cada família contemplada neste projeto, levando em conta suas respectivas carências;

e) Garantir a resolutividade aos problemas de cada uma das famílias inseridas no Programa, a longo, médio e curto prazo, através de ações diretas e objetivas, que respondam efetivamente às necessidades verificadas (cultural, de informações, segurança alimentar, moradia, renda, noções básicas de cidadania, doenças graves, - psicossociais ou não - necessidades especiais, acesso aos serviços públicos (saúde, educação, assistência, etc), desemprego, abandono material, escassez de oportunidade ou mesmo de

acesso a estas, ausência de apoio familiar e/ou comunitário, dentre outros);

f) Comprometer os órgãos públicos e a sociedade civil organizada com o Projeto, seus objetivos e metas;

g) Assegurar a manutenção do foco principal do Programa, qual seja, a eliminação de toda e qualquer dificuldade, obstáculo, chaga ou vício social que esteja a impedir a progressão das famílias além da faixa de pobreza extrema, para que os próprios integrantes possam administrar uma nova fase da vida no máximo com o acompanhamento profissional do Grupo Técnico do Programa, para que a estratégia não caia na esteira do assistencialismo;

Art. 4º O Programa busca, sobretudo, os seguintes resultados:

- a) A emancipação social das famílias giruaenses;
- b) A drástica redução da pobreza extrema em nosso Município;
- c) Elevação de indicadores de aferição da qualidade de vida, tais como moradia digna, segurança alimentar, renda familiar, alfabetismo, educação, acesso a cultura/lazer/desporto, empregabilidade e ascensão profissional, prerrogativas cidadãs, entre outras;
- d) Elevar a renda familiar per capita;
- e) Ampliar o acesso aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem estar social;
- f) Ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva no meios urbano e rural;
- g) Garantir acesso da população mais pobre ao emprego, a educação, saúde, moradia, alimentação, abastecimento de água potável e energia elétrica.

Art. 5º Através da sua estrutura, seus propósitos, e suas ações, o Programa estabelece clara e definitivamente, a estratégia de atendimento a pobreza extrema em Giruá, com profissionais multidisciplinares desenvolvendo de forma articulada, transversal e em rede, nos conceitos da moderna gestão sistêmica, os trabalhos que se fizerem necessários para a consecução dos objetivos e metas.

Art. 6º No que couber, esta Lei será regulamentada por Decreto.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE GIRUA(RS), EM 28 DE DEZEMBRO DE 2011, 56º ANO DA EMANCIPAÇÃO

Ângelo Fabiam Duarte Thomas
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se no Mural da Prefeitura

Elaine de B Zimmermann
Secretária de Administração
Portaria nº 001/2010

Publicado no Mural da Prefeitura Municipal de Giruá, Imprensa Oficial do Poder Executivo - LM nº 4085/09, no dia 28 de dezembro de 2011

ANEXO UNICO

Programa Municipal de Erradicação da Pobreza Extrema - Giruá sem Miséria

Centro Administrativo Bruno Edgar Schwertz
Rua Independência, 90. Centro - Fone: (55) 3361-2000 / Fax: (55) 3361-1946
E-mail: administracao@girua.rs.gov.br - www.girua.rs.gov.br - Giruá/RS

Conforme o Plano Brasil Sem Miséria, elaborado pelo Governo Federal, hoje há 16 milhões de brasileiros cuja renda familiar per capita é inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) mensais. Deste total, 715.961 encontram-se na Região Sul, equivalendo a 4% da população brasileira em situação de extrema pobreza. Não há, até então, uma estatística oficial da parcela da população que vive em condição de extrema pobreza em Giruí, carência que será suprida já nas fases iniciais do Programa.

Muitas são as ações em curso, sobretudo na área da Assistência Social, buscando reduzir a incidência da pobreza extrema em nosso Município. Contudo, é condição inarredável para quem almeja resultados transformadores estabelecer uma linha de ação com base no total conhecimento da demanda. Por certo, sempre se pode afirmar que em Giruí existem dezenas ou centenas de famílias em condição de vulnerabilidade extrema, inclusive apontando algumas e sugerindo quais seriam as ações cabíveis em cada caso; da mesma forma, até se pode apontar alguns bairros ou localidades interioranas com maior incidência de miserabilidade. Porém, a base seria subjetiva, formada pela colagem de informações armazenadas ao longo dos anos, pelo senso comum, pela percepção e pelo vínculo mantido do Poder Público com estas famílias.

Contudo, como dito, precisamos conhecer a demanda com precisão, utilizando uma base de dados objetiva, criteriosa, que passará a nortear não somente as ações do Programa, mas estará a disposição das demais autoridades e entidade para melhor conhecimento da realidade sócio-econômica do nosso Município.

Neste Programa, serão elaborados três mapas: Mapa das condições atuais das famílias em vulnerabilidade (o diagnóstico), Mapa de necessidades (soluções aplicáveis ao diagnóstico encontrado), Mapa das oportunidades imediatas (o que já se tem, para solucionar as situações diagnosticadas), os quais definirão uma linha segura ao Programa e proporcionarão a formação e consolidação das estratégias de ação, o conhecimento de todas as oportunidades, abrangência e limites do Programa, e também a delimitação do caminho que as famílias precisarão seguir com seus próprios esforços (fase emancipatória), pois, assim que aplicada a solução para cada carência e cumpridos os objetivos idealizados, a prestar assistência material e psicossocial, por exemplo, ter-se-á por cumprido o planejamento, pois a cada um caberá a garantia da sua ascensão social (colocação no mercado de trabalho, geração de renda, manter-se ligado a rede pública, seguir as orientações do Grupo técnico do Programa, dentre outros).

FOCO DO PROGRAMA

Identificar e erradicar a pobreza extrema das famílias residentes no município de Giruí.

OBJETIVOS DO PROGRAMA

- Mapeamento das famílias que vivem em extrema pobreza no município, assim classificadas aquelas cuja renda per capita seja inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) mensais, ou, excepcionalmente, em sendo superior, a intensidade da carência social estiver inviabilizando por completo a subsistência ou bloqueando as possibilidades de emancipação social;
- Estabelecer uma estratégia de atuação a partir do conhecimento do perfil das pessoas que vivem em extrema pobreza no município de Giruí, realizando um levantamento completo das necessidades, considerando sempre indicadores de privações, como a insuficiência de renda, além dos fatores sociais, geográficos e biológicos;
- Estruturar uma rede de apoio ao Programa, composta pelas entidades ligadas a Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Lazer, e congêneres, desde que estas formalizem a adesão ao Programa, assumindo os respectivos compromissos;
- Definir claramente o combate a exclusão social, através de um plano individual para cada família contemplada neste projeto, levando em conta suas respectivas carências;
- Garantir a resolutividade aos problemas de cada uma das famílias inseridas no Programa, a longo, médio e curto prazo, através de ações diretas e objetivas, que respondam efetivamente às necessidades verificadas (cultural, de informações, segurança alimentar, moradia, renda, noções básicas de cidadania, doenças graves, - psicossociais ou não - necessidades especiais, acesso aos serviços públicos (saúde, educação, assistência, etc), desemprego, abandono material, escassez de

oportunidade ou mesmo de acesso a estas, ausência de apoio familiar e/ou comunitário, dentre outros);

- Comprometer os órgãos públicos e a sociedade civil organizada com o Projeto, seus objetivos e metas;
- Assegurar a manutenção do foco principal do Programa, qual seja, a eliminação de toda e qualquer dificuldade, obstáculo, chaga ou vício social que esteja a impedir a progressão das famílias além da faixa de pobreza extrema, para que os próprios integrantes possam administrar uma nova fase da vida no máximo com o acompanhamento profissional do Grupo Técnico do Programa, para que a estratégia não caia na esteira do assistencialismo;

AÇÕES PRÁTICAS

- Transferência de renda;
- Entrega de alimentos;
- Qualificação pessoal e profissional;
- Inclusão em programas de reformas, ampliação e construção de novas moradias;
- Acesso ao emprego, inclusive com formação de 'frentes de trabalho', de caráter comunitário, com serviços prestados aos próprios ambientes onde vivem as famílias;
- Fornecimento de itens do vestuário, mobiliário mínimo e kits de higiene pessoal;
- Verificações completas de saúde (check-ups), nos integrantes da família, inclusive exames* específicos a saúde da mulher, do homem, infantil;
- Garantia de vagas na rede municipal de ensino, para crianças, jovens e adultos;
- Assistência odontológica, pediátrica, ginecológica e geriátrica completa;
- Garantia de isenção total, até a cota limite de 10% dos assentos, a eventos privados culturais, educacionais, esportivos, de lazer e/ou entretenimento que venham a se realizar no Município;
- Garantir o imediato acesso ao abastecimento de água e energia elétrica;
- Incluir as famílias nos serviços, programas, projetos e benefícios oferecidos pela Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, locais;
- Integração a Programas como CRAS, CREAS, PETI, PIM, GAP, MAMÃE CORUJA, ACS, AECid, entre outros;
- Inclusão destas famílias no CADÚnico, priorizando-as em Programas como o Bolsa-Família, por exemplo;
- Inclusão das famílias em uma linha de atendimento prioritário em todo e qualquer programa, ação, rotina ou serviço público a disposição dos munícipes;
- Fiscalização relativa ao atendimento que caiba as outras redes, órgãos, programas ou Secretarias, em caso de encaminhamento da família a estes;

Por certo, poderá haver um realinhamento, reordenamento e criação de novas ações, isto porque somente após o diagnóstico é que se poderá definir objetivamente a linha mestra das ações, as quais, no entanto, serão baseadas principalmente em três eixos, conforme e devidamente alinhados ao Plano Nacional de Combate à Extrema Pobreza:

- garantia de renda
- inclusão produtiva
- acesso a serviços públicos

RESULTADOS ESPERADOS:

- A emancipação social das famílias giruaenses;
- A drástica redução da pobreza extrema em nosso Município;
- Elevação de indicadores de aferição da qualidade de vida, tais como moradia digna, segurança alimentar, renda familiar, alfabetismo, educação, acesso a cultura/lazer/desporto, empregabilidade e ascensão profissional, prerrogativas cidadãs, entre outras;
- Elevar a renda familiar per capita;
- Ampliar o acesso aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem estar social;
- Ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva

- no meios urbano e rural;
- Garantir acesso da população mais pobre à água, luz, saúde, alimentação, educação e moradia.

GESTÃO, COORDENAÇÃO, EQUIPE TÉCNICA E COLABORADORES

EQUIPE DE APOIO: Como equipe de apoio ao Programa, teremos os recursos humanos disponíveis na Casa da Família. Será necessário também, para integrar a equipe de apoio, a contratação de estagiários de nível superior (Serviço Social), ou de empresa e/ou instituição habilitada para tanto. Estes irão realizar o trabalho *in loco*, possibilitando o mapeamento das famílias em situação de extrema pobreza e identificando as vulnerabilidades apresentadas.

EQUIPE VOLANTE: O Município habilitou ao CRAS uma equipe volante, a qual serão atribuídas com exclusividade funções ligadas ao Programa. Em suma, a EV irá a campo dar o suporte necessário dará o suporte a Coordenação e ao Grupo Técnico.

EQUIPE CONSULTIVA: A critério da administração, poderá ser formada uma equipe consultiva, de modo a contribuir com sugestões e ideias e fornecer informações acerca de quaisquer das ações ou etapas do Programa;

GRUPO TÉCNICO: Compõe o Grupo Técnico do Programa a equipe multidisciplinar do CRAS e do CREAS, com apoio direto da equipe multidisciplinar do GAP.

GESTÃO: Caberá a Diretora da Casa da Família a Coordenação-Geral, e a um dos integrantes da Equipe Técnica a Coordenação Técnica. Como ordenador das despesas e integrante do Grupo Gestor, participa o Secretário Municipal de Promoção Humana.

CUSTEIO

Poderão dar cobertura financeira ao Programa, além dos recursos já alocados e garantidos ao orçamento da SMPH, incluídas as transferências voluntárias do Sistema Único da Assistência Social, recursos disponíveis nas Secretarias de Saúde e de Educação.

LEI MUNICIPAL Nº 4529/2011

DE 09 DE AGOSTO DE 2011

**AUTORIZA O EXECUTIVO ABRIR CRÉDITO
ADICIONAL ESPECIAL**

ÂNGELO FABIAM DUARTE THOMAS, Prefeito Municipal de Girúá, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e que sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º - Autoriza o Executivo Municipal a ABRIR CRÉDITO ADICIONAL –ESPECIAL, em conformidade com o disposto nos artigos 42 e 43 da Lei Federal 4.320/64, no valor de até R\$ 20.373,55(vinte mil trezentos e setenta e três reais e cinquenta e cinco centavos), destinados a dotar de recursos orçamentários os Programas de Trabalho dos Órgãos abaixo, dentro das seguintes classificações:

11 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11.01 – SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

10.301.0031.2.191 – MANUT. PROGRAMA GESTANTE CRIANÇA/ADOLESCENTE

3.3.90.32.00.00-- Material, bem ou serviço de distribuição gratuita.....R\$ 17.873,55

3.3.90.39.00.00-- Outros Serviços Terceiros Pessoa Jurídica.....R\$ 2.500,00

FR: 4011 – Incentivo Atenção Básica

Objetivo: Visa a abertura de nova dotação orçamentária na Secretaria de Saúde destinada a pagamento de despesas que serão realizadas com a implantação do Programa Mamãe Coruja, em nosso Município.

Art. 2º - Para os recursos necessários à execução do disposto no artigo anterior é indicado a REDUÇÃO de igual valor de parte das dotações constantes dos Programas de Trabalho dos Órgãos abaixo, dentro das seguintes classificações:

11 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

11.01 – SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

10.301.0031.2.176 – MANUT. PROGRAMA INCENTIVO SAÚDE DE FAMÍLIA-PSF

3.3.90.30.00.00-5924- Material de Consumo.....R\$ 20.373,55

FR: 4011 – Incentivo Atenção Básica

Art. 3º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE GIRUA(RS), EM 09 DE AGOSTO DE 2011, 56º ANO DA EMANCIPAÇÃO.

ÂNGELO FABIAM DUARTE THOMAS
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se no Mural da Prefeitura


Elaine de B Zimmermann
Secretária de Administração
Portaria nº 001/2010



(./././././././Arquivos/110/Noticias/2355/Mamãe Coruja_294A.jpg)

Secretaria de Saúde lança nova etapa Programa Mamãe Coruja

O Projeto Iniciou No Final De 2011, E Já Atendeu Dezenas De Mamães

- Publicado em 08/05/2014 às 11:12
-  Imprimir

Secretaria de Saúde lança nova etapa do Programa Mamãe Coruja

Assim como ocorreu em anos anteriores, as gestantes de Giruá contarão com o Programa Mamãe Coruja para ampliar e qualificar o atendimento já realizado pela rede municipal de saúde. A notícia foi confirmada pela Secretária Raquelli Menin, e as inscrições estarão sendo realizadas até o dia 19 de maio, junto a sede da Secretaria Municipal de Saúde.

O Projeto iniciou no final de 2011, e já atendeu dezenas de mamães. Elas, que já recebem todo o acompanhamento pré-natal, com o Mamãe Coruja, terão a sua disposição profissionais e monitores, que irão proferir palestras, ministrar cursos e oficinas voltadas a gestação, e aos cuidados com a saúde da mamãe e do bebê. Para que não possui, serão garantidos meios de transporte para que seja plena a participação nos encontros, os quais terão periodicidade semanal e realizados no Centro Cultural Adelina Dias.


Participando ativamente das rotinas, as mamães receberão kits especialmente montados para o Mamãe Coruja, compostos por bolsa térmica personalizada, medicamentos para os primeiros dias, roupas para o bebê e camiseta para a mamãe.



(../../../../Arquivos/110/Noticias/9321/Logo-Mãemãe_Coruja-joell-pq_285H.jpg)

Projeto Mamãe Coruja

Inscrições A Partir De 13 De Agosto De 2015.

- Publicado em 12/08/2015 às 11:22
-  Imprimir

O Projeto Mamãe Coruja Iniciará suas atividades no dia 09 de setembro de 2015. Os encontros acontecerão semanalmente no Centro Cultural Adellna Dias, onde as futuras mães participarão de atividades, cursos, palestras sobre saúde dos bebês, entre outras atividades.

A criação deste Projeto Justifica-se na necessidade de se ampliar e qualificar o atendimento no Pré-natal da rede pública municipal. O projeto Mamãe Coruja é promovido através da Secretaria Municipal de Saúde, onde as Interessadas podem fazer suas Inscrições para participar do projeto do dia 17 de agosto ao dia 02 de setembro de 2015.

Sallentamos que podem se Inscrever gestantes que fazem o pré-natal na rede Básica de saúde e que tenham até o momento da Inscrição, 20 semanas de gestação.


No término do projeto, as gestantes receberão uma bolsa personalizada contendo: camlseta, sabonete, fralda, conjunto tipo body e um termômetro.



(./././././././Arquivos/110/Noticias/14004/IMG-20150406-WA0007_2925.jpg)

5ª Edição do Projeto Mamãe Coruja inicia atividades

O Projeto Mamãe Coruja Tem Como Objetivo Realizar Ações De Orientação Às Gestantes.

- Publicado em 07/04/2016 às 09:01
-  Imprimir

5ª Edição do Projeto Mamãe Coruja inicia atividades

No último dia 30 de março, encerraram-se as inscrições para a 5ª edição do Projeto Mamãe Coruja e doze mães realizaram a inscrição.

O Projeto Mamãe Coruja, criado em 2011 pelo Governo Municipal, tem como objetivo realizar ações de educação em Saúde, orientando às gestantes sobre todas as fases de gestação, tão importantes na vida da mulher e das pessoas que a cercam. Também tem o compromisso de aproximar a gestante da sua Unidade de Saúde, sendo que as palestras de cada encontro são ministradas por profissionais de saúde do município, aumentando o vínculo entre as usuárias e os profissionais.

Os encontros iniciaram no dia 06 de março, oportunidade em que as mães receberam orientações repassadas pelo Coordenador do Programa, Enfermeiro Caio Rodrigues, quanto a importância da participação constante nas atividades semanais, cuidados gerais e assuntos relacionados

a gestação. O encontro inicial foi realizado junto a Equipe de Saúde da Família localizada no Bairro Santa Rita, onde as gestantes também foram acolhidas pela Enfermeira Elizabeth Domeles e sua equipe.

Ao total serão realizados treze encontros, conforme segue:

CRONOGRAMA PROJETO MAMÃE CORUJA 2016


DATA	ATIVIDADES	PROF. SAÚDE
06/04/2016	Apresentação do Projeto Mamãe Coruja	Enª Caio Rodrigues
13/04/2016	Orientações gerais às gestantes	Enª Elizabeth Domeles
20/04/2016	Atividades físicas na gestação	Prof. Ed. Física Tatiane Renz
27/04/2016	Importância do Pré-natal	Enª Fernanda Wendt
04/05/2016	Vacinação da Gestante e calendário vacinal do bebê	Téc. Enf. José Augusto Czegelski
11/05/2016	Hábitos alimentares na gestação e introdução a alimentação do bebê	Nutricionista Débora hamerski
18/05/2016	Amamentação	Enª Larissa Duarte
25/05/2016	Intercorrências durante a gestação	Enª Gisiane Lipski
01/06/2016	Cuidados com o RN e com a puérpera (Pré-natal, exames laboratoriais, testes do pezinho, orelhinha, olhinho).	Enª Eliana Fungheto
08/06/2016	Planejamento familiar	Enª Cátia Brand
15/06/2016	Saúde Bucal da gestante e do bebê	Dentista Daniela Lambert
22/06/2016	Visita a Maternidade	Enf. Gisiane Lipski
29/06/2016	Encerramento do Projeto Mamãe Coruja 2016	Enª Caio Rodrigues



(././././././Arquivos/110/Noticias/23217/IMG_201708?3_111600281-2_273P.jpg)

REGIONALIZAÇÃO DOS PARTOS

Giruá Manterá Atendimento Junto Ao Hospital Vida E Saúde Em Santa Rosa.

- Publicado em 25/08/2017 às 11:36
-  Imprimir

REGIONALIZAÇÃO DOS PARTOS - GIRUÁ MANTERÁ ATENDIMENTO JUNTO AO HOSPITAL VIDA E SAÚDE DE SANTA ROSA

Para o município de Giruá, atendimentos se darão tanto para partos de risco habitual, bem como de alto risco.

Através da Deliberação de nº 31/2017, o município de Giruá oficializa como referencia o município de Santa Rosa, para atendimento aos Partos, tanto para baixo risco (habitual) quanto para alto risco. Este trabalho que já vem sendo desempenhado desde agosto de 2016 junto ao Hospital Vida e Saúde, se formaliza nesta deliberação.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém todos acompanhamentos necessários as gestantes, através do Programa Mamãe Canguru que acompanha todo o Pré- Natal, bem como, mantém um vínculo afetivo muito forte na questão do atendimento humanitário em paralelo ao Vida & Saúde. Além das gestantes de Giruá, também são mantidos os atendimentos junto a esta instituição em Santa Rosa, as gestantes dos municípios de Candido Godói, Novo Machado, Porto Mauá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Tucunduva e Tuparendi.

Outros municípios também terão atendimentos regionalizados. Serão atendidas junto ao Hospital de Caridade de Santo Cristo, gestantes de parto habitual, dos municípios de Alecrim, Porto Lucena e Porto Vera Cruz, desde que a instituição entre em adequação até o mês de março de 2018 conforme demanda o Art. 3 da Portaria 359/2017.

Já o atendimento regionalizado ao Hospital São Vicente de Paula de Três de Maio, será para os municípios de Alegria, Boa Vista do Buricá, Doutor Maurício Cardoso, Independência, Nova Candelária e São José do Inhacorá. Nesta Deliberação também consta que todos os municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) serão referenciados no Hospital Vida e Saúde para os partos de alto risco.


Conforme observa o Secretário Municipal de Saúde Fernando Massafra Cavalheiro, a vontade da equipe seria de que estes serviços fossem ofertados pelo Município de Giruá, através do Hospital São José. Porém, conforme determinação da Secretaria Estadual de Saúde, a Regionalização dos partos está concretizada com base na referida Deliberação, a qual deverá passar por aprovação pela Comissão Intergestora Bipartite Estadual (CIB/RS).



(./././././././Arquivos/110/Noticias/30858/1-20180524_133408_216E.jpg)

INICIOU PROJETO CANGURU

24/05/2018

- Publicado em 24/05/2018 às 14:28
-  Imprimir

INICIOU PROJETO CANGURU

Tendo como principal objetivo orientar as futuras mães sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, o Governo Municipal por meio da Secretaria de Saúde deu início na manhã desta quinta-feira (24/05/2018), o Projeto Canguru. As atividades iniciaram com uma palestra ministrada pela Enfermeira Cristiana Volmer, sobre Gestação e Pré-Natal.

O referido Projeto prevê dez encontros, sendo realizado um por semana, onde nas próximas etapas também haverá participação de Nutricionista, Odontóloga, Educadora Física e Fonoaudióloga.

A coordenação do Programa informa que para as futuras mães que estão com até vinte semanas de gestação e que perderam o prazo de inscrição, estas ainda poderão ser inseridas no grupo até o dia 07 de junho, data que ocorrerá o segundo encontro.

As gestantes que tiverem no mínimo 80% de frequência receberão uma frásqueira com itens para o seu futuro bebê.

No jornal "O Butiá", publicação de 10 de maio de 2014, edição 4²⁸ encontramos referência a abertura das inscrições para participação do projeto naquele ano.

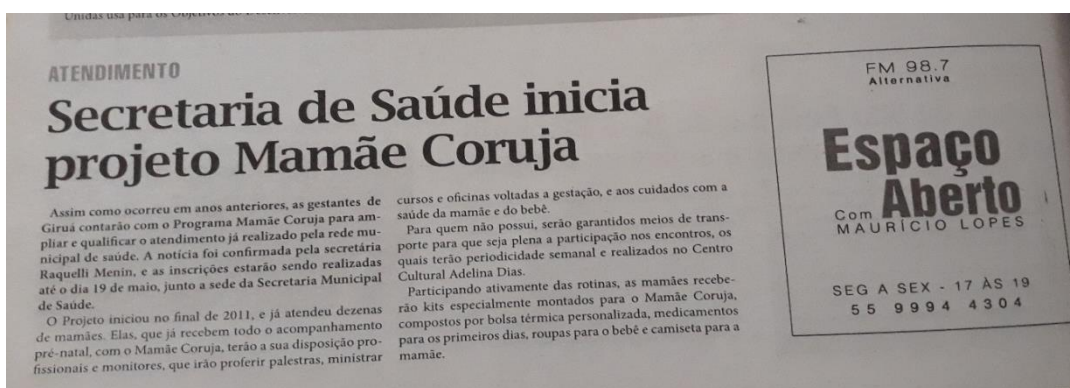


Figura 1 Notícia Publicada no Jornal "O Butiá" em 2014.

No mesmo Jornal, Edição 5 de 20 de novembro de 2015 são encontradas referências do encerramento do projeto daquele ano.



Figura 2 Notícia Publicada no Jornal "O Butiá" em 2015.

28Confira o anexo (correspondente a Figura 1).

EXMO. SR.
PREFEITO MUNICIPAL
GIRUÁ/RS

NAIRANA MARCZEWSKI DE MELO, brasileira, casada, psicóloga, portadora da Cédula de Identidade RG sob o nº4097126181, expedida pela SSP/RS, inscrita no CPF sob o nº013.436.600/09, residente e domiciliada na rua Gustavo Zimpel, nº511, bairro Jardim Residencial Butiá, nesta cidade de Giruá/RS, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência para **dizer e requerer** o que segue:

a) A Requerente é discente do curso de pós-graduação *stricto sensu* Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) de Cerro Largo;

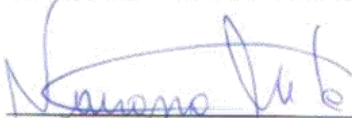
b) Nesse sentido, a Requerente está desenvolvendo a dissertação do mestrado cujo tema envolve as políticas públicas da maternidade;

c) Com fundamento na Constituição Federal de 1988 e principalmente com base na Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, as quais garantem o a obrigatoriedade da publicidade dos atos públicos e estabelecem que qualquer cidadão pode pedir acesso a todos os dados públicos.

Diante do acima exposto, **requer** a Vossa Excelência, **cópia física de todos os documentos (projetos de lei, leis, contratos, lista de chamadas, presenças, atividades desenvolvidas, pessoas envolvidas, etc...)** do Projeto Mamãe Canguru (Mamãe Coruja) se houver, as quais devem ser fornecidas dentro do prazo legal.

Termos em que,
Pede e espera deferimento.

Giruá/RS, 19 de Junho de 2019.



Nairana Marczewski de Melo Macht
Celular nº99943-7075

Prefeitura Municipal de Giruá	
PROTOCOLADO	
Nº	2630 115
Em	28/06/2019



Ofício nº 53/2019
SMS/DAB/GLK

Giruá, 31 de julho de 2019

Sra. NAIRANA MARCZEWSKI DE MELO

Assunto: Resposta ao requerimento sobre Projeto Canguru

Ao cumprimentar cordialmente, vimos por meio deste informar que o Projeto Canguru, desenvolvido pela Secretaria de Saúde, algumas informações que temos consta do ano de 2017, 2018 e 2019. Informo que dos anos anteriores este projeto com denominação Mamãe Co-ruja não foram localizados dados referente ao projeto.

Segue informações sobre o PROJETO CANGURU, que objetivo geral realizar grupo de educação em saúde direcionado às gestantes e seus companheiros ou acompanhante de sua preferência. Salientamos que os objetivos específicos é orientar sobre a gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido; propor espaço interativo para a troca de experiências entre a gestante e o profissional de saúde.

Sistematização dos encontros:

10 (dez) encontros, estes realizados quinzenalmente, conforme cronograma.

Recursos:

- Equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde
- Profissionais envolvidos: Enfermeiras, Nutricionista, Odontóloga, Educadora física, Fonoaudióloga.
- Ambiente físico (Sala na Secretaria Municipal do Trabalho);
- Materiais disponíveis como audiovisual, livros, álbum seriado;
- Cada encontro será servido um lanche, fornecido pela SMS.

Início:

Rua Borges de Medeiros, 100 – Giruá/RS – CEP 98870-000 - CNPJ 87.613.048/0001-53
www.girua.rs.gov.br – saude@girua.rs.gov.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Inscrições do público alvo: (gestantes até o 20ª semana de gestação);

Considerações finais:

As gestantes deverão ter participado no mínimo de 75% do curso programado, ao término será entregue para cada gestante um kit bebê contendo:

- * Camiseta do Projeto Canguru;
- * Bolsa;
- * Termômetro;
- * Pomada para assadura;
- * Fralda descartável;
- * Meia;
- * Cotonete;
- * Álcool 70%;
- * Sabonete.

PROJETO CANGURU – EDIÇÃO 2017
EM ANEXO.

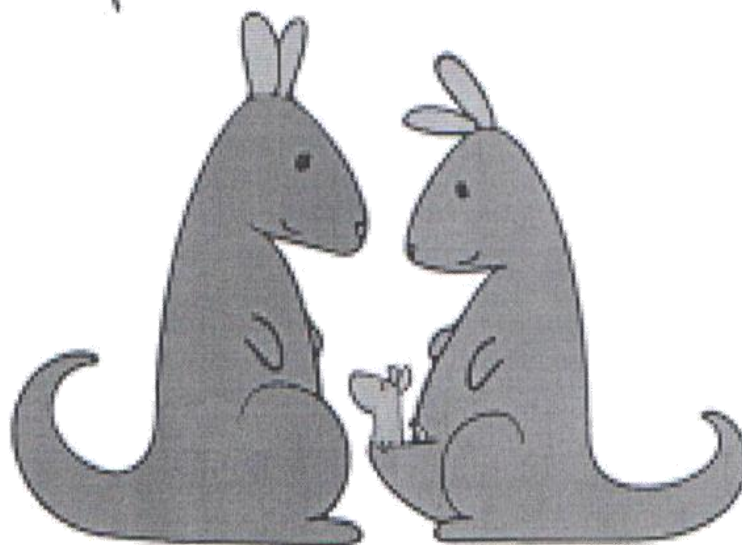
PROJETO CANGURU – EDIÇÃO 2018
EM ANEXO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROJETO



CANGURU

PROJETO CANGURU – EDIÇÃO 2019.

PERÍODO DE INSCRIÇÕES: 03/06/2019 até 07/06/2019.

LOCAL DE INSCRIÇÃO: NAS UNIDADES DE SAÚDE(ESF)

Início previsto para dia **13 de junho de 2019, quinta-feira, as 15 horas** na Sala de reuniões, localizada na Secretaria do Trabalho . 118
Em anexo o cronograma dos encontros.

Salientamos a importância na participação das gestantes e de seus companheiros neste

Rua Borges de Medeiros, 100 – Giruá/RS – CEP 98870-000 - CNPJ 87.613.048/0001-53

www.girua.rs.gov.br – saude@girua.rs.gov.br



Projeto, pois tem como objetivo fortalecer o vínculo mãe-pai-filho, e ainda proporcionar conhecimento através de troca de experiências, assim como na participação nas palestras informativas com equipe multidisciplinar.

EDIÇÃO 2019.

CRONOGRAMA:

Início previsto para dia **13 de junho de 2019, quinta-feira, as 15 horas** na Sala de reuniões, localizada na Secretaria do Trabalho .

Acontecerão 10 (dez) encontros, estes realizados quinzenalmente, nas quintas – feiras.

HORÁRIO: 15 horas

LOCAL DOS ENCONTROS: Sala de reuniões, na Secretaria Municipal do Trabalho e Cidadania.

	TEMA	PROFISSIONAL	DIA
1	Início do Projeto Canguru Gestação e Pré-natal (Crescimento Gestacional semanal e Importância da participação do Pai ou familiar de preferência da gestante/Registro de Nascimento	Odontóloga Gabriele Enfermeira Cristiana	13/06/2019
2	Imunização criança e gestante	Enfermeira Eliana	27/06/2019
3	Alimentação na gestação	Nutricionista Maria Elisiane	11/07/2019
4	Higiene bucal da gestante e RN	Odontóloga Gabriele	26/07/2019
5	Atividade física na gestação	Educadora Física Francine	01/08/2019
6	Parto (Tipos de Parto e Lei do acompanhante nº 11.108, de 7 de abril de 2005)	Enfermeira Ana Cláudia	15/08/2019
7	Cuidados com o RN (banho, coto umbilical, assaduras)	Enfermeira Fernanda	29/08/2019
8	Preparo das mamas e Amamentação (Fissuras, ingurgitamento e mastite) + Primeiros Socorros no RN	Enfermeira Larissa e enfermeira Andressa	05/09/2019
9	Triagem neonatal (Teste da orelhinha, olhinho, pezinho e linguinha)	Fonoaudióloga Eduarda Enfermeira Eliana	19/09/2019
10	Puerpério (mamas, lóquios, anticoncepção) Encerramento com entrega dos kits	Enfermeira Cátia e todas profissionais colaboradoras	26/09/2019

Agradecemos a atenção.



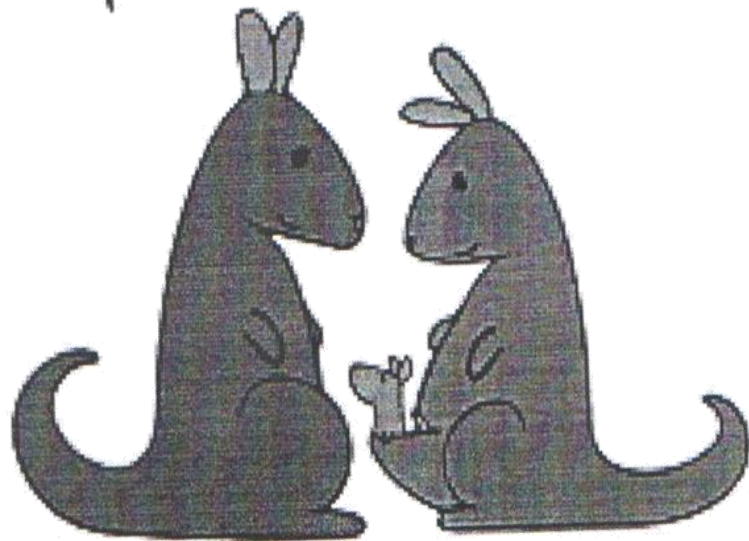
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Atenciosamente

FERNANDO MASSAFRA CAVALHEIRO
Secretário Municipal de Saúde - Portaria 7470/2017

PROJETO



8

CANGURU



Objetivos:

Geral

Elaborar proposta para implantação do grupo de gestante (Projeto Canguru), para o município de Giruá- RS.

Específicos

- Organizar o atendimento as gestante do município por meio de atividades de grupo com a finalidade de preparação para o parto e puerpério.
- Criar um espaço interativo para a troca de experiência entre a gestante e o profissional de saúde.

Sistematização dos encontros:

A idéia inicial é o oferecimento de 10 (dez) encontros, estes realizados quinzenalmente, que serão realizados da seguinte forma:

- 1º encontro: Importância do acompanhamento do Pré Natal
- 2º encontro: Alimentação adequada na gestação
- 3º encontro: Cuidado com a higiene bucal
- 4º encontro: Prática da atividade física na gestação
- 5º encontro: Queixas frequentes
- 6º encontro: Amamentação
- 7º encontro: Imunização da criança e gestante
- 8º encontro :Triagem neonatal
- 9º encontro :A hora do parto
- 10º encontro: Cuidado com Recém nascido e Puérpera

Recursos

- Equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde (enfermeiras, nutricionista, odontologa, técnicos de enfermagem)
- Colaboração de profissional do Hospital São José (fonaudióloga)
- Colaboração de profissional da Secretaria Municipal de Educação e Cultura (Educador Físico)

-Ambiente físico na sala do Conselho Municipal de Saúde

-Materiais disponíveis como audio visual, livros, álbum seriado

Início

Inscrições : 13/03/2017 a 17/03/2017 (gestantes até o 20ª semana de gestação)

Data prevista para início das atividades: 30/03/2017

Considerações finais

As gestantes deverão ter participado no mínimo de 80% do curso programado, ao término será entregue para cada gestante um kit bebê contendo :

- * Bolsa
- *Termômetro
- *Pomada para assadura
- * Fralda descartável
- * Body
- *TipTop
- *Meia
- *Manta
- * Foto 18x13 cm

Cada encontro será servido um lanche fornecido pela SMS.

PROJETO

 CANGURU

Cronograma

TEMA	PROFISSIONAL	DIA
Importância do acompanhamento do Pré-Natal	Enfª Ana Claudia	31/05
Alimentação adequada na gestação	Débora	14/09
Cuidado com higiene bucal	Gabriele	08/06
Prática da atividade física na gestação	Ver educação (Prof Adriane)	22/06
Queixas frequentes	Enfª Rosangela	06/07
Amamentação	Enfª Cristiana	20/07
Imunização criança e gestante	Enfª Eliana	03/08
Triagem neonatal	Fono Michele/ Enfª Eliana	17/08
A hora do parto	Enfª Raquelli	31/08
Cuidado com recém nascido e puérpera	Enfª Cátia	21/09

PROJETO

 CANGURU

Cronograma

TEMA	PROFISSIONAL	DIA
Importância do acompanhamento do Pré-Natal	Enfª Ana Claudia	31/05
Alimentação adequada na gestação	Débora	14/09
Cuidado com higiene bucal	Gabriele	08/06
Prática da atividade física na gestação	Ver educação (Prof Adriane)	22/06
Queixas frequentes	Enfª Rosangela	06/07
Amamentação	Enfª Cristiana	20/07
Imunização criança e gestante	Enfª Eliana	03/08
Triagem neonatal	Fono Michele/ Enfª Eliana	17/08
A hora do parto	Enfª Raquelli	31/08
Cuidado com recém nascido e puérpera	Enfª Cátia	21/09

PROJETO

 CANGURU

Quintas-feiras

9 horas

Na Secretaria Municipal do Trabalho e Cidadania

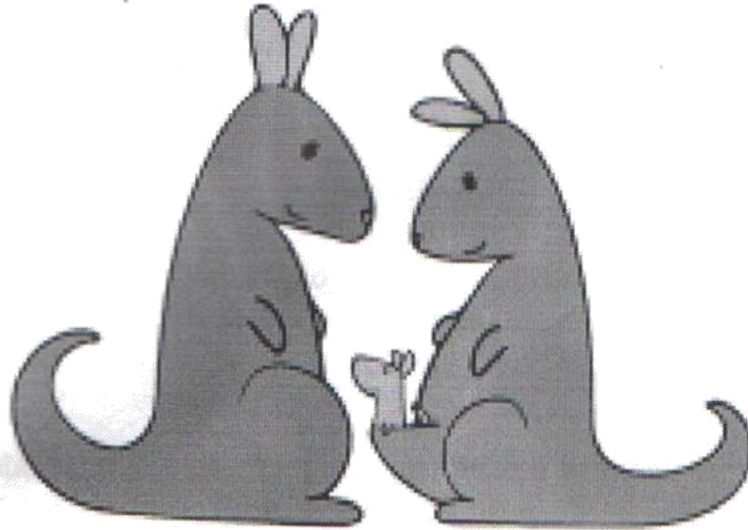
	TEMA	PROFISSIONAL	DIA
1	Início do Projeto Canguru Gestação e Pré-natal (Crescimento Gestacional semanal e Importância da participação do Pai ou familiar de preferência da gestante/Registro de nascimento)	Enfermeira Gisiane Enfermeira Cristiana	24/05/2018
2	Imunização criança e gestante	Enfermeira Eliana	07/06/2018
3	Alimentação na gestação	Nutricionista Maria Elisiane	14/06/2018
4	Higiene bucal da gestante e RN	Odontóloga Gabriele	21/06/2018
5	Atividade física na gestação	Educadora Física Francine	05/07/2018
6	Parto (Tipos de Parto e Lei do acompanhante nº 11.108, de 7 de abril de 2005)	Enfermeira Ana Cláudia	19/07/2018
7	Cuidados com o RN (banho, coto umbilical, assaduras)	Enfermeira Fernanda	09/08/2018
8	Preparo das mamas e Amamentação (Fissuras, ingurgitamento e mastite) + Primeiros Socorros no RN	Enfermeira Larissa/Gisiane	16/08/2018
9	Triagem neonatal (Teste da orelhinha, olhinho, pezinho e linguinha)	Fonoaudióloga Eduarda Enfermeira Eliana	23/08/2018
10	Puerpério (mamas, lóquios, anticoncepção) Encerramento com entrega dos kits	Enfermeira Cátia Enfermeira Gisiane	13/09/2018



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO



PROJETO



CANGURU

Giruá, 2019

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Borges de Medeiros, nº 100, Centro, CEP: 98870-000 – Fone: (55) 3361-2629
saude@girua.rs.gov.br



OBJETIVOS:

Geral:

Realizar grupo de educação em saúde direcionado às gestantes e seus companheiros ou acompanhante de sua preferência.

Específicos:

- Orientar sobre a gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido;
- Propor espaço interativo para a troca de experiências entre a gestante e o profissional de saúde;

Sistematização dos encontros:

10 (dez) encontros, estes realizados quinzenalmente, conforme cronograma.

Recursos:

- Equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde (Enfermeiras, Nutricionista, Odontóloga, Educadora física, Fonoaudióloga, Psicóloga);
- Ambiente físico (Sala na Secretaria Municipal do Trabalho);
- Materiais disponíveis como audiovisual, livros, álbum seriado;
- Cada encontro será servido um lanche, fornecido pela SMS.

Início:

Inscrições do público alvo: (gestantes até o 20ª semana de gestação);

Período de 03/06/2019 até 07/06/2019

Data prevista para início das atividades: 13/06/2019.

Considerações finais:

As gestantes deverão ter participado no mínimo de 75% do curso programado, ao término será entregue para cada gestante um kit bebê contendo:

- * Camiseta do Projeto Canguru;
- * Bolsa;
- * Termômetro;
- * Pomada para assadura;
- * Fralda descartável;
- * Meia;
- * Cotonete;
- * Álcool 70%;
- * Sabonete.



EDIÇÃO 2019.

CRONOGRAMA:

Início previsto para dia **13 de junho de 2019, quinta-feira, as 15 horas** na Sala de reuniões, localizada na Secretaria do Trabalho .

Acontecerão **10 (dez)** encontros, estes realizados quinzenalmente, nas quintas – feiras.

HORÁRIO: 15 horas

LOCAL DOS ENCONTROS: Sala de reuniões, na Secretaria Municipal do Trabalho e Cidadania.

	TEMA	PROFISSIONAL	DIA
1	Início do Projeto Canguru Gestação e Pré-natal (Crescimento Gestacional semanal e Importância da participação do Pai ou familiar de preferência da gestante/Registro de Nascimento	Odontóloga Gabriele Enfermeira Cristiana	13/06/2019
2	Imunização criança e gestante	Enfermeira Eliana	27/06/2019
3	Alimentação na gestação	Nutricionista Maria Elisiane	11/07/2019
4	Higiene bucal da gestante e RN	Odontóloga Gabriele	26/07/2019
5	Atividade física na gestação	Educadora Física Francine	01/08/2019
6	Parto (Tipos de Parto e Lei do acompanhante nº 11.108, de 7 de abril de 2005)	Enfermeira Ana Cláudia	15/08/2019
7	Cuidados com o RN (banho, coto umbilical, assaduras)	Enfermeira Fernanda	29/08/2019
8	Preparo das mamas e Amamentação (Fissuras, ingurgitamento e mastite) + Primeiros Socorros no RN	Enfermeira Larissa e enfermeira Andressa	05/09/2019
9	Triagem neonatal (Teste da orelhinha, olhinho, pezinho e linguinha)	Fonoaudióloga Eduarda Enfermeira Eliana	19/09/2019
10	Puerpério (mamas, lóquios, anticoncepção) Encerramento com entrega dos kits	Enfermeira Cátia e todas profissionais colaboradoras	26/09/2019



"PROJETO CANGURU"
2019

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

CNS: _____

ENDEREÇO: _____

CONTATO: _____

IDADE GESTACIONAL: _____

ESF: _____

ACS: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Declaro para os devidos fins

que _____, participou do encontro de
gestantes no dia _____.

Gabriele Lídia Kahl
Coordenadora

Palestrante



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GIRUÁ
"CAPITAL DA PRODUTIVIDADE"
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO



CONVITE

Convidamos todas as gestantes residentes no município de Giruá, com período gestacional da 1ª semana até 20ª semanas, para realizar a inscrição no :

PROJETO CANGURU – EDIÇÃO 2019.

PERÍODO DE INSCRIÇÕES: 03/06/2019 até 07/06/2019.

LOCAL DE INSCRIÇÃO: NAS UNIDADES DE SAÚDE(ESF)

PROJETO CANGURU – EDIÇÃO 2019.

Início previsto para dia **13 de junho de 2019, quinta-feira, as 15 horas** na Sala de reuniões, localizada na Secretaria do Trabalho .
Em anexo o cronograma dos encontros.

Salientamos a importância na participação das gestantes e de seus companheiros neste Projeto, pois tem como objetivo fortalecer o vínculo mãe-pai-filho, e ainda proporcionar conhecimento através de troca de experiências, assim como na participação nas palestras informativas com equipe multidisciplinar.

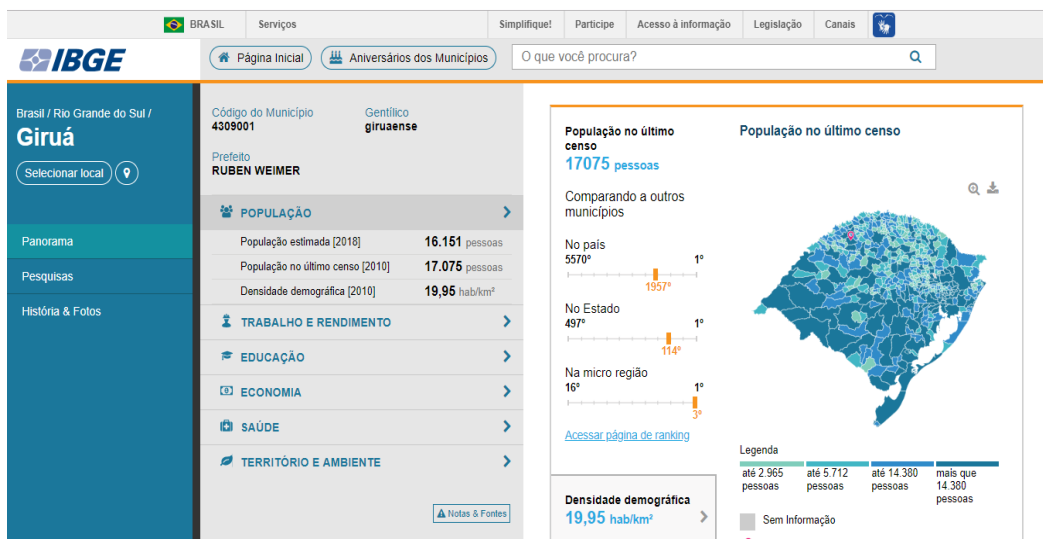
Giruá, 27 de maio de 2019.

Gabriele Lídia Kahl
Coordenadora do Projeto Canguru
Coordenadora da Atenção Básica – Portaria nº10.465/2018

Conferências Nacionais com seus respectivos temas até a Conferência Nacional que acontece este ano de 2019. Na continuidade a Coordenadora Luciana Weber apresentou as propostas do Tema Central que após lidos foram levados pela Coordenadora à votação do público: as quatro propostas aprovadas foram ~~eleitas~~ eleitas as seguintes propostas: 1; proposta 3, as propostas 5 e 6 foi feita fusão destas e a proposta 12. Depois da escolha das quatro propostas se realizou o intervalo para o Coffee Break e então retornar a Plenária para tratar sobre os Eixos: Eixo I - Saúde como Direito eleitas as propostas de número 4, 8, 9 e 20. Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS: eleitas as propostas de números: 1, 4, 9 e com relação a Consolidação dos Princípios de Gestão do SUS a proposta de número 2; Eixo III - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS: foram eleitas as propostas de número: 1, 3, 4 e 9. Foram eleitos os Delegados que representarão as propostas do município na Conferência Estadual sendo eles: Onival Martins dos Santos - Representante dos Usuários, Margaret. S. Kal representante dos trabalhadores de saúde, Fernando Massafra Cavalleiro - Representante dos Gestores, Antonio Cesar Forcellino - Representando os Profissionais de Saúde, retificando: representando os Usuários, Valmir Pereira da Luz - Superintendente dos Usuários, Luciana Weber - Superintendente dos Gestores. Encerrou-se a Oitava Conferência Municipal de Saúde do Município de Gureó, realizada com êxito, dentro da normalidade, atendeu seus propósitos. Nada mais havendo lauro a presente Ata que vai assinada por mim Secretária do Conselho Municipal de Saúde Angela de Cassia Wesschenfelder, sendo a lista de presenças da Conferência parte integrante desta Ata que corrobora a presença de todos. Angela de Cassia Wesschenfelder

Ata 004/2019 Nos trinta dias do mês de abril reuniram-se os Conselheiros Municipais para uma reunião ordinária, sob a Presidência do Sr. Onival Martins dos Santos para tratar da seguinte pauta: Nota Fiscal Gaveta - Etapa 56 - Valor de R\$ 8.484,03 (oito mil quatrocentos e oitenta e quatro reais e três centavos) que serão utilizados na aquisição de material de consumo, expediente, material de limpeza, material de distribuição gratuita para atender as UBS, PIM, Uda Leste, Projeto Conquru, Setor de Transporte, CAPS, entre estes a Contrat telefônica para a Unidade Central da SMS. Nota Fiscal Gaveta - Etapa 57 - Valor R\$ 8.916,55 (oito mil, novecentos e dezesesseis reais e cinquenta e cinco centavos) que também serão utilizados para suprir as necessidades das UBS da SMS, inclusive peças, pneus, combustível, materiais

do para apreciação os seguintes Projetos de Lei: Abertura de Crédito Especial, na Fonte de Recursos 4501 - no valor de R\$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais) necessário para pagamento de mensalidade do Consórcio. Projeto de Lei para suplementação da Conta 9152 - FR: 4505 - no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) necessário para equipamento e material permanente atendendo a Projetos das Emendas Parlamentares do Deputado Jerônimo Goergen. Projeto de Lei para Suplementar a Conta 6490 - FR: 4503, valor R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) - Farmácia Básica. Recursos oriundos do repasse do Governo do Estado do RS para aquisição de medicamentos. Projeto de Lei para suplementar a Conta: 6491 - FR: 4160 - PIM - Primeira Infância Melhor - Recursos oriundos do repasse do Governo do Estado do RS para pagamento da Folha de vencimentos dos integrantes do PIM. Projeto de Lei do PIM - valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais). Projeto de Lei para Suplementar a Conta 9397 - FR: 4111 - LRPD, valor de R\$ 41.000,00 (quarenta e um mil reais). Recursos oriundos do repasse do Governo do Estado do RS para pagamento dos serviços de confecção de próteses dentárias. Projeto de Lei para Suplementar a Conta: 4048 e 6726 - FR: 4011, valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) Incentivo Atenção Básica, que serão utilizados na Manutenção do Setor de Temples, recursos oriundos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul - Incentivo Atenção Básica. Projeto de Lei para Suplementação da Conta 4752 - FR: 4050 - valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) - Farmácia Básica. Recursos oriundos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul para pagamento de medicação da Farmácia Básica. Projeto de Lei para Suplementação da Conta 1187 - FR: 1295 - Equipamentos e Material Permanente - valor R\$ 4.330,00 (quatro mil, trezentos e trinta reais) - Supêravit da Conta 1295. Levado para apreciação e aprovação todos os Projetos de Lei foram aprovados por unanimidade, da mesma forma as Etapas 56 e 57 do Nota Fiscal Cidadã tiveram seus Planos de Aplicação aprovados. Também foi apresentado o início do Projeto Canguru, com as gestantes do município cadastradas nos BFs e no Projeto com início previsto no final do mês de Maio. O Secretário apresentou aos Conselheiros a contratação de dois profissionais médicos ginecologista/obstetra e também médico cardiologista, através do Contrato com Hospital São José, no valor mensal de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais). O aditamento ao Contrato foi bem detalhado e também aprovado por unanimidade. Solicitar-se o registro em Ata que inicialmente as negociações com cardiologista se deram com médico-



FONTE: IBGE 1 Dados Popacionais do Município de Giruá- RS.



FONTE: IBGE 2 Dados referente a Mortalidade Infantil em Giruá- RS