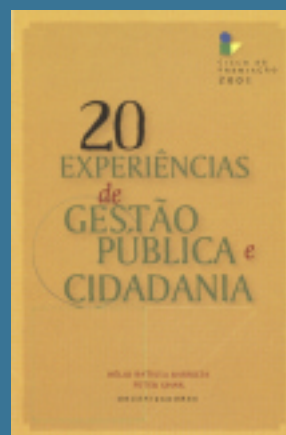




Programa Gestão Pública e Cidadania

Programa Mãe Curitibana

Dora Porto



Versão em formato PDF

finalistas do ciclo de
premição 2001

Originalmente publicado em:

**20 Experiências de Gestão Pública
e Cidadania**

Hélio Batista Barboza e Peter Spink (orgs.)

Versão gráfica em formato PDF: Liria Okoda

Copyright © Hélio Batista Barboza e Peter Spink

Direitos da edição reservados ao
Programa Gestão Pública e Cidadania
Av. 9 de Julho, 2029 – 2º andar da Biblioteca
01313-902 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3281-7904 / 3281-7905
Fax: (11) 3287-5095
E-mail: inovando@fgvsp.br
<http://inovando.fgvsp.br>

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Todos os direitos reservados. A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação da lei de direitos autorais.

1ª edição – 2002

Capa: Liria Okoda

**Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Mario Henrique Simonsen/FGV**

20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania – Ciclo de Premiação 2001 /

Organizadores: Hélio Batista Barboza e Peter Spink

São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2002

p.

Inclui bibliografia.

1. Políticas públicas – Brasil. 2. Administração pública – Brasil.

I. Barboza, Hélio Batista. II. Spink, Peter. III. Programa Gestão Pública e Cidadania.

CDD-352

Programa Mãe Curitibana

CURITIBA (PR)

Dora Porto¹

Visando a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento, o Programa Mãe Curitibana tem buscado melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e atenção ao bebê nas unidades de saúde e nas maternidades. Lançado em 1999, no dia internacional da mulher, alcançou já no segundo ano a marca de 97% de gestantes vinculadas ao sistema público de saúde desde o início da gravidez.

O Programa trabalha com recursos municipais e federais e custa anualmente R\$ 10,3 milhões, dos quais 15% são custeados pela Prefeitura e 85% pelo Ministério da Saúde, por meio do repasse de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS).² O planejamento eficiente, criativo e sensível às necessidades da demanda, introduzido pelo Programa, trouxe profundas alterações no que concerne às rotinas e à forma como é prestado o atendimento, melhorando o aproveitamento das instalações e dos recursos humanos.

1. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade de Brasília (Nepem - UnB).

2. Dados fornecidos pelo Coordenador do Programa Mãe Curitibana da Secretaria Municipal de Saúde, Dr. Edwin Javier Boza Jimenez.

3. Vinculação é o termo usado no Protocolo para descrever a relação entre a gestante, a unidade de saúde e o hospital, nos quais é atendida.

4. Os aqui chamados “fatores de risco reprodutivo ligados à manutenção do pleno funcionamento corporal” são geralmente classificados como “fatores de ordem biológica”: idade, estado nutricional, presença de doenças crônicas, antecedentes obstétricos desfavoráveis, dependências químicas como uso de cigarro, álcool e outras drogas. Optei por outra classificação porque considero que, isolado, o termo ‘biológico’ produz uma distinção inexistente, que parte de um axioma falso: a separação entre corpo e mente. Essa concepção, fragmentada, hierarquizante e autoritária, está presente nas estruturas simbólicas que orientam a construção dos paradigmas científicos desde o século XVII, difundindo uma visão de mundo que associa a emoção ao animal e a razão à máquina.

4 Operando em grande escala, o Programa atua em 105 localidades, atendendo uma população estimada em 475 mil mulheres em idade fértil, com 4.849 servidores, que realizam um serviço cuja duração esperada é de 18 a 21 meses.

Sua alta complexidade é determinada por rotinas específicas para a detecção e o cuidado diferenciado nas situações de baixo, médio e alto risco; e por ser dividido em quatro fases distintas – pré-parto, parto, puerpério e atenção ao bebê – cuja duração e tipos de cuidado requeridos são bastante diversificados.

No pré-parto, realizam-se consultas e exames, juntamente com o fornecimento de vacinas, medicamentos e leite para a complementação alimentar. Também nessa fase a gestante participa de uma oficina e faz uma visita guiada ao hospital onde dará à luz.

No parto, a vinculação entre a unidade básica e secundária de assistência garante o atendimento à parturiente em local previamente conhecido e adequado às condições de risco de sua gestação. A vinculação ao hospital acabou com a “peregrinação das grávidas” que algumas vezes precisavam se deslocar de hospital em hospital buscando uma vaga para internação.³

No pós-parto são feitas duas consultas puerperais, uma até o décimo dia após o nascimento e outra em torno do quadragésimo. Além dessas consultas, a usuária recebe a visita do agente de saúde. A partir daí, inicia-se o acompanhamento à criança, com consultas, exames e vacinas específicos a esse estágio de seu desenvolvimento.

O caráter inovador do Mãe Curitibana é enfatizado pelo fato de o Programa incluir entre os fatores de risco reprodutivo não só os aspectos ligados à manutenção do pleno funcionamento corporal, mas também a baixa escolaridade materna.⁴ A associação entre escolaridade e risco reprodutivo parte do reconhecimento da importância da educação na formação da cidadania.

Funcionamento do Programa

Dos agentes de saúde aos funcionários da Secretaria, todos transmitem entusiasmo com o que fazem, mesmo quando apresentam crí-

ticas, veladas ou declaradas, aos aspectos da operacionalização do sistema com os quais não concordam ou que acreditam ser possível melhorar. *Adoro meu trabalho! Sou empolgada* (auxiliar de enfermagem).⁵ Essa satisfação acompanha o atendimento e está presente na atitude de todos os profissionais com os quais tive contato. É perceptível não só o empenho, mas a entrega. Não só a dedicação, mas o prazer.

O prazer pela realização do trabalho bem feito, executado com precisão e reconhecido por sua importância na manutenção da saúde do outro – o usuário – dá a impressão, a quem observa esses profissionais, de que para eles “humanização” não é uma palavra vazia, um rótulo, mas a expressão real de seu cotidiano. A valorização profissional é acompanhada por treinamentos e enfatizada pela melhoria das condições salariais. *A Prefeitura vem tentando pagar mais. Mas, de modo geral, o PSF [Programa de Saúde da Família] paga bem mais. Esse também é um estímulo muito importante. Se alguém fala que vem para o PSF só por amor à camisa não é verdade. O impacto é econômico. Mas depois que a gente vê a realidade aqui, a gente se entusiasma* (agente de saúde).

Enfermeiras, médicos, auxiliares e agentes de saúde – aventureiros e sábios – ousaram apostar num sonho de justiça social, de capacitação técnica e de exercício de cidadania. Essa gente vem transformando a realidade de seu trabalho, numa atividade que incorpora o prazer como garantia da qualidade do serviço. *A coisa se torna gostosa nesse ponto. A equipe é unida. Eu estou aqui desde o começo.* (enfermeira)

E se “humanização” é a palavra-chave desse universo, ela se dá em todos os níveis de atenção, sendo construída por um procedimento correto e claro, cujas rotinas atendem à melhoria da qualidade técnica formando um protocolo detalhado e criterioso.⁶

Tais características – grande escala, alta complexidade, inovação e humanização – sublinham as dificuldades para a implantação de uma iniciativa desse tipo e acentuam a qualidade do resultado obtido. Utilizando a estrutura física das Unidades de Saúde e os recursos humanos disponíveis, a operacionalização do Programa consistiu basicamente na criação e aplicação de um novo protocolo e na informatização do serviço.

Esse protocolo é seguido criteriosamente e não é difícil ver nos lo-

5. Os trechos em itálico são depoimentos dados à autora.

6. Na prática médica o conceito *procedimento* indica a ação ritualizada que objetiva um fim. *Rotina* é a designação de um conjunto específico de procedimentos ordenados de acordo com o grau de cuidado requerido em uma situação. O conjunto de rotinas é definido como *protocolo*.

6 cais de trabalho um exemplar do manual que descreve suas rotinas. A presença do manual sobre as mesas, às vezes aberto, grifado, manchado pelo manuseio, indica que ele é estudado pelos profissionais e que orienta de fato o atendimento. A informatização do serviço pela adoção de tecnologia de informação subverte a lógica do puro lucro econômico. Aplicada a instituições públicas de saúde transforma o ganho em benefício social. Essas duas medidas transformaram as rotinas de atendimento, tornando-as mais humanizadas e eficientes. Trouxeram melhorias nos níveis técnico, administrativo e nas relações humanas.

No nível técnico, as rotinas foram modificadas com a testagem, o controle e a garantia de tratamento obrigatórios para o HIV, a sífilis e a toxoplasmose, o aperfeiçoamento para detecção e tratamento de diabetes gestacional, infecção urinária e isoimunização Rh.

No nível administrativo, foi implantada a informatização das unidades e desenvolvido um programa para o acompanhamento e gerenciamento de todas as atividades. Isso permite gerenciar os fluxos entre as unidades de saúde e os hospitais e prever as necessidades, além de fornecer subsídios à alocação de recursos.

Nas relações humanas, instituiu-se a idéia do acolhimento solidário, buscando-se estabelecer mais cordialidade entre profissionais e usuárias. Além de cordial, polido e interessado, esse tipo de acolhimento (simbolizado pela logomarca do Programa, que reproduz de forma estilizada uma vagina, um útero, uma mãe com o bebê e um coração) proporciona à gestante um processo educativo, que compreende a distribuição de material didático, palestras e treinamentos, em linguagem clara e acessível. O objetivo é dar às usuárias melhor compreensão das transformações orgânicas, psicológicas e sociais relacionadas à gravidez e ao parto. *A gente fala muito de relacionamento de casal, do respeito, do valor que cada um deve dar ao outro, do toque que cada um deve dar no outro. Gravidez não planejada deve ser desejada* (enfermeira monitora de oficina).

As palestras e o treinamento são dados na forma de oficinas. Ao todo são quatro módulos de Oficina para Gestantes com quatro horas de duração cada. Cada Unidade de Saúde organiza de forma diferente seu calendário, adequando a carga horária às necessidades das usuárias.

As oficinas misturam conversas, vídeos e atividades lúdicas, como dramatizações, jogos e montagem de painéis, buscando facilitar a fixação dos conteúdos transmitidos. *Nas oficinas elas contam suas experiências. Trabalhamos em cima dos problemas* (enfermeira monitora de oficina). Além da oficina, cada Unidade organiza a visita da gestante ao hospital no qual dará à luz. Nessas visitas, guiadas por profissionais, as gestantes ficam conhecendo o percurso que farão quando forem internadas e são informadas sobre todos os procedimentos que poderão ocorrer.

A importância dessa atividade pode ser aquilatada pelo fato de a paciente obstétrica, quando não entende o que lhe acontece e o que fazem com seu corpo, enxergar o ato médico como uma invasão, uma devassa que lhe põe indefesa. Fazer a paciente entender o funcionamento do organismo e levá-la a conhecer de antemão os processos a que será submetida durante a gestação e o parto contribuem para transformar o “trabalho de parto” num “nascimento”. O aprendizado por meio das oficinas e da visita demonstra que se a ausência de instrução constitui um fator de risco, a educação deve ser uma prática social permanente.

Controle social

A articulação entre esses três níveis de ação orquestrou uma estrutura que privilegia o controle social, a descentralização e a hierarquização dos serviços, conforme preconizado nas normas do SUS.

Os Conselhos Local e Municipal de Saúde são os mais importantes instrumentos de controle social, atuando de forma similar nessas duas esferas de ação. Reunindo-se geralmente uma vez por mês, examinam as queixas ou denúncias feitas pelos usuários. Tomam contato também com os relatórios sobre as atividades, os problemas detectados e as soluções encontradas, previstas ou já executadas, numa avaliação constante da qualidade e da humanização da atenção dispensada e de sua adequação às necessidades da comunidade.

Segundo a coordenação do Programa, um dos Conselhos Locais, após receber várias queixas sobre o atendimento às parturientes no hospital vinculado, pediu e obteve a troca de vinculação. Preocupado

8 com o prejuízo, o hospital tentou cooptar os conselheiros, oferecendo benefícios, mas o Conselho não mudou sua decisão. O fato demonstra o poder de controle do Conselho e sua participação efetiva na melhoria da qualidade da assistência à saúde nas comunidades.

7. O treinamento dos conselheiros acontece durante as Conferências Distritais, que são extremamente concorridas, a ponto de haver 186 entidades cadastradas pleiteando as 21 vagas para a V Conferência Distrital do bairro do Portão, que ocorreria três dias após a visita de campo, em agosto de 2001.

8. Essa pesquisa foi usada como referência quantitativa neste trabalho, servindo como base para comparação e avaliação dos dados levantados e das observações feitas durante a visita de campo.

Os conselheiros trabalham gratuitamente e recebem treinamento para a atividade. Nesse processo, passam a conhecer os princípios, a operacionalização e as metas do SUS, bem como o papel que terão de desempenhar como articuladores sociais e avaliadores das políticas públicas. Infelizmente, muitas vezes os conselhos acabam se tornando palco de disputas políticas e são vistos como plataforma para o cargo de vereador.⁷

Todas as Unidades de Saúde estão sob a supervisão de Conselhos Locais, no qual têm assento não só a administração (25%) e demais trabalhadores da Unidade (25%) como também os representantes da comunidade (50%). Grande parte das vezes esses representantes são escolhidos entre membros de associações religiosas, de bairro ou de moradores. Na entrada das Unidades, sobre o balcão do atendimento, as queixas dos usuários são depositadas em uma urna cuja única chave fica sob os cuidados do presidente.

Os profissionais admitem que sabem se haverá queixas e identificam os episódios nos quais o serviço não foi feito a contento ou apresentou falha. A possibilidade desse reconhecimento evidencia a pouca ocorrência de erros num sistema de trabalho que obteve, no ano de sua implantação, o êxito de ajudar a trazer ao mundo 20.118 bebês de mães curitibanas. A quantidade de nascidos vivos se amplia para 29.000 se considerarmos as gestantes da região metropolitana que, embora não usuárias do Programa, utilizam a rede de hospitais do SUS no município.

A Comissão de Saúde da Mulher é também forte e atuante. Com representantes de usuários, de entidades de classe e profissionais de diferentes áreas, a Comissão elaborou e participou da aplicação da pesquisa de controle social do Programa Mãe Curitibana.⁸ A participação direta do usuário no controle social se dá por meio das linhas telefônicas da Central de Atendimento ao Usuário (CAU), cujo número é amplamente divulgado pela Prefeitura e pela mídia. A Central atua como instância de avaliação constante do Sistema, recebendo

do pedidos de orientação e queixas. A CAU está também conectada a um serviço mais amplo de atendimento ao munícipe, que abrange todas as demais secretarias. Em relação ao Mãe Curitibana, foi relatado que quase não existem queixas e que a maior parte dos atendimentos se refere à troca da maternidade à qual a gestante está vinculada para dar à luz.

9

Descentralização

A forma de teia em que se organiza a estrutura do Programa, conectando diferentes patamares de atenção e níveis de responsabilidade, implica descentralização. As atividades são realizadas em conjunto, embora cada profissional tenha definidas suas atribuições e respeitada sua autonomia no âmbito de sua esfera de competência. Assim, o bom andamento do trabalho pressupõe o reconhecimento das diversas áreas de competência: técnicos, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, serviço social e outras. Isso altera as relações de poder entre os membros da equipe, ampliando a participação dessas diversas áreas profissionais nas tomadas de decisão, além de deslocar o foco da autoridade, que deixa de estar centrada única e exclusivamente no médico.⁹

O ganho em qualidade para o serviço, implementado por essa medida, pode ser mensurado por sua capacidade de minimizar a pressão num de seus pontos de afunilamento: o acesso à consulta. Ao procurar a Unidade de Saúde, o usuário é encaminhado para avaliação por um profissional da enfermagem, que seleciona e classifica o atendimento, deliberando qual o procedimento a ser adotado.

Nessa consulta, o enfermeiro desenvolve a anamnese, realiza exame físico de forma sistematizada; inspecionando, auscultando, apalpando, percutindo e medindo; aplica testes ou provas complementares para o diagnóstico, elabora diagnóstico de enfermagem e identifica e estabelece a conduta de enfermagem, a terapêutica ou o encaminhamento. Já os auxiliares de enfermagem estão, entre outras atividades, habilitados a administrar medicamentos por via oral e parenteral, fazer curativos, proceder à reidratação oral, aplicar oxigenoterapia, nebulização e vacinas.

9. Este ultrapassado papel atribuído ao médico, de supremo controlador de todas as atividades da competência da Saúde, verticaliza relações e concentra decisões, tornando-se nefasto ao equilíbrio de competências e atribuições e ao bom desempenho das atividades.

10 A participação efetiva da enfermagem na consulta, não apenas como a tradicional “ajudante” do médico, multiplica a quantidade de consultas oferecidas, agilizando o processo e permitindo que o fluxo das atividades ocorra sem grandes atropelos. As consultas são agendadas com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, conforme o grau de risco da gestação, sendo realizadas no dia e, em grande parte das vezes, na hora marcada.

Tanto no âmbito das unidades de saúde quanto no dos hospitais, a atuação das enfermeiras pode ser considerada revolucionária. Tradicionalmente essa categoria profissional ocupa uma posição hierárquica inferior à do médico, destituída de fala e de poder de decisão. Em Curitiba, elas deliberam com autonomia sobre procedimentos, ocupam posições de chefia e conquistam espaço para a humanização do atendimento. *Tem que ser o profissional certo na hora correta. Se o médico fizer seu trabalho, a enfermagem não vai se meter. Aqui, as enfermeiras são orientadas para ‘roubar’ a atenção da paciente. Se vejo que o médico está agindo errado com a gestante, (sendo insensível, por exemplo), puxo toda a atenção dela para mim, resolvendo com isso o problema do mau atendimento. Ele percebe que deu bola fora e vai ficando murcho, murcho...que nem uma cebola.* (enfermeira)

No pré-parto dos hospitais, as enfermeiras obstetrias inauguram na prática a humanização das rotinas, introduzindo musicoterapia e massagem, estimulando o uso do cavallinho e do banquinho “U”, permitindo livremente o banho morno e uma alimentação leve e facilitando o parto de cócoras, quando a gestante assim o deseja.¹⁰ *Existe muita resistência dos médicos. Eles não querem mudar. Não querem usar a cama ppp¹¹ porque ficam muito baixos! Mas o parto não é um ato médico, ele é atividade da mãe.* (enfermeira obstetria)

Essa mudança do enfoque em relação à técnica médica é a essência da humanização. Ela evidencia que a disseminação da visão tecnicista, que é a marca histórica da construção da medicina, traz prejuízos à legítima atenção porque esquece que o corpo do paciente é a materialização de outro ser humano, de carne e osso. O paciente é tratado como objeto e seu corpo, como máquina danificada numa oficina de reparos. A atenção apenas no aspecto técnico reduz o contato,

10. O “cavallinho” e o “banquinho U” são equipamentos do pré-parto: bancos cuja utilização visa o relaxamento, o aumento da dilatação e a diminuição da dor. O “cavallinho” é semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a gestante apoia o tórax e os braços jogando o peso para frente e aliviando as costas. O “banquinho U” é bem baixinho e é usado sob o chuveiro morno para ajudar a dilatação.

11. A cama ppp permite que a gestante fique no mesmo local do pré ao pós-parto, podendo ser articulada em diversas posições para o conforto da mãe e da criança.

físico e emocional, num momento em que dor e pânico deixam o paciente vulnerável. A ausência de uma relação humana isola médicos e pacientes em dois grupos distintos e, nesse vácuo, cada um desses grupos vê o outro como coisa. Sem deixar de lado a segurança, a mudança de enfoque proporciona condições para minimizar o medo, a angústia e o sofrimento.

Em muitos casos, as enfermeiras obstetrias facilitam o acesso dos pais à sala de parto, contribuindo com isso para a tranquilidade e a segurança da mulher. Essa atitude parece ainda ser alvo, por parte dos médicos, de alguma resistência. *Eu vi um pai e uma mãe separados por um vidro e era pior do que cadeia porque não tinha nem aquela janelinha... Me senti horrível. Por que o pai não pode ficar junto? Os médicos só se sentem seguros se estiverem cercados de aparelhos. Só 10% dos partos têm problemas. Mas eles tratam todos como um problema. Não dispensam a tricotomia, a lavagem...* (enfermeira)

Essa verdadeira “revolução das enfermeiras” traz a mulher para o centro da cena, tornando-a a principal atriz de uma representação onde os atores sociais seguem o roteiro do respeito, reconhecendo uns nos outros a dor e o prazer, o sofrimento e a alegria.

Por outro lado, se grande parte dos atendimentos dispensa a intervenção do médico, o trabalho dessa categoria se valoriza. Ao tirar do médico a sobrecarga advinda do uso desnecessário de sua competência e ao criar condições para o bom exercício profissional, o processo evita o desperdício de um recurso humano altamente qualificado, cuja formação é dispendiosa e feita, na maior parte dos casos, com recursos públicos. A diminuição da demanda possibilita ao médico desenvolver melhor sua atividade e proporciona-lhe tempo hábil para dedicar a atenção necessária aos casos que exigem sua efetiva participação.

A hierarquização do Sistema Único de Saúde determina que o acesso seja organizado segundo o critério de complexidade, direcionando o fluxo do atendimento, do simples para o complexo, do geral para o específico, da grande para a pequena quantidade. Ações voltadas para a atenção básica como os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a melhoria da qualidade dos serviços nas unidades assistenciais básicas (no caso, Unida-

12 des de Saúde) concorrem para que a porta de entrada no Sistema seja a porta da casa do cidadão. Toda essa estrutura é aproveitada pelo Programa que, levando a assistência básica, minimiza os problemas de uma população desassistida e carente. *Nosso bairro é um bairro “des”. A população é desassistida, destituída de cidadania, desarticulada politicamente, desqualificada profissionalmente e desesperançada.* (conselheiro local)

Se os agentes de saúde fazem a conexão entre a Unidade de Saúde e a casa do usuário, desbravando-lhe o caminho e estendendo um tapete vermelho para sua passagem, a entrada para tratamento no Sistema acontece a partir daí. É à unidade de saúde que o usuário se reporta em primeiro lugar, a não ser em caso de emergência, como nos acidentes ou crises súbitas. Dessa forma, uma quantidade grande de Unidades de Saúde absorve uma quantidade proporcional de usuários, referenciando alguns deles, segundo a necessidade, a uma instância de serviço mais qualificada. *Conseguimos o vínculo entre Unidade de Saúde e hospital. Os exames aumentaram, vacinas para Rh... Aumentou mesmo! O Programa abraçou tudo, cercou mesmo. Ele é bom.* (auxiliar administrativo)

O trabalho dos agentes de saúde, dos profissionais das Unidades, das maternidades e da Secretaria é absolutamente integrado. Todas as informações coletadas por esses grupos de profissionais são cadastradas em um prontuário informatizado, além de constar de forma resumida na Caderneta da Gestante, que fica sempre com a usuária. Cada gestante é acompanhada de perto, tendo suas condições de saúde avaliadas cuidadosamente.

Ao visitar as moradias, os agentes de saúde verificam na Caderneta da Gestante se ela compareceu às consultas marcadas, se fez todos os exames e se tomou as vacinas ou a medicação necessárias. Caso seja detectado pela Unidade de Saúde a falta da usuária a uma consulta marcada, o agente é encarregado de realizar uma busca ativa, o que significa visitar a gestante em sua casa, conversar com ela, orientar-lhe sobre a importância do pré-natal para a manutenção de seu bom estado de saúde e também do bebê. O agente monitora o desenvolvimento da gravidez e promove o envolvimento das gestantes de sua

microárea. *Conheço todas as gestantes da minha microárea. A gente
acompanha uma (agente de saúde)* 13

Assim, a estrutura é reforçada, evitando-se o estrangulamento que o atendimento sofre quando as Unidades de Saúde não funcionam adequadamente e transferem suas atribuições às emergências dos hospitais. Como o atendimento é garantido nas Unidades, inclusive para fazer e receber exames, evita-se a sobrecarga de consultas nas maternidades e hospitais da rede.

Conclusão

O Programa Mãe Curitibana implementou a filosofia e a estrutura propostas pelo SUS, adequando os pressupostos teóricos às necessidades da realidade local. Esse feito, longe de destituir de valor a iniciativa, ao contrário, agrega-lhe o mérito do pioneirismo e a marca da inovação. Pondo em prática os preceitos teóricos do SUS, a estrutura operacional e a filosofia do Programa, serviram de subsídio para a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, lançado nacionalmente pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, e para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Um ponto problemático, relatado por usuárias e profissionais, é o mau atendimento nos Centros Obstétricos, onde a filosofia do Programa entra em choque com as práticas estabelecidas. O conflito parece fazer parte de um processo ainda incompleto de mudança de hábitos, no qual os focos de resistência à transformação das relações de poder preconizam a permanência da hierarquia estabelecida. Por meio de procedimentos e rotinas violentos ou obsoletos, tais focos de resistência prejudicam a humanização pretendida pelo protocolo do Programa. São duas visões de mundo disputando a cena do nascimento e criando conflitos nas inter-relações entre profissionais e entre estes e os usuários. Esses conflitos originam críticas pontuais que, embora graves, se referem às situações que o Programa procura solucionar, marcando a diferença entre o contexto curitibano e a realidade da atenção à saúde em grande parte do Brasil.

Embora venha obtendo avanços significativos na prestação da aten-

14 ção básica, programas como o Mãe Curitibana esbarram em limitações de ordem estrutural. Segundo o Ministério da Saúde, “seria ingênuo acreditar que se possa reduzir o risco de óbito materno no Brasil aos níveis observados hoje nos países desenvolvidos, sem que ocorra uma substancial melhoria nas condições de vida da população”¹².

12. MINISTÉRIO da Saúde. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*, 4ª ed. Brasília: 2000.

13. CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil - Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art. 196.

De acordo com a Constituição brasileira, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.¹³ Portanto, programas como o Mãe Curitibana são importantes não só por cumprirem a lei na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde, mas por serem instrumento de cidadania que refletem os anseios do povo brasileiro por uma ordem social mais justa.

A fim de cumprir a determinação constitucional, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), por meio da criação do SUS, estabelece que o dever do Estado de prover as melhores condições de saúde à população deve estar alicerçado por políticas públicas que garantam o caráter universal e público do atendimento, sua integralidade, equidade e humanização, bem como os princípios organizacionais relativos à descentralização, regionalização, hierarquização e controle social.

Seguindo essas diretrizes, o Mãe Curitibana deu à luz, num parto gemelar de alto risco, dois filhos: humanização com eficiência e inovação com responsabilidade. Esses filhos, gerados no corpo social, paridos pela qualidade técnica e nutridos pelo uso coerente da tecnologia, possibilitam cada vez mais que os filhos das mães curitibanas possam também nascer com dignidade.