

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**MARITA DE ALMEIDA ASSIS BRILHANTE**

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA NASCER NO CEARÁ: o papel das  
entidades médicas

JOÃO PESSOA

2021

**MARITA DE ALMEIDA ASSIS BRILHANTE**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA  
NASCER NO CEARÁ: o papel das entidades  
médicas**

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Ms. Renan Vieira de Santana Rocha (UFBA)

João Pessoa

2021

## Ficha Catalográfica

BRILHANTE, Marita de Almeida Assis

Participação social no programa Nascer no Ceará: o papel das entidades médicas/ Marita de Almeida Assis Brilhante. Cidade: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.:79.

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Política Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Renan Vieira de Santana Rocha.

Marita de Almeida Assis Brilhante

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA  
NASCER NO CEARÁ: o papel das entidades  
médicas

Dissertação apresentada ao curso Maestría  
Estado, Gobierno y Políticas Públicas da  
Faculdade Latino-Americana de Ciências  
Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título  
de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Aprovada em 8 de julho de 2021.

---

Prof. Ms. Renan Vieira de Santana Rocha  
FLACSO Brasil/FPA

---

Profa. Dra. Beatriz Borges Brambilla  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

---

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

---

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sempre estar ao meu lado em momentos de alegria e de tristeza nesse período de pandemia.

À minha mãe, Hermínia, por ser minha inspiração em vida.

Às minhas irmãs, Luiza e Giselle, por sempre me incentivarem a seguir meus sonhos.

Aos meus filhos, João Emanuel e Luiz Eduardo, por terem me transformado numa pessoa de luta e de resistência.

Ao meu companheiro, Carlos Eduardo, por me ensinar a perceber outros caminhos.

Ao meu orientador, Renan Vieira, por ser paciência e estímulo durante esse período de escrita.

Ao meu amigo David Soares, por me iniciar na vida de militante petista e por sempre contribuir com sua visão perspicaz sobre a conjuntura política.

Ao Partido dos Trabalhadores, por me possibilitar a realização desta pesquisa e por mostrar que vale a pena resistir diante dos retrocessos.

## RESUMO

A participação social nas políticas de saúde intensificou-se no Brasil a partir da Constituição de 1988. Organizações da sociedade civil como as entidades médicas são importantes atores na discussão das políticas para a saúde materno-infantil. Esta pesquisa objetiva compreender o papel das entidades médicas na formulação e na execução do programa Nacer no Ceará, uma parceria entre o Governo do Estado do Ceará, dirigido pelo Partido dos Trabalhadores, e a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia. Foram realizadas três entrevistas com participantes da elaboração e da execução do programa, sendo duas da gestão e uma da entidade médica. Material institucional e midiático divulgados durante os dois anos iniciais do programa também foram analisados de forma complementar. A elaboração e execução do programa contou com a participação de atores governamentais e não-governamentais. Diversas categorias profissionais estiveram presentes na produção dos guias assistenciais e nas capacitações, propiciando soluções conjuntas para os problemas encontrados. O programa é considerado pelo governo como parte de uma estratégia intersetorial mais ampla que prioriza as políticas para a infância. Entre as dificuldades em sua implementação, foram apontadas as mudanças de gestão, a adesão dos municípios e os impactos nos recursos devido à pandemia de Covid-19. Conclui-se que o comprometimento político de entidades médicas contribui para a qualificação dos programas públicos. O diálogo próximo entre governo e entidade médica facilita a elaboração e a implementação das políticas públicas, minimizando as resistências devido à heterogeneidade de ideias e de práticas assistenciais.

**Palavras-chave:** participação social; sociedades médicas; programas governamentais; saúde materno-infantil.

## ABSTRACT

Social participation in health policies has intensified in Brazil since the 1988 Constitution. Civil society organizations such as medical entities are important actors in the discussion of policies for maternal and child health. This research aims to understand the role of medical entities in the formulation and execution of the *Nascer no Ceará* program, a partnership between the Government of the State of Ceará, directed by the Workers' Party, and the Cearense Society of Gynecology and Obstetrics. Three interviews were conducted with participants in the design and execution of the program, two from management and one from the medical entity. Institutional and media material disseminated during the initial two years of the program were also analyzed in a complementary way. The elaboration and execution of the program counted with the participation of governmental and non-governmental actors. Several professional categories were present in the production of assistance guides and training, providing joint solutions to the problems encountered. The program is considered by the government as part of a broader intersectoral strategy that prioritizes policies for children. Among the difficulties in its implementation, management changes, municipalities' adherence and impacts on resources due to the Covid-19 pandemic were pointed out. It is concluded that the political commitment of medical entities contributes to the qualification of public programs. The close dialogue between the government and the medical entity facilitates the development and implementation of public policies, minimizing resistance due to the heterogeneity of ideas and care practices.

**Key-words:** social participation; medical societies; governmental programs; maternal and child health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Abrasco- Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AMB- Associação Médica Brasileira  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Bireme - Biblioteca Regional de Medicina  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CMC – Centro Médico Cearense  
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
Copas – Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde  
Cremerj – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro  
ENSP/Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação  
Oswaldo Cruz  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
Febrasgo – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia  
Fenam – Federação Nacional dos Médicos  
FNUAP- Fundo das Nações Unidas para a População  
GPR – Gestão para Resultados  
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
MBE – Medicina Baseada em Evidências  
MPF – Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização não-governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
Opas – Organização Pan-americana de Saúde  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PBF- Programa Bolsa Família  
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento  
PMM – Programa Mais Médicos  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PT- Partido dos Trabalhadores

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RMM – Razão de Mortalidade Materna  
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SMCRJ – Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro  
SMRJ – Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro  
Socego – Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia  
Socep – Sociedade Cearense de Pediatria  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFPB - Universidade Federal da Paraíba  
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
USP – Universidade de São Paulo  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	11
<b>2. Metodologia</b> .....	15
<b>3. Marcos teóricos e conceituais</b> .....	17
3.1. Estado e Sociedade Civil .....	18
3.2. Participação social nas políticas de saúde.....	21
3.3. As entidades médicas.....	26
3.3.1. Histórico.....	26
3.3.2. Subtipos.....	28
3.3.3. Participação política .....	31
<b>4. Políticas de saúde materno-infantil: potenciais, limites e contradições da participação das entidades médicas</b> .....	34
4.1. Mortalidade materna, violência obstétrica e humanização do parto e do nascimento .....	34
4.2. A participação das entidades médicas na política materno-infantil.....	47
<b>5. Nascer no Ceará: o programa na política e a política no programa</b> .....	49
5.1. O contexto cearense .....	49
5.2. O Programa Nascer no Ceará.....	51
5.3. Principais atores .....	52
5.3.1. Governamentais .....	52
5.3.2. Sociedade civil .....	56
5.4. Potencialidades e desafios da relação governo e sociedade civil .....	57
<b>Considerações finais</b> .....	67
<b>Referências bibliográficas</b> .....	69

## **1. Introdução**

Desde a Constituição de 1988, quando ficou reconhecido formalmente o direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência ao público materno-infantil tem sido alvo de ações e programas públicos. Mesmo diante das contingências provocadas pelo paradigma neoliberal, hegemônico em grande parte do período, essas políticas tentaram universalizar o direito à saúde, com a contribuição da sociedade civil no processo de elaboração e implementação de suas ações (LEAL et al., 2018; 2019).

As intervenções realizadas no âmbito do setor público buscaram impactar os principais indicadores da saúde materno-infantil, como as taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil. Programas intersetoriais tiveram sua importância na mitigação desses problemas, principalmente a partir dos anos 2000, como o Programa Bolsa-Família (PBF). Estados e municípios, guiados por diretrizes nacionais que incorporaram o debate internacional, desenvolveram ações baseados em pactos internacionais como os que resultaram da Conferência do Cairo e Beijing e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), na busca da melhoria da saúde de mulheres e crianças (LEAL et al., 2018).

A partir dos anos 2000, intensificou-se a influência da sociedade civil na formulação e monitoramento dessas políticas por meio da participação em comitês, conselhos e conferências de saúde. A comunidade acadêmica, principalmente aquela ligada à saúde coletiva, teve papel preponderante nesses programas (LEAL et al., 2018). Entidades exclusivamente médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) e suas filiadas estaduais (sociedades de especialistas), restringiram-se em muitos momentos a fazer oposição às políticas públicas, defendendo interesses corporativistas da categoria (SOARES et al., 2017).

No âmbito estadual, o governo do Ceará lançou o programa Nascer no Ceará, em 2018, com o objetivo de organizar a assistência à saúde materno-infantil por meio de elaboração de protocolos de classificação de risco que possibilitem uma assistência mais homogênea nos serviços de saúde nas cinco macrorregiões cearenses. O programa é realizado em parceria com a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (Socego) e integra uma ação estratégica do estado cearense chamada Mais Infância Ceará, que contempla iniciativas intersetoriais.

O programa Nascer no Ceará busca impactar os indicadores de mortalidade materna e infantil, principalmente a neonatal. A redução dessas mortes evitáveis faz parte das metas dos ODM e do Pacto Ceará Saudável, que articula três poderes estaduais (Executivo, Legislativo e Judiciário) e a sociedade civil, a partir de três pilares essenciais: prevenção, gestão e cuidado (CEARÁ, 2019a). Nesta pesquisa, a sociedade civil está representada pela Socego, filiada à AMB, responsável por atividades científicas da especialidade de ginecologia e obstetrícia.

Historicamente, a atuação das entidades médicas tem-se caracterizado pelo corporativismo, com bastante resistência em participar de políticas públicas de cunho mais universal, defendendo um modelo neoliberal de assistência à saúde. Durante a Reforma Sanitária na década de 1980, houve contraposição de ideias entre essas entidades e as associações mais ligadas à saúde coletiva. Mais recentemente, no debate acerca do Programa Mais Médicos (PMM), as entidades nacionais e estaduais posicionaram-se contra o modelo do programa (CAMPOS, 1992; GOMES; MERHY, 2017).

No entanto, quando consideradas parceiras no desenvolvimento de políticas públicas, as entidades reposicionam-se demonstrando que há espaço de atuação junto ao governo na implementação de políticas de natureza mais progressistas, como se propõe o programa Nascer no Ceará. Essa relação entre Estado e sociedade é permeada por uma heterogeneidade nas estratégias de articulação, evidenciando oportunidades de acesso e de efetivação das demandas dos movimentos sociais (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

O Partido dos Trabalhadores (PT) possui um histórico de políticas públicas que contam com ampla participação da sociedade desde o âmbito federal até o municipal (AVRITZER, 2012; 2008). O governador Camilo Santana (PT) buscou, desde seu primeiro programa de governo, implementar iniciativas que dialogassem com vários setores da sociedade civil, principalmente acadêmicos e especialistas em suas áreas. O programa Nascer no Ceará nasce, portanto, da demanda governamental por reestruturação da rede assistencial aliada à bandeira de luta de ativistas do movimento feminista acadêmico que constituem o corpo diretor da entidade médica.

O objetivo do presente estudo é compreender o papel da sociedade de especialistas médicos na elaboração e na execução do programa Nascer no Ceará, tomando como

base a perspectiva relacional do conceito de Estado capitalista. Dentro dessa arena de lutas, as relações de forças evidenciam as contradições e os conflitos da sociedade, bem como a heterogeneidade das instituições estatais (POULANTZAS, 2015).

Traçaremos algumas considerações sobre a relação entre Estado capitalista, governo e sociedade, buscando refletir sobre as características desse Estado e as oportunidades e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas, contemplando a atuação das entidades médicas nessa relação. Em seguida, levantaremos os principais pontos do debate nacional sobre o contexto das políticas públicas materno-infantil e a participação social dos principais atores governamentais e não-governamentais que possuem voz na mídia e nas redes sociais. Por fim, discutiremos as principais características do programa estudado, caracterizando os atores diretamente envolvidos e destacando limites e potencialidades dessa relação durante a implementação de uma política pública.

Partindo de uma perspectiva que resiste à ideia de neutralidade no processo científico, acreditamos numa espécie de fusão do pesquisador com o campo de pesquisa, um pesquisador *in-mundo*, gerando conhecimento produtor de intervenção na vida:

O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. Nesta perspectiva, o pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros (ABRAHÃO et al., 2013, p. 134).

Dessa forma, contando com a experiência da autora em pesquisa em micropolítica da saúde, este estudo contempla reflexões com base em suas vivências na militância em movimentos feministas, principalmente o de Humanização do Parto e do Nascimento, e em movimentos médicos progressistas que atuam na luta em defesa de um sistema de saúde público e universal.

Atualmente, a conjuntura nacional configura-se desfavorável à realização de programas voltados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Assistimos a retrocessos nessa área devido à saída de ativistas feministas de cargos importantes na

estrutura das pastas do Executivo Federal e sua substituição por nomes conservadores, prejudicando a continuidade das políticas públicas materno-infantis.

Esta pesquisa pretende contribuir para a compreensão dos erros e acertos em experiências estaduais, com a finalidade de vislumbrar novas possibilidades de interação entre governo e sociedade civil, bem como estratégias de resistência das forças progressistas. Dentro desse contexto, questionamos que papel desempenham as entidades de especialistas durante a elaboração e a execução do programa Nacer no Ceará. Como a participação dessas entidades médicas, ao deixar de lado o corporativismo histórico de sua categoria profissional, pode qualificar as políticas públicas no âmbito da saúde materno-infantil?

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo exploratório, o qual utiliza a técnica de análise temática proposta por Minayo (2010) para apreciar os dados coletados, buscando realizar uma síntese interpretativa sobre as percepções dos sujeitos em estudo (MINAYO, 2012).

Em relação às entrevistas, foi realizado contato com os principais representantes dos dois atores pesquisados. Três mulheres que participaram da elaboração e execução do programa responderam em tempo hábil para a análise da pesquisa. Os questionários foram enviados por correio eletrônico e as respostas foram enviadas em formato de áudio, transcritas posteriormente (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011).

Os principais pontos abordados com a especialista foram: experiência profissional, agenda política da entidade médica, participação da entidade na elaboração e execução do programa e as dificuldades encontradas nesse processo. No questionário para as gestoras, abordamos: experiência profissional, participação na formulação do programa, papel do governo e das entidades médicas e as principais dificuldades na execução do programa.

As participantes foram consideradas informantes-chave (BISOL, 2012), devido a sua participação efetiva durante o desenvolvimento do projeto. Duas delas representavam a gestão: a coordenadora do Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança, que no momento da entrevista já havia saído da gestão, uma vez que seu cargo foi extinto na nova gestão da secretaria de saúde; a outra profissional estava vinculada ao gabinete executivo da primeira-dama do estado, permanecendo no cargo até a finalização dessa pesquisa. A representante da entidade médica faz parte da diretoria da organização, além de exercer atividades acadêmicas em instituição privada da capital e pertencer ao Coletivo Feminista de Ginecologistas e Obstetras.

A revisão bibliográfica realizada acerca da temática participação social das entidades médicas na saúde materno-infantil possibilitou a análise do segundo capítulo a partir da seleção de dois temas em que mais se observou o envolvimento das entidades: mortalidade materna e violência obstétrica. De forma complementar, utilizamos material midiático e documentos oficiais de entidades médicas e de órgãos governamentais.

No terceiro capítulo, além das três entrevistas, analisamos material de mídia de veículos de comunicação da capital cearense e documentos produzidos pelo Governo do Estado do Ceará e pela Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (Socego) ao longo dos dois anos de implementação do programa. A partir da leitura do material impresso e das entrevistas, dividimos os resultados em três categorias: caracterização do programa, participação dos atores governamentais e não-governamentais e desafios e potencialidades da relação desses atores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o CAAE:38031120.0.0000.8069.

### 3. Marcos teóricos e conceituais

Nas últimas décadas, a análise de políticas públicas vem ganhando destaque no meio acadêmico, evidenciando a diversidade de correntes teóricas e a multidisciplinaridade. O campo de conhecimento das políticas públicas envolve quatro elementos fundamentais: a política pública estrita, composta por diretrizes, projetos, planos, formulados no intuito atender uma determinada demanda; o campo da política (*politics*), constituído de ideias e ideologias que permeiam os conflitos e as negociações; a sociedade política (*polity*), na qual se encontram os grupos de interesses e os atores que influenciam a construção da política pública; e, por fim, as instituições, ambiente em que podemos perceber a interação dos elementos acima descritos (SOUZA, 2006; RUA, 2012).

No que se refere às políticas de saúde, a literatura nacional e internacional identificou Bourdieu, Foucault e Habermas como matriz sociológica da maior parte dos estudos. No Brasil, o campo de pesquisa de políticas de saúde encontra-se ainda em formação, tematizando desde questões inerentes ao jogo político, atores e interesses, como aspectos mais estruturais do ciclo de políticas públicas. É curioso destacar que, apesar de certa tradição de estudos marxistas em outras áreas, em uma revisão de literatura, não foi encontrado um único estudo que mencionasse de forma direta a teoria marxista. Apenas um trabalho utilizou conceitos gramscianos de hegemonia e contra-hegemonia (ESPERIDIÃO, 2018).

Poucas pesquisas trouxeram aprofundamento sobre participação dos atores políticos e sua atuação na formulação da política. Dois estudos nos mostram possibilidades de abordagem para suprir essa lacuna: um caracteriza os atores que elaboraram um plano estadual de saúde; e o outro problematiza o papel dos especialistas na produção de ideias e na proposição de uma agenda política (ESPERIDIÃO, 2018).

Nessa revisão, reconhece-se a necessidade de que pesquisadores expressem concepções ideológicas, identificando conceitos abordados, principalmente a definição de Estado na qual se baseiam suas análises (ESPERIDIÃO, 2018). Nesse sentido, o presente capítulo pretende situar o leitor acerca das bases teóricas a partir das quais esta pesquisa foi realizada.

Na primeira seção, abordaremos aspectos relacionados aos conceitos de Estado e Sociedade Civil, a partir da perspectiva crítica do Estado capitalista. Em seguida, apresentaremos o conceito de Participação Social, identificando seu papel nas políticas de saúde, propondo um debate para além dos dispositivos constitucionais. Para finalizar, traremos uma análise sobre as entidades médicas, atores da sociedade civil sobre os quais se debruça este estudo. Buscaremos descrever sua história, seus subtipos e ideologias que permeiam a participação política no passado e no presente.

### **3.1. Estado e Sociedade Civil**

Historicamente, grandes filósofos e sociólogos buscaram desenvolver uma teoria que explicasse a natureza do Estado. Não é objetivo deste trabalho realizar um resgate dessas teorias, no entanto, explicitaremos alguns aspectos da corrente à qual nos filiamos. Tanto na fundamentação teórica como na discussão dos resultados, adotaremos a concepção de Estado proposta por Nicos Poulantzas em sua obra “O Estado, o poder, o socialismo”, de 1978.

Para Poulantzas (2015), não há uma teoria geral do Estado, sendo possível uma teoria do Estado capitalista. O autor marxista concebe que esse tipo de teoria não pode prescindir da história da constituição e da reprodução do capitalismo. É necessário, portanto, relacionar esse Estado com a história das lutas políticas dentro do capitalismo. Dessa forma, propõe-se uma concepção do Estado como um campo estratégico que condensa materialmente as relações entre as classes e as frações de classes sociais, o que contribuiu para superar a concepção instrumentalista do Estado, dominante na tradição marxista (MEJÍA, 2016).

Nesse sentido, o Estado seria uma arena de conflitos, não configurando um Estado objeto, controlado por uma classe dominante que determina suas ações, tampouco um Estado sujeito, reduzido apenas à sua burocracia sem influências externas, completamente autônomo. Inspirada em Gramsci, a perspectiva relacional considera que o Estado não é um bloco monolítico e que sua política resulta do choque das contradições dentro do bloco de poder, constituindo uma “multidão de micropolíticas diversificadas” (POULANTZAS, 2015, p. 138).

...entender o Estado como condensação material de uma relação de forças, significa entendê-lo como um campo e um processo estratégicos, onde se entrecruzam núcleos e redes de poder que ao

mesmo tempo se articulam e apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros. Emanam daí táticas movediças e contraditórias, cujo objetivo geral ou cristalização institucional se corporificam nos aparelhos estatais (POULANTZAS, 2015, p. 138-139).

Poulantzas (2015) afirma que o Estado não produz discurso único, uma vez que se dirige a várias classes sociais, agindo no campo de equilíbrio entre as classes dominantes e dominadas. As diversas medidas consideradas positivas para as massas populares, tomadas em alguns momentos, podem ser efetivamente concessões impostas pela luta de classes dominadas, interferindo diretamente nas relações de poder. Sobre a questão de a esquerda ocupar o governo, Poulantzas ressalta que isso não significa o controle dos aparelhos de Estado, pois a burguesia pode “permutar os lugares do poder real e poder formal” (p. 141). Esse movimento de deslocar e substituir do Estado burguês evidencia o Estado como um campo estratégico (POULANTZAS, 2015).

No debate contemporâneo, o eixo Estado/Sociedade foi utilizado para definir uma série de teorias acerca do papel do Estado e da participação da sociedade no desenvolvimento de políticas públicas. Compreender a natureza do Estado capitalista torna-se fundamental para analisar a relação Estado e sociedade civil na elaboração e na execução de políticas públicas. A intervenção estatal por meio dessas políticas é uma manifestação da natureza contraditória do capitalismo (FLEURY, 1994).

Na história do pensamento político, Bobbio (2017) considera essenciais as dicotomias Estado/sociedade, público/privado, economia/política. Para determinar o significado do termo sociedade civil, é preciso, portanto, redefinir simultaneamente o termo “Estado”, delimitando sua extensão. O autor considera que sociedade civil é a esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado, sendo o lugar em que surgem e se desenvolvem os conflitos econômicos, sociais, ideológicos, religiosos, que precisam ser mediados pelas instituições estatais (BOBBIO, 2017).

No final do século XX, o conceito de sociedade civil ressurgiu na cena política e social diferenciando-se daquele adotado no século XIX, propondo uma noção tripartite entre Estado/sociedade civil/mercado. A esfera das atividades econômicas privadas (o mercado) também seria distinta da sociedade civil, que estaria mais relacionada ao nível institucional de um mundo da vida, local de socialização, interação social e atividades políticas (AVRITZER, 2012).

Esse modelo tripartite pode ser identificado em outras tradições do pensamento social como o de Gramsci, que diferencia sociedade civil, sociedade política e Estado. Os autores que se baseiam no conceito de sociedade civil gramsciana concentraram-se mais intensamente nas questões que envolvem conflito e luta pela hegemonia cultural no seio da sociedade civil (AVRITZER, 2012).

Os aparelhos privados de hegemonia, a partir dos quais Gramsci define sociedade civil, relacionam-se direta ou indiretamente ao solo de produção, tomando formas mais ou menos organizadas de cultura e consciência, condensando-se em projetos políticos. O processo de conflito e de agregação entre esses aparelhos influenciam o Estado na condução das políticas públicas (FONTES, 2018).

A abordagem gramsciana não vê o Estado como uma cúpula, mas como um espaço ampliado integrando e penetrando as esferas da vida social, da mesma forma que entidades organizativas (de dominantes ou dominados) são incorporadas às definições políticas, interferindo nas ações estatais. Para Gramsci, dominantes e dominados não constituem blocos homogêneos, permanecendo em constante tensão, por meio de visões de mundo ao mesmo tempo rígidas e instáveis (FONTES, 2018).

Para Gramsci, a relação entre sociedade civil e Estado é estreita e ambígua. A sociedade civil não se configura como um espaço de convencimento e autonomia, tampouco como um local de dominação, organizando as vontades sociais dispersas: “significa ao mesmo tempo a constatação da instauração e difusão de aparelhos privados de hegemonia e seu correlato, uma expansão de espaços contraditórios de sociabilidade e cultura” (FONTES, 2018, p. 223).

A visão liberal que contrapõe Estado e sociedade civil pressupõe a participação social em muitos processos de decisão estatal, sem evidenciar o fato de que essas entidades pertencem a diferentes classes sociais. O próprio termo Organização Não-governamental (ONG) é uma expressão direta do projeto liberal. Essa dicotomia Estado/governo apaga as bases de classe desses aparelhos privados de hegemonia. Termos como “terceiro setor” também ajudam a distorcer o perfil de classes e a luta pelas diversas formas de financiamento (FONTES, 2018).

A análise da constituição da sociedade civil brasileira aponta dois processos fundamentais que influenciaram sua institucionalidade: a reação dos setores populares à forma antidemocrática de modernização do país, a qual interferia na sua vida cotidiana;

as associações civis se tornaram importantes atores no aprofundamento democrático após o período autoritário (AVRITZER, 2012).

Na primeira fase, houve crescimento quantitativo do número de associações voluntárias lidando com a organização dos pobres e a participação de seus atores na implementação de políticas públicas. O movimento sanitariaista exerceu grande influência nesse período ao postular a ideia de que a sociedade civil teria condições de atuar nas políticas públicas independente do Estado (AVRITZER, 2012).

Em meados da década de 1990, surge a questão da interdependência entre sociedade civil e o Estado. Nessa fase, os atores da sociedade civil começam a interagir em conselhos de políticas e em projetos específicos que envolvem a implementação de políticas públicas. Nesse sentido, a heterogeneidade de atores torna a sociedade civil brasileira uma instituição pluralista (AVRITZER, 2012). Por isso, a necessidade de caracterizar os atores sobre os quais se fala, suas ideologias e suas conformações políticas, sob pena de invisibilizar a luta de classes, como lembrado por Fontes (2018).

### **3.2.Participação social nas políticas de saúde**

A definição do conceito de políticas públicas não é consenso na literatura. A definição que foca na solução de problemas públicos é bastante limitada, uma vez que oculta as contradições do jogo político. Propõe-se, portanto, superar a visão de políticas públicas como algo neutro, voltadas puramente ao bem público. É preciso trazer à tona seu contexto de interesses, conflitos, relações de poder, ideologias, disputa por recursos e legitimidade. Aspectos como intenções do governo, dinâmica do mercado, demandas da sociedade civil e relações internacionais devem ser valorizados (MACEDO et al., 2016).

A abordagem do ciclo de políticas públicas identifica os atores políticos (indivíduos, grupos ou organizações) como aqueles cujos interesses podem ser afetados pelo rumo tomado por uma determinada política. São divididos em públicos, aqueles que exercem funções públicas e mobilizam recursos estatais, e privados, constituídos por empresários, trabalhadores, profissionais liberais, mídia etc., ou seja, aqueles que não estão diretamente ligados à esfera estatal (RUA, 2012).

Podem ser classificados também em governamentais (políticos, empresas públicas e organizações governamentais) e não-governamentais (grupos de pressão, instituições

de pesquisa, acadêmicos, consultores, organismos internacionais, sindicatos e associações civis de representação de interesses, partidos políticos, organizações privadas). Esses atores negociam seus interesses em diversas arenas políticas, desde a formulação da política até a implementação e a avaliação (RUA, 2012).

As políticas sociais resultam, em grande parte, da força dos movimentos sociais e da luta política. Implementadas por meio da ação estatal, estão no centro do debate político, principalmente porque respondem por uma fração considerável do gasto público, o que as tornam alvo de disputas acirradas na divisão dos recursos orçamentários (CASTRO, 2013).

Esse subtipo de política pública busca assegurar acesso a benefícios àqueles usuários que necessitam de proteção social. As políticas de saúde são consideradas políticas sociais, uma vez que a saúde é um dos direitos fundamentais para a condição de cidadania. Esse tipo de política produz-se por meio de uma interface entre Estado, sociedade e mercado (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p.17).

No Brasil, a participação das organizações da sociedade civil nas políticas públicas intensificou-se após a Constituição de 1988, com a garantia de vários direitos sociais como obrigação e dever do Estado. A implementação das políticas sociais enfrentou um contexto adverso, marcado pela vigência do neoliberalismo e de seus valores do Estado Mínimo, como focalização, privatização, supressão de direitos e desregulação dos contratos trabalhistas. No caso da saúde, o país não priorizou investimentos na ampliação da oferta pública, especialmente nos sistemas de média e alta complexidade, com diversos segmentos da população sem acesso a esses serviços (FONSECA; FAGNANI, 2013).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerada uma “janela” política, logo fechada na sua implantação. As assimetrias de poder ficaram evidentes com alguns interesses conseguindo acessar as arenas decisórias, influenciando as interações e estratégias políticas. A estrutura anterior influenciou a que se seguiu, com as novas ideias da reforma sofrendo alterações e sendo filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas (MENICUCCI, 2007).

As leis complementares que iriam ditar as regras do sistema foram tomadas pela supremacia dos interesses de mercado, seguindo-se de uma batalha por um financiamento adequado para o sistema que se pretendia universal. O começo da implementação do SUS deu-se junto ao início da financeirização do orçamento público nacional, com forte restrição das políticas públicas da área social (VIEIRA et al, 2018).

Na década de 1990, assistimos à valorização de políticas focais voltadas para grupos mais vulneráveis. Isso explica os motivos pelos quais até hoje o SUS é percebido como um sistema para os pobres, mesmo estando presente em vários espaços destinados às classes mais abastadas. Contribuiu para isso a consolidação de um sistema ambíguo (público e do particular/suplementar) e a prática dual dos profissionais liberais, bem como a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que institucionalizou a participação do sistema privado (SÁ, 2018).

Dessa forma, embora tenha sido baseado em referenciais positivos, o sistema foi implementado com muitos desvios das diretrizes constitucionais, tornando-se um sistema de saúde que contrata serviços privados a baixo preço, oferece isenções fiscais a operadoras e seus hospitais próprios e credenciados, permite a gerência de serviços públicos por variados entes e estruturas privadas, aplica políticas focalizadas e restritivas, bem como estabelece indicadores e ações relacionadas ao modelo de “Cobertura Universal de Saúde”, recomendada por agências e organismos internacionais (VIEIRA et al., 2018).

Um dos pontos controversos em sua implementação foi a institucionalização dos conselhos e das conferências de saúde, possibilitando a participação social por meio da Lei 8.142/90. Estudos realizados na década de 1990 e no início dos anos 2000 propiciam questionamentos acerca da efetividade desses conselhos no processo de tomada de decisão. Embora sejam considerados importantes dispositivos

constitucionais para pressionar a efetivação das políticas, são muitas suas limitações como: baixa rotatividade dos integrantes; não diferenciação entre interesse comum e bem comum; distanciamento entre representados e representantes; certa tendência a uma “feudalização” dos espaços públicos pelos grupos de interesses mais poderosos (COHN, 2003, p. 16).

Esta análise se refere ao período dos governos de Fernando Henrique Cardoso. Nesse contexto, a autora destaca que a participação social ocorreu em momento de destituição de direitos sociais e aprofundamento das desigualdades sociais, havendo um maior alinhamento entre esse tipo de controle social exercido pelos conselhos e a gestão do Estado, com a valorização da técnica nas políticas públicas (COHN, 2003).

Outra análise levando em consideração outro período do país, como o que abarca as manifestações de junho de 2013, também sinaliza limites das instâncias constitucionais de participação social. Os conselhos seriam “órgãos de gestão com discussões técnicas, pautadas pelos gestores de saúde, sobre as quais representantes dos usuários pouco conseguem interferir” (ESCOREL; AROUCA, 2016, p.41). Portanto, mesmo em governos considerados com maior participação popular, os conselhos continuavam com atuação limitada no processo decisório.

Essas instâncias acabaram por se transformar em espaços destinadas a soluções de curto prazo, mais afeitas a questões de saúde de natureza individual, como aquisição de bens e serviços médicos/especializados. As discussões são mais atreladas à visão epidemiológica da medicina convencional, distanciando-se do discurso sanitarista, que envolve um debate intersetorial com outras políticas sociais, como moradia, saneamento e educação (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

Constata-se um processo de hierarquização dos saberes, com legitimidade àqueles representantes de um conhecimento sistematizado, tornando esse ator mais capaz de influenciar o direcionamento das políticas. No campo da saúde, o saber do profissional se sobrepõe ao saber do usuário, que pode ser melhor conhecedor do contexto social. A população é colocada em um lugar passivo, apenas como receptora dos benefícios das políticas, o que dificulta a consolidação dos conselhos como espaços de deliberação participativa (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

Incorporando o conceito de capital social de Bourdieu, Sassi (2018) aponta que atores que mais detêm esse tipo de capital conseguem que seus argumentos sejam mais

contemplados no direcionamento das políticas de forma a satisfazer seus próprios interesses. Os médicos, além do capital social, possuem também capital econômico, cultural e simbólico, configurando-se grandes atores no jogo político (SASSI, 2018).

A dicotomia entre o saber popular e o saber técnico traz prejuízos na discussão das políticas públicas. A supervalorização do saber técnico ou a romantização do saber popular são dois extremos distorcem o debate. De um lado, o saber técnico é visto como elitista, perdendo sua real importância, e, por outro, o reconhecimento do saber popular torna-se quase intocável em algumas instâncias: “Dessa forma, desconsidera-se tanto a contribuição dos intelectuais orgânicos às causas populares como o conservadorismo das classes populares” (SCOREL; AROUCA, 2016, p. 42).

Durante o governo Lula, inaugurou-se um tipo de participação social dentro do próprio aparelho estatal por meio da ascensão de militantes de movimentos sociais ou de indivíduos próximos a esses movimentos a cargos da alta burocracia. Essa maior proximidade possibilitou formas de negociação inovadoras entre Estado e sociedade, com alguns ativistas transformando as agências governamentais em espaços de militância (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

No governo Lula, o mote da “participação da sociedade” abriu espaço para a combinação mais criativa de diferentes práticas e rotinas, ampliando as chances de acesso e influência dos movimentos sobre o Estado, obviamente com variações setoriais importantes. Visto sob a ótica das relações Estado/movimento, o governo ampliou as possibilidades de combinações novas e criativas em relação aos padrões estruturais de interação, o que não significa que essas combinações resultem necessariamente em ampliação do acesso aos direitos de cidadania, atendimento das agendas do movimento no curto prazo ou fortalecimento das redes movimentistas no longo prazo (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p. 326).

É possível que esse novo repertório das relações entre Estado e sociedade tenha impactado na ampliação e no aperfeiçoamento de várias políticas públicas durante o Governo Lula. Na saúde, entre 2003 e 2012, foram implantadas mais 16.706 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 33.404 e ampliando a cobertura para 54,84% da população, em 5.297 municípios, indicando uma valorização da atenção primária no Brasil. A cobertura até 2002 era de 31,87% da população brasileira. Em 2006 e em 2011, foram elaboradas novas Políticas Nacionais de Atenção Básica

(PNAB), resultando no crescimento e na qualificação da atenção primária, fundamental para a consolidação e sustentabilidade do SUS (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

No que diz respeito às políticas voltadas ao público materno-infantil, os cenários e arenas são bastante diversos, principalmente porque as diretrizes nacionais são adotadas levando em consideração os debates realizados dentro e fora do Brasil. Atores nacionais, sendo de natureza pública ou privada, têm atualizado esse debate propondo políticas que desencadeiam ações e programas em várias esferas de governo (LEAL et al., 2018; MOREIRA et al., 2015; BARROS, 2010; RATTNER, 2009; DINIZ, 2005).

Dentre os dispositivos institucionais que monitoram a implementação das políticas para saúde materna, estão os Comitês de Mortalidade Materna, compostos por representantes de órgãos governamentais e da sociedade civil. Foram criados em 1984 como parte das estratégias do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), mas começaram a ser implantados a partir de 1988 (GALLI, 2005).

O principal objetivo dos comitês é investigar as causas da morte materna, podendo encaminhar denúncias ao Ministério Público para a apuração das responsabilidades institucionais. Além disso, devem promover atividades educativas para sensibilizar profissionais de saúde. Alguns comitês possuem atividades programadas com participação bem diversificada; outros realizam reuniões eminentemente técnicas em que a participação de entidades da sociedade civil é limitada a algumas categorias profissionais (GALLI, 2005).

O nosso contexto atual assemelha-se ao da década de 1990, com a perda de direitos e aumento das desigualdades sociais, bem como o fechamento de diversas instâncias participativas. Dessa forma, assiste-se a uma tendência de perda de espaço desses dispositivos institucionais na elaboração das políticas de saúde, demonstrando o alto nível de discricionariedade dos governos sobre essas instâncias, as quais sofrem limitações no processo de construção da democracia.

### **3.3. As entidades médicas**

#### **3.3.1. Breve histórico**

Foge ao escopo desta pesquisa uma análise detalhada sobre cada tipo de entidade médica. Descreveremos brevemente o processo histórico da construção desses sujeitos

coletivos que, ao compor o que chamamos de Sociedade Civil, influenciam e são influenciados dentro do ciclo de políticas públicas. Soares et al. (2017) define entidades médicas como:

...organizações que representam os interesses dessa categoria profissional, e que, como tal, participam do processo político em saúde, interferindo, direta ou indiretamente, na tomada de decisões governamentais com relação a diversos aspectos do processo de gestão do sistema de saúde, especialmente às questões relacionadas à gestão do trabalho, isto é, à geração de empregos, à distribuição territorial da força de trabalho em saúde, à política salarial e a outros aspectos relacionados, como é o caso da política de formação profissional em nível da graduação e pós-graduação, que define o volume da oferta e perfil profissional lançado ao mercado de trabalho (SOARES et al., 2017, p. 76).

A origem das primeiras associações médicas possui uma relação intrínseca com a ideia de liberdade profissional e de fortalecimento da profissão por meio da defesa do mercado de trabalho e de uma atuação independente do Estado. As primeiras agremiações levantaram o debate acerca da saúde pública e da urbanização das cidades, buscando também institucionalizar a ciência médica no país, com a realização de congressos e a divulgação de periódicos científicos. Algumas associações eram mistas. Apenas no final do século XIX, começaram a surgir coletivos compostos somente por uma categoria profissional (SALES, 2010).

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), criada em 1829, é considerada a primeira sociedade médica brasileira. Com sua fundação, médicos brasileiros começaram a sentir-se livres das restrições impostas pelo monopólio dos colegas portugueses (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1998). Em 1835, a SMRJ teve seu nome modificado para Academia Imperial de Medicina. Com a Proclamação da República, ganhou o nome de Academia Nacional de Medicina. Antes disso, outras entidades foram criadas em âmbito regional, estimulando ainda mais o sentimento de pertencimento à profissão (MIRANDA; ABREU JÚNIOR, 2013).

Fundada em 1886, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) é considerada a pioneira em promover os primeiros congressos científicos no país. Essa iniciativa trazia ao debate público a questão da autonomia da ciência, uma vez que

instituições fora do aparelho estatal discutiam aspectos científicos independentes do Estado (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1998).

Além disso, a atuação dessa entidade expôs uma característica marcante da história da ciência brasileira do século XIX que é uma aliança entre a atividade científica e o trabalho profissional. Essa associação acabou atraindo para a medicina qualquer indivíduo interessado em ciência, o que explicaria os motivos pelos quais os médicos organizaram as sociedades científicas mais importantes da época (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1998).

Os eventos científicos médicos internacionais, além de aproximar os profissionais, proporcionavam uma interação entre o poder público e a corporação médica, com o objetivo de colocar em prática as deliberações da legislação internacional. Esses congressos objetivavam legitimar o conhecimento médico diante da sociedade e das autoridades públicas (ALMEIDA, 2006).

Na história da medicina do estado do Ceará, destaca-se a fundação do Centro Médico Cearense (CMC), em 1913, em Fortaleza. Em seus encontros mensais, a agremiação discutia o estado sanitário da cidade com a apresentação de estudos demográficos. Comissões específicas eram formadas para avaliar as causas dos principais problemas de saúde, bem como pressionar entes governamentais para solucionar esses problemas. Os textos publicados no periódico oficial divulgavam a opinião da entidade (MEDEIROS, 2013).

Por intermédio do periodismo médico, os doutores procuraram convencer a população da positividade dos conhecimentos científicos e da negatividade de outros discursos e práticas culturais que se voltavam para o sofrimento das pessoas, cura das enfermidades e prolongamento da vida. A Ceará Médico serviu como instrumento para os médicos alencarinóis se inserirem nas discussões acerca de questões relativas ao saneamento da cidade, aos direitos profissionais do segmento, à erradicação das epidemias e ao melhoramento da saúde pública no Ceará (SALES, 2010, p. 140).

### **3.3.2. Subtipos**

Embora em muitos momentos a atuação seja conjunta, as principais entidades nacionais da atualidade surgiram em contextos diferentes. O formato representativo

pode ser explicado pelo processo histórico de institucionalização da profissão, pelas relações entre elas e pela sua conexão com organismos estatais (DIAS, 2018). Ao longo desse processo, a medicina foi conquistando autonomia, garantindo poder de ordem econômica e relativo controle de suas atividades. A aliança com o Estado e com a elite deram o tom nesse percurso de institucionalização da profissão (SASSI, 2018).

Apesar de a entidade sindical superior ter surgido após as outras, o sindicalismo médico está na base da criação dos conselhos de medicina. Uma vez que o primeiro Conselho foi criado oficialmente em 1945, os sindicatos já atuavam também na fiscalização do exercício profissional e no cumprimento de princípios éticos. As três grandes entidades compõem o cerne da corporação médica no Brasil: o Conselho Federal de Medicina (CFM), criado em 1945 e reorganizado em 1957; a Associação Médica Brasileira (AMB), fundada em 1951; e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), de 1973. Cada uma com uma função específica dentro da categoria profissional, possuindo filiais nos entes federativos (DIAS, 2018).

O CFM reúne 27 conselhos regionais de medicina, de abrangência estadual e distrital. Sem autonomia administrativa e financeira, a atuação do CFM até 1957 foi inexpressiva. Com a nova legislação, houve o fortalecimento dos conselhos regionais, com o registro dos médicos em cada estado, e os conselhos tornaram-se autarquias da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público, agora dotadas de autonomia administrativa e financeira. Vale lembrar que os conselhos não possuem poder de legislar, mas detêm poder de elaborar resoluções normativas. Além de fiscalizar o exercício profissional, os conselhos supervisionam e julgam questões relativas à ética profissional e definem o ato médico (DIAS, 2018).

A AMB é composta por 27 associações médicas estaduais, conhecidas como Federadas da AMB, e 396 regionais, além de 59 sociedades de especialidades, consideradas conveniadas. A entidade foi criada com o intuito de voltar-se ao progresso científico, de forma independente do Estado. Sua criação deu-se no contexto de luta pela autonomia dos conselhos que resultou na Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. O Código de Ética Médica foi elaborado pela AMB em 1953 (DIAS, 2018).

A presença política da AMB foi ampliada a partir de 1964, quando a entidade assume posição contrária à ampliação da intervenção estatal na assistência médica. A

prática liberal sempre foi defendida pela entidade. A partir de 1984, a AMB passa a editar a tabela de honorários médicos para todo o território nacional. As pressões da categoria médica tornam a AMB o agente regulador de preços e não mais o governo. A tabela da entidade torna-se referência tanto para o sistema público como para o privado. A entidade era contrária a qualquer forma de controle administrativo ou orçamentário e defendia a livre escolha do profissional pelo paciente (MENICUCCI, 2007).

A FENAM une 53 sindicatos médicos de base estadual e regional e organiza-se em seis federações regionais, que possuem orçamento e estatuto próprios. A entidade, criada durante a ditadura militar, tinha como objetivo unificar as lutas do movimento sindical e fortalecer a representação do sindicalismo médico dentro do contexto dos movimentos pela redemocratização no país (DIAS, 2018).

O assalariamento dos médicos fortaleceu a organização sindical da categoria. No final da década de 70, foram realizados vários movimentos grevistas, que, além das demandas corporativistas, também incluíam propostas de transformação da política de saúde e de democratização do país. Com a redemocratização, as pautas retornam a questões mais corporativistas, como, por exemplo, a crítica à expansão de escolas de medicina (MENICUCCI, 2007).

A AMB não resistia apenas ao controle do governo, também se colocava contra o controle por parte de empresas e operadoras de planos de saúde, o que propiciou o crescimento das cooperativas médicas (MENICUCCI, 2007). As cooperativas, que podem ser de médicos em geral, como é o caso da Unimed, ou de especialistas, conformam a estrutura organizacional do sistema de saúde e são de extrema importância para o mercado médico (DUARTE, 2001).

Essas cooperativas surgem ainda na década de 70, inicialmente como um movimento em busca de melhorias das condições trabalhistas, bem como para garantir autonomia do trabalho médico. Seu surgimento deu-se quando houve o fortalecimento da assistência privada autônoma no Brasil, dentro do modelo previdenciário anterior à criação do SUS, que impulsionou formas de assistência que priorizavam o caráter lucrativo, como a medicina de grupo (MENICUCCI, 2007).

Embora as Unimeds tenham sido criadas em oposição à medicina de grupo e ainda usufruam as vantagens legais decorrentes do fato de serem uma cooperativa – portanto, instituições não lucrativas –, o seu desenvolvimento mostra cada vez mais as suas similaridades em relação às características da assistência e ao desenvolvimento empresarial (MENICUCCI, 2007, p. 128).

### **3.3.3. Participação política**

Nas últimas décadas, o corporativismo embasou a atuação das entidades médicas, com bastante resistência às políticas públicas de cunho mais universal e em defesa de um modelo neoliberal de assistência à saúde. Em dois momentos da história recente das políticas de saúde, é possível verificar esse fato: durante a Reforma Sanitária na década de 1980, quando havia uma contraposição de ideias entre essas entidades e associações mais ligadas à saúde coletiva; e, mais recentemente, diante do Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, quando entidades nacionais e estaduais se posicionaram contra o modelo do programa (GOMES; MERHY, 2017; CAMPOS, 1992).

No entanto, a heterogeneidade no movimento médico possibilitou, por exemplo, na década de 70, a atuação de médicos residentes e do Movimento de Renovação Médica em apoio às ações do movimento sanitário. Criado em 1978, o Movimento de Renovação Médica fazia oposição às lideranças médicas tradicionais, assumindo o caráter de categoria assalariada, criticando o regime ditatorial, bem como as formas de mercantilização da medicina, expressada pela medicina de grupo. Em 1981, houve uma greve nacional dos médicos, reivindicando melhores condições de trabalho e de salário, e questionando a política de saúde (MENICUCCI, 2007).

O programa Mais Médicos foi uma tentativa do Governo Federal de ampliar a atenção básica, apresentando elementos de continuidade e de ruptura em relação à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O programa recebeu forte oposição da corporação médica, principalmente pelo acordo de cooperação com o governo de Cuba. A especialidade Medicina de Família e Comunidade foi colocada como central na formação de especialistas, o que demonstrava que o Estado brasileiro estava procurando aproximar-se da maioria dos países com sistema públicos de saúde no mundo, em que o foco na prevenção e na promoção da saúde são consideradas essenciais (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Vários trabalhos analisaram as resistências ao PMM exercida pelas entidades médicas (SASSI, 2018; GOMES; MERHY, 2017; ALESSIO; SOUZA, 2017; SOARES et al., 2017, MACEDO et al., 2016). Suas ações durante o período que abarcou a formulação e a implementação do programa alinharam-se ainda mais à corrente política neoliberal. Reconhece-se a atuação liberal quando as entidades médicas negociam e discutem o valor de cada ato profissional, empurrando a profissão para uma lógica de mercantilização de seus serviços (SASSI, 2018).

A disputa entre entidades e governo federal fortaleceu a identidade do movimento médico como sujeito coletivo, tornando-o um dos mais dinâmicos movimentos de uma categoria profissional no país e confirmou sua heterogeneidade. CFM e AMB divergiram durante o processo de negociação do programa (GOMES; MERHY, 2017).

Nas análises, ressalta-se a contradição no enfrentamento a um programa em que a centralidade é a valorização da sua própria categoria. O movimento médico oficial não queria perder o controle sobre a atividade médica e entregar importantes decisões para organismos estatais. A nova política de reorganização da atividade possibilitava ao governo credenciar profissionais estrangeiros sem passar pelo crivo das entidades médicas, além de incluir espaços de formação médica de menor *status* dentro da profissão, como é o caso da atenção básica (SASSI, 2018).

O sentimento de que tal programa teria sido um ataque pessoal aos médicos do Brasil, culpabilizando-os pelos serviços de saúde insuficientes e desvalorizando o profissional brasileiro frente ao estrangeiro, também foi uma ideia amplamente difundida entre os médicos pelas entidades (ALESSIO & SOUSA, 2017, p.1151).

A contraposição às ações do PMM pela corporação médica foi uma demonstração de seu pouco compromisso com a qualificação do sistema público de saúde. Os interesses das entidades se distanciaram dos principais valores que fizeram parte do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOARES et al, 2017).

Nos anos 2000, a categoria chegou a discutir a unificação das organizações em uma espécie de Ordem dos Médicos, mas a ideia não chegou a ser efetivada. O conflito de interesses dos diversos atores demonstra que “a arena da saúde é um espaço competitivo, complexo e até contraditório ao colocar em oposição, por exemplo, o mesmo profissional, em razão de formas diferentes de inserção na assistência à saúde”

(MENICUCCI, 2007, p. 156). As pesquisas sobre a participação das entidades médicas e suas divergências acerca das melhores condutas na atual pandemia da Covid-19 podem ser potentes para vislumbrarmos o futuro dessas organizações no cenário político brasileiro.

#### **4. Políticas de saúde materno-infantil: potenciais, limites e contradições da participação das entidades médicas**

Desde meados do século XX, as políticas de saúde com foco no público materno-infantil almejavam a redução dos indicadores de mortalidade no país. Mais de meio século depois, esse objetivo continua sendo perseguido por organismos nacionais e internacionais, a partir de diferentes ações e estratégias. Esse capítulo pretende discutir as principais políticas públicas relacionadas a essa temática, demonstrando a atuação dos grupos de interesse com participação da categoria médica, sendo por meio de entidades institucionalizadas ou pela militância em movimentos sociais.

O campo das políticas públicas materno-infantil utiliza uma série de termos específicos, muitas vezes, evidenciando o perfil político adotado. Iniciaremos explorando os significados desses conceitos e como as entidades médicas se posicionam nesse debate. Em seguida, analisaremos algumas estratégias e programas que são marcos institucionais no desenvolvimento das políticas materno-infantil.

##### **4.1. Mortalidade materna, violência obstétrica e humanização do parto e do nascimento: controvérsias e resistência do movimento feminista**

O final do século XX foi um período de grande efervescência no debate acerca da redução da mortalidade materna. A alta taxa de cesariana da década de 1990 tanto no sistema público como no privado foi alvo de denúncias de várias entidades da sociedade civil, principalmente aquelas advindas do movimento feminista, que exigiam uma efetiva ação governamental para diminuir as mortes evitáveis (MAIA, 2010; RATTNER, 2009; DINIZ, 2005).

Morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) constitui um indicador de elevada importância na avaliação dos serviços de saúde e representa a razão entre o número de mortes maternas durante o período de um ano por 100 mil nascidos vivos durante o mesmo período. A avaliação desse indicador é complexa devido principalmente às subnotificações e revela a qualidade da prestação dos serviços de pré-

natal, parto, puerpério e planejamento familiar. Quanto mais alta a razão, menor qualidade tem o sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2016; VIELLAS *et al.*, 2014).

Em 1996, foi criada na Câmara dos Deputados, a Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a incidência de mortalidade materna no país, cujo relatório final foi divulgado em 2001. Algumas portarias do Ministério da Saúde originaram-se a partir dessa discussão. São elas: a Portaria 985/1999, que cria o Centro de Parto Normal; a Portaria 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; e a Portaria 466/2000, que estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado (BRASIL, 2001).

O relatório final da CPI é um compêndio da legislação internacional, com seus tratados e conferências que abordam a situação da saúde da mulher. O documento enfatiza que a questão da mortalidade materna é determinada por fatores socioeconômicos, assistenciais e infraestruturais, como a qualidade do atendimento prestado bem como as condições de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

No documento, a responsabilização dos médicos é abordada por um deputado pertencente a um partido de esquerda ao criticar a educação e a prática médicas mercantilizadas, que negligenciam o direito de cidadania e o modelo de saúde pública durante a formação dos novos médicos. A falta de mecanismos de monitoramento na vigilância à saúde materno-infantil e a submissão de médicos a empresas de planos de saúde ou hospitais privados também são apontados como causas para a má assistência (BRASIL, 2001).

Dentre as recomendações, o documento apontou a importância de intensificar a parceria com sociedades profissionais, como a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), como uma estratégia para apoiar a formação e capacitação de profissionais no país, com o financiamento público para a realização de cursos. Recomendaram também a distribuição de manuais técnicos e normas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério para todas as equipes de profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Em relação especificamente aos Conselho Federal e Regionais de Medicina, o relatório insta que as entidades tratem com maior rigor a apuração das mortes maternas; atue com mais firmeza no julgamento de negligências dos médicos no preenchimento de prontuários e atestados de óbito com a aplicação de sanções intermediárias; acompanhe o ensino médico e avalie os serviços prestados pelas unidades públicas e privadas, inclusive pelas conveniadas e pelos planos de saúde (BRASIL, 2001).

Mais de uma década depois, em 2015, um editorial da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, editada pela Febrasgo, voltou a chamar atenção para a questão de mortalidade materna, situando a discussão dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), iniciativa realizada em 2000. O editorial aponta o combate às desigualdades e a qualificação da atenção obstétrica como peças fundamentais para alcançar a redução do indicador (SOUZA, 2015).

O documento traz um alerta para a categoria médica diante de iniciativas de grupos de mulheres que buscam a desinstitucionalização do parto e do nascimento. Assinado por um integrante do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo (USP), o editorial diz que é preciso ocorrer mudanças na assistência para assegurar “que as instituições de saúde sigam sendo uma opção segura e atraente para as gestantes e suas famílias no Brasil e no mundo” (SOUZA, 2015, p. 550).

A desinstitucionalização do parto, ou seja, o parto realizado em domicílio ganhou relevância nos últimos anos no país e sofre bastante resistência por parte da categoria médica, que não recomenda que médicos atuem nesse tipo de assistência, chegando mesmo a proibir essa prática em alguns estados (CREMERJ, 2012). Segundo Maia (2010), a assistência ao parto domiciliar mostra-se como uma possibilidade de atuação liberal da enfermagem, com a expansão do mercado de trabalho para as enfermeiras-obstetras e obstetras, antes presa à institucionalidade de centros de saúde.

A autora destaca ainda a questão de gênero envolvendo as duas categorias, quando se coloca que a enfermagem seria uma profissão do feminino e a medicina do masculino, constituindo uma relação hierárquica na qual a enfermagem se encontra submissa à medicina. O modelo humanizado questiona esse lugar prioritário da medicina, buscando cooperação interprofissional, principalmente porque, no caso da obstetrícia, o corpo de conhecimentos não é exclusivo da medicina (MAIA, 2010).

Em 2021, ocorreu mais um capítulo do conflito entre enfermagem e medicina, com a inclusão do acompanhamento pré-natal por enfermeiras-obstetras e obstetrias no rol dos procedimentos a serem ofertados por planos de saúde, por meio de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em um comunicado, AMB e Febrasgo alertam que essa inclusão fere a Lei do Ato Médico e afirmam que vão tomar medidas administrativas diante dessa autorização (FEBRASGO, 2021).

É importante frisar que, ao aderirem ao modelo humanizado, os médicos obstetras passam a entrar em embate com especialistas da sua própria categoria como anestesistas e pediatras/neonatólogos (MAIA, 2010). Ou seja, mesmo entre “iguais”, as diferenças entre os modelos tendem a provocar conflitos na cena do parto, tornando o ambiente ainda mais hostil e com heterogeneidade de ideias e práticas. Esse mesmo conflito entre iguais foi observado quando da implementação do Programa Mais Médicos, quando se contrapunham os especialistas e os generalistas, uma política com foco na atenção básica em detrimento da média e alta complexidade (SASSI, 2018).

Essa questão faz parte de um leque de temas conflitantes entre medicina e enfermagem. O relatório final da CPI da Mortalidade Materna já mencionava o conflito histórico entre as duas principais categorias responsáveis pela assistência técnica à parturiente. Essa disputa data da época em que parteiras eram responsáveis pela assistência aos partos, evidenciando um embate que perdura até os dias atuais entre entidades médicas e de enfermagem (PORTELLA, 2017).

Em 2018, um novo editorial da revista editada pela Febrasgo, desta vez assinado por um grupo de médicos e pesquisadores do tema, volta a destacar a questão da mortalidade materna situando a saúde materna e perinatal como assunto de relevância para o desenvolvimento nacional, instando que o poder público apoie os comitês de morte materna municipais e estaduais. O documento elenca uma série de estratégias para mitigar o problema, destacando que a participação social desempenha um papel fundamental para o alcance dos objetivos (PACAGNELLA et al., 2018).

A expressão “humanização do parto e do nascimento” assume múltiplos sentidos para os diversos atores envolvidos no cenário do parto, variando conforme interesses e influências culturais e científicas às quais estão submetidos. Também traz consigo a necessidade de mudança de paradigmas assistenciais, com a retomada da autonomia feminina, a eliminação da intervenção médica excessiva na fisiologia do parto, a

participação da família, a otimização dos custos e redução das taxas de cesariana (DINIZ, 2005).

A humanização do parto e do nascimento tem como norte a Medicina Baseada em Evidências (MBE), que legitimou o parto não mais como um procedimento médico-cirúrgico de risco, mas como um evento fisiológico *sui generis* na vida da mulher e fundamental para a transição do bebê para a vida extrauterina, do ponto de vista endócrino, imunológico, respiratório e emocional (OMS, 1996).

Analisando a experiência de Belo Horizonte na operacionalização das diretrizes nacionais de humanização do parto, Maia (2010) revela uma agudização na disputa pelo modelo de assistência ao parto no Brasil. O modelo tecnocrático acabou sentindo com mais intensidade os constrangimentos do modelo humanístico/humanizado que orientou as políticas públicas desde 2000. A autora afirma que, além da política pública, há também uma disputa organizacional e de *ethos* profissional, o qual se manifesta na prática assistencial: “Enquanto a perspectiva da medicina obstétrica está no tratar e no patológico, a da enfermagem obstétrica está no cuidar e no fisiológico” (MAIA, 2010, p. 156).

As dicotomias do sistema de saúde, principalmente a que diz respeito ao embate entre público e privado, refletem o caráter excludente e desigual da assistência, privilegiando e consolidando as práticas médico-hospitalares individuais. A cesárea passou a ser o “padrão-ouro” da assistência tecnocrática, dificultando a implementação de políticas de humanização do parto que visavam o fortalecimento do parto normal e o protagonismo da mulher (MAIA, 2010).

Esses preceitos vêm sendo incorporado pelas políticas públicas de atenção obstétrica e neonatal dos últimos anos, provocando questionamentos em relação ao atendimento no setor privado (BRASIL, 2014; LEAL et al, 2019). Como destacou Maia (2010), o Estado brasileiro incorporou o paradigma da humanização como estratégia para reduzir morte materna. O sistema privado resistiu às normativas e diretrizes e acabou tornando a cesariana um bem de consumo, marca de diferenciação e de modernidade:

O acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação pública do modelo humanizado, ocorre no mesmo momento em que se acirram as pressões do Estado para regular a

saúde suplementar e no qual se busca fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde. Tal *timing* não seria mera coincidência: não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil (MAIA, 2010, p. 49).

Além dos problemas de ordem administrativa ou técnica, influenciam na implementação de uma política, o jogo de interesses após na sua elaboração. Os atores organizacionais que mais se alinham às políticas nacionais de humanização do parto já tinham uma prática diferenciada mesmo antes da política ser elaborada e implementada, ou seja, a política serviu para legitimar e fortalecer o modelo praticado pela instituição (MAIA, 2010).

Dentro do ideário que discute a assistência médica e não médica ao parto, o termo violência obstétrica ganhou destaque nas últimas década tanto na pesquisa acadêmica como nos documentos de políticas públicas, acirrando o conflito entre as categorias profissionais (DINIZ et al. 2015). Segundo Tesser et al. (2015, p. 2), a expressão violência obstétrica é “utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos...”

O relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra as Mulheres do Senado Federal, divulgado em 2013, descreve esse tipo específico de violência, que é perpetrada por profissionais de diversas categorias não só a médica, os quais deveriam proteger e cuidar da saúde física e mental das parturientes:

Caracterizada por ocorrer num dos momentos de maior vulnerabilidade da vida de qualquer mulher, essa violência se materializa como negligência, violência verbal (grosserias, ameaças e humilhações intencionais), violência física (incluindo a não utilização de analgesia quando necessário e a realização de cirurgias desnecessárias e indesejadas), além do abuso sexual (BRASIL, 2013, p. 544).

Em 2017, em entrevista ao blog do Ministério da Saúde (MS), a assessora técnica da Saúde da Mulher do órgão define violência obstétrica como:

aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência,

discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo (TINÉ, 2017).

A mudança de diversos quadros técnicos na área da saúde em 2019, fez o Ministério da Saúde mudar o tom posicionando-se contra a utilização da expressão violência obstétrica num despacho da Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. O documento afirma que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”. Acrescenta que a pasta tem envidado esforços para aproximar a academia, os conselhos de especialidades e as sociedades científicas nas discussões sobre as políticas de assistência materno-infantil (BRASIL, 2019a).

Em resposta, o Ministério Público Federal (MPF) recomendou ao MS que atue contra a violência e não proíba o uso do termo (MPF, 2019a). Em novo despacho, o MS reconheceu o direito legítimo das mulheres ao usar o termo violência obstétrica para representar experiências vivenciadas durante o parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito e abusos à parturiente (MPF, 2019b). O Conselho Nacional dos Direitos Humanos também se posicionou contrário ao despacho do MS, considerando um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna (BRASIL, 2019b).

Antes do posicionamento oficial do MS, em parecer de 2018, o CFM afirmou que questões político-ideológicas estariam no cerne da proliferação de leis com o tema da violência obstétrica. A entidade considerou o termo pejorativo, trazendo riscos para a relação médico-paciente, e solicitou a abolição do termo das políticas públicas. Os médicos tomam a expressão como uma agressão contra a especialidade de ginecologia e obstetrícia e o conhecimento científico (CFM, 2018). Em 2019, reiterou a sua oposição à utilização do termo (CFM, 2019).

No site “Observatório da Medicina”, vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), um médico da Fundação aponta as incongruências no parecer do CFM. Para o autor, o parecer do CFM não condiz com o que se espera de uma instituição tão relevante como o conselho que rege

os atos médicos no âmbito federal, o qual deveria estar “em sintonia com o seu tempo e as necessidades sociais representadas pelas mudanças contemporâneas” (REGO, 2018).

Ao focar suas críticas às ativistas do movimento feminista, o parecer do CFM revela seu matiz ideológico, não compreendendo a luta das mulheres por autonomia no contexto dominado pelo patriarcado e misoginia (REGO, 2018).

Afirmar que a autonomia das mulheres deve ter limites reforça essa concepção tradicional sobre o papel das mulheres na sociedade e não como senhoras de suas vidas e é, no mínimo, um equívoco em uma perspectiva dialógica. Esta posição, declarada no referido parecer, aproxima-se também da velha tradição médica que era caracterizada pelo paternalismo, ancorada em muito boas intenções que remontam ao tempo de Hipócrates, como o axioma *primum non nocere* (REGO, 2018).

O médico da Fiocruz destaca ainda outra questão controversa: a que se refere às posições político-ideológicas que estariam presentes no movimento contra a violência obstétrica. Segundo o pesquisador, a maneira como o parecerista coloca as palavras tem o propósito de apelar para reações emocionais e não factuais, valendo-se de artifícios retóricos, expressando uma ideologia conservadora e pouco democrática (REGO, 2018).

No âmbito estadual, um dos conselhos mais ativos nesse debate é o do Rio de Janeiro. Poucos meses depois desse despacho do MS em 2019, o Cremerj realizou ciclo de palestras com o tema “Reflexões Bioéticas: Violência Obstétrica”, reunindo médicos e advogados. Em concordância com o parecer do CFM de 2018, o presidente da entidade do Rio de Janeiro chamou a expressão de pejorativa, criticando o uso com viés ideológico do termo. Raphael Câmara, responsável Grupo de Trabalho Materno Infantil do Conselho na ocasião, defendeu a não utilização do termo, pois manchava a imagem do médico, sugerindo a troca pelo termo “violência institucional” (CREMERJ, 2019).

Uma mesma instituição pode ter posicionamentos ambíguos dependendo de quem a dirige ou de quem é convocado a tecer comentários e relatorias. Em uma matéria do site da Febrasgo em 2017, intitulada “Contra a violência obstétrica”, o presidente da instituição destaca questões do sistema de saúde, falta de compromisso dos gestores e problema da ambiência. Cita o fato de grupos que buscam “demonizar alguns

procedimentos obstétricos”, como uso de ocitocina (hormônio que induz contrações uterinas) e episiotomia (corte na vagina), afirmando que “não se pode manifestar ideias irresponsáveis compradas, de um modo geral, por certas ativistas que muitas vezes agem de maneira passional e com pouca racionalidade para análise crítica dessas questões” (FEBRASGO, 2017).

No ano seguinte, em 2018, num espaço denominado “Recomendações Febrasgo sobre temas controversos”, a relatora, que faz parte de coletivos feministas implicados na humanização, afirma que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade não significa culpabilizar os obstetras e enfraquecer a categoria. O reconhecimento, ao contrário, fortaleceria os profissionais, os quais também estão “expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres”. Nesse texto, a autora utiliza uma série de referências de periódicos científicos para embasar sua análise (FEBRASGO, 2018).

Em 2019, a Febrasgo publica nota de apoio ao despacho do Ministério da Saúde que exclui a expressão dos documentos oficiais do órgão. A nota de 2019 tem muito mais semelhanças com o posicionamento de 2017 do que com o posicionamento referido acima publicado em 2018. No documento, a instituição afirma que participa junto ao CFM de uma articulação de grande campanha publicitária para explicar à população acerca da inadequação do uso do termo (FEBRASGO, 2019).

Em maio de 2019, outra sociedade médica, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), posicionou-se sobre o tema demonstrando preocupação com a supressão do termo violência obstétrica dos documentos oficiais. A especialidade está em processo de valorização nas últimas décadas, principalmente após o Programa Mais Médicos, quando a Atenção Primária ganhou destaque na política pública (SASSI, 2018). Na nota, a entidade define a especialidade como:

...comprometida com uma prática centrada na pessoa e entende a relação médico-pessoa como fundamental para a obtenção de desfechos favoráveis no cuidado à saúde, nesse campo, ainda sendo necessários amplo esforço de desenvolvimento de pesquisa e produção intelectual de forma livre, sem cerceamento da livre expressão de docentes, pesquisadores e profissionais de saúde no diálogo com a sociedade civil organizada (SBMFC, 2019).

No que concerne ao cuidado materno-infantil, a sociedade afirma que o médico de Família e Comunidade também integra o cuidado das mulheres em todas as suas fases do ciclo de vida, incluindo pré-natal e o atendimento dos recém-nascidos e suas famílias no período puerperal. Dessa forma, reconhecem que médicos de Família e Comunidade podem também ser reprodutores de violência obstétrica e discordam do termo violência institucional (SBMFC, 2019). Parece, portanto, que mais uma especialidade médica adentra o debate sobre assistência materno-infantil, colocando-se favorável aos processos de multiprofissionalização da assistência e à autonomia da mulher.

A desresponsabilização profissional colocando toda a carga na instituição pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres não procurarem e usarem os serviços de assistência em saúde e o risco de um uso inadequado do termo nos remete à necessidade de aprimoramento em sua conceitualização, e não de abolição do seu uso. Negar a forma como as pessoas que vivem o problema o definem - ou seja, como experimentam e vivenciam seu sofrimento - pode retardar sua resolução, dificultar o encontro do terreno comum e gerar maior sofrimento indo contra dois importantes pilares da MFC que são o Método Clínico Centrado na Pessoa e a utilização de Medicina Baseada em Evidências (SBMFC, 2019).

Em alguns estados, é possível observar o avanço do debate, como na Paraíba, onde o movimento de mulheres conseguiu a criação do Fórum Interinstitucional Permanente de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica, com a participação das secretarias estaduais e municipais, além dos ministérios públicos estadual e federal e a Defensoria Pública da União.<sup>1</sup>

Entre avanços e retrocessos, um episódio ocorrido no final de 2020, em um evento da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), demonstra o quanto a categoria médica está disposta a resistir no diálogo acerca das intervenções desnecessárias e dos abusos aos direitos das gestantes. O movimento pela Humanização

---

<sup>1</sup> Secretária de saúde assina termo de cooperação para criação de fórum de combate à violência obstétrica. 6 mar. 2018. Governo do Estado da Paraíba. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/secretaria-de-saude-assina-termo-de-cooperacao-para-criacao-de-forum-de-combate-a-violencia-obstetrica>. Acesso em: 10 jan. 2021.

do Parto de Natal foi impedido usar o termo violência obstétrica em um encontro para discutir a temática.<sup>2</sup>

Palharini (2017), analisando artigos de opinião, notícias, notas, recomendações, debates, manuais e entrevistas, publicados por médicos e suas entidades, entre 2011 e 2016, com o tema da violência obstétrica, concluiu que há uma dificuldade de diálogo com a classe médica tradicional, uma vez que há resistência na mudança do modelo de assistência.

Para o discurso hegemônico, a autoridade médica é invisível e, portanto, não há o que ser questionado. Os argumentos envolvidos por uma retórica de cientificidade, justificados pelo seu fim, não significam autoridade, mas, sim, verdade. Isso faz com que nem se discutam os procedimentos técnicos e as práticas que são colocadas em xeque. Todo discurso contrário, questionador e militante é desqualificado (PALHARINI, 2017, p. 29).

Lima (2019), a partir de uma perspectiva dialética e trazendo uma leitura decolonial acerca das disputas discursivas diante do termo violência obstétrica, traça uma análise que demonstra a interseccionalidade entre gênero, raça e classe. Dento desse debate, percebe uma oposição de antagonistas entre as mulheres e os médicos/médicas. A autora alerta que, embora seja um posicionamento hegemônico das entidades, não é homogêneo, lembrando que a própria Febrasgo admitiu o termo em 2018 (LIMA, 2019).

A ausência de legislação federal reflete a controvérsia que o tema gera nas instituições. Atualmente, há três projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. Observam-se muitos avanços em relação aos direitos das parturientes com a preocupação de governos municipais e estaduais em legislar sobre a questão, mas é perceptível a resistência por parte de alguns setores da sociedade em falar abertamente sobre esse tipo específico de violência contra a mulher (ALMEIDA; THOMÉ, 2020).

No meio desse cenário de disputa da prática e do discurso, as doulas ganharam destaque nos últimos anos no campo político. As doulas em sua maioria são mulheres

---

<sup>2</sup> UFRN cancela evento sobre violência obstétrica após pressão de corporações médicas. ADURN. 16 out. 2020. Disponível em: <https://www.adurn.org.br/midia/noticias/13737/ufrn-cancela-evento-sobre-violencia-obstetrica-apos-pessao-de-corporacoes-medicass#:~:text=O%20Movimento%20pela%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do,e%20combater%20a%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica.&text=Levantamento%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.a%20cada%20100%20mil%20nascimentos>. Acesso em: 10 jan. 2021.

que acompanham as famílias durante o ciclo gravídico-puerperal ofertando apoio físico, emocional e espiritual. Elas passaram a ser um importante grupo de interesse nas discussões acerca da humanização do parto e do nascimento, muitas delas originárias do movimento feminista. Reconhecidas como dispositivos de humanização da assistência, municípios e estados começaram a adotar legislação específica para elas, bem como desenvolveram programas de formação em maternidades públicas (SAMPAIO et al, 2018).

As doulas entraram num ambiente tenso de disputa entre categorias por espaço de atuação no modelo obstétrico vigente e jogaram ainda mais luz no embate entre os modelos de assistência, demonstrando que é possível realizar um cuidado compartilhado e centrado na mulher, sem tanta interferência das tecnologias duras. As doulas passaram a existir e resistir dentro do ambiente que já experimentava o conflito medicina *versus* outras categorias, engrossando este último grupo. Estas outras categorias passaram também a estranhar esse novo ator, que, dependendo da ocasião, poderia ser inimigo ou aliado. No entanto, o discurso mais agressivo contra as doulas ainda se encontra na categoria médica. Mesmo reconhecidas pelas políticas, passaram a ser alvo de violências, junto às mulheres assistidas por elas (HERCULANO et al., 2018; BARBOSA et al., 2018).

Como se viu na história das entidades médicas relatada no primeiro capítulo, nem sempre há homogeneidade entre seus participantes, o que pode provocar a criação de espaços de discussão política fora dos ditames institucionais. O movimento de mulheres tem importante destaque nessa luta por políticas públicas que garantam os direitos das gestantes durante a assistência.

No início de 2019, um grupo de médicas criou a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras com um intuito de fazer frente aos posicionamentos conservadores das entidades médicas institucionalizadas. Formada por profissionais atuando na assistência direta ou com pesquisas acadêmicas, esse coletivo se configura como um ator em ascensão no cenário de discussão das políticas, principalmente na defesa da descriminalização do aborto no país. <sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Nota pública da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras contra projeto de lei 2.538/2019. Agência Patrícia Galvão. 25 set. 2019. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/nota-publica-da-rede-feminista-de-ginecologistas-e-obstetras-contraprojeto-de-lei-2-538-2019/>. Acessos em: 10 fev. 2021.

Nos últimos dois anos, o debate sobre humanização e violência obstétrica ganhou ainda mais relevância e politização devido à conjuntura política conservadora e polarizada. Os integrantes mais conservadores da categoria médica ascenderam a cargos públicos e têm buscado implementar suas ideias sobre assistência ao parto. Um deles é Raphael Câmara, ex-conselheiro do CREMERJ, que foi escolhido para coordenar Atenção Básica, o que provocou crítica do movimento de mulheres.<sup>4</sup>

As mudanças nos governos, sejam em âmbito federal, estadual ou municipal, costumam provocar mudanças de rumo, retrocessos ou avanços. Durante governo Lula e Dilma, muitos integrantes de movimentos sociais, intelectuais e pesquisadores assumiram cargos políticos e técnicos, o que contribuiu para o avanço de políticas progressistas, mesmo que em alguns temas os avanços não tenham sido tão notáveis (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

Menicucci (2007), analisando a trajetória da política de saúde brasileira, considera que a configuração institucional modela as interações e as estratégias políticas, estruturando relações de poder e influenciando resultados. Em relação à criação do SUS, a autora enfatiza que o contexto de democratização foi fundamental para o surgimento de atores com propostas alternativas que se aproveitaram da situação de desequilíbrio institucional para realizar mudanças. No entanto, mesmo com as transformações, as características do modelo anterior persistem no modelo a ser implementado:

Diversos incentivos fornecidos pelo modelo de assistência delineado pela política de saúde da década de 60 favoreceram, por exemplo, o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, afetando, dessa forma, o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciando o surgimento de instituições e organizações, como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas empregadoras. Esses segmentos empresariais da assistência à saúde organizaram-se politicamente, vindo a constituir organizações de interesses e a concentrar recursos políticos que lhe permitiram obter significativa influência no processo decisório (MENICUCCI, 2007, p. 27).

---

<sup>4</sup> Um negacionista na Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Catarinas. 25 jun. 2020. Disponível em: <https://catarinas.info/um-negacionista-na-secretaria-de-atencao-primaria-a-saude-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

No que diz respeito à política de assistência materno-infantil, isso se revelou nas resistências das instituições hospitalares, principalmente privadas, em aderirem às práticas humanizadas, bem como no discurso das entidades médicas. Assim, é possível perceber que decisões prévias vão modulando as políticas que se seguem. A forma segmentada como se deu a política de saúde no Brasil dificultou sua consolidação como universalista e igualitária (MENICUCCI, 2007), prejudicando a implementação de políticas públicas em âmbito local.

#### **4.2. A participação das entidades médicas na política materno-infantil**

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, é o programa do século XX focado no público materno-infantil considerado um marco institucional. A concepção integral das necessidades femininas torna esse programa um divisor de águas, sendo referência para todos os outros que o seguiram (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

A relação governo e sociedade civil é evidenciada em várias iniciativas já na década de 1990. Em 1995, o projeto Maternidade Segura foi desenvolvido em parceria entre o Ministério da Saúde, Febrasgo, Organização Pan-americana de Saúde (Opas), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

No que concerne à saúde feminina, o governo brasileiro focou em dois aspectos principais: redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos e ampliação do direito reprodutivo. Para isso, entre 1996 e 2000, o MS elaborou várias leis e portarias visando atingir esses objetivos. Em 2000, é criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na tentativa de aprimorar as diretrizes do PAISM. Em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015). A política Nacional de Humanização da Assistência obstétrica e neonatal, instituída pela Portaria 1067/2005, resultou do Pacto pela redução de mortalidade materna em 2004. Essa política é considerada um marco institucional nas políticas materno-infantis e contou com a contribuição de profissionais da saúde (MOREIRA et al, 2015).

Em 2011, a Rede Cegonha incorporou as ações anteriores, pretendendo aumentar acesso, acolhimento e resolutividade da rede de assistência materno-infantil. Em 2015 e 2017, são lançadas, respectivamente, as Diretrizes Nacionais sobre realização de

Cesarianas e do Parto Normal, tomando como base as diretrizes do sistema de saúde do Reino Unido, considerado exemplo na abordagem à saúde perinatal. As políticas intersetoriais como o Programa Bolsa Família são consideradas fundamentais para a melhora dos indicadores maternos-infantis (LEAL et al., 2018).

Embora haja esforço nacional, essas políticas, muitas vezes, não encontraram eco nas políticas estaduais e municipais, dificultando a implementação dessas diretrizes no contexto local, tornando a atenção à saúde fragmentada e desigual nas regiões brasileiras. O controle social e o envolvimento contínuo de grupos de mulheres e instituições são estratégias para tornar essas diretrizes aplicáveis na prática do cotidiano dos serviços (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

Uma experiência exitosa de aplicação das diretrizes nacionais ocorreu em Minas Gerais. O governo do estado decidiu desenvolver um programa próprio, ao perceber a desarticulação das ações que pretendiam implantar as diretrizes no estado, Em 2003, criou o Viva Vida – Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais, tendo como principal estratégia a parceria entre governo e sociedade civil organizada. Pretendia, além de qualificar a rede de assistência, construir um processo de mobilização social, situando a atenção primária como coordenadora da rede (MOREIRA et al., 2012).

Em 2011, o governo de Minas instituiu o Projeto Mães de Minas, cujo objetivo era acompanhar e orientar gestantes e mães com crianças de até um ano de idade. As ações desse projeto seriam realizadas em parceria entre governo do estado, municípios e organizações da sociedade civil, compreendendo o campo da saúde, educação e assistência social (MOREIRA et al., 2012).

Refletindo sobre o modelo implementado em Minas Gerais, Moreira et al. (2012) alerta que as políticas públicas necessitam estar sempre em processo de revisão. Apesar dos avanços, os autores destacam que ainda permanecem muitos desafios, que vão desde sua formulação até sua avaliação. Concluem que, para efetivar a atenção integral, é preciso construir estratégias abrangentes e intersetoriais, tornar eficiente a gestão das políticas, bem como monitorar e avaliar seus resultados em tempo oportuno para realizar as transformações necessárias (MOREIRA et al., 2012).

Antes mesmo dessa experiência estadual, o município de Belo Horizonte já investia na parceria com a sociedade civil organizada para melhorar a assistência materno-

infantil. Em 1993, foi criada a Comissão Perinatal de Belo Horizonte para Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Perinatal. Em 1999, vários profissionais da rede de assistência passaram a atuar dentro da secretaria de saúde, o que possibilitou a superação de vários nós críticos no atendimento às gestantes e seus bebês na rede municipal (PORTO, 2003).

Na época, houve omissão do governo estadual no processo de gestão, devido ao pouco investimento e ao esvaziamento de quadros técnicos, não apoiando as ações da secretaria municipal. O estado buscou repetir a experiência municipal na Comissão Metropolitana, o que poderia ser exitoso caso alcançasse a mesma integração realizada em nível local (PORTO, 2003).

O forte movimento de mulheres em Belo Horizonte é bastante atuante nas mobilizações sociais e na articulação entre sociedade civil e gestão pública. Várias políticas nacionais como, por exemplo, a Rede Cegonha e os comitês de óbito materno, foram inspiradas em ações desenvolvidas na cidade (LANSKY, 2018; MAIA, 2010).

No entanto, o atual contexto político-ideológico experimentado no país acaba afetando a implementação dos direitos das mulheres. Em 2018, ativistas denunciaram a separação compulsória de bebês de mães pobres, em situação de rua. As decisões judiciais foram tomadas sem que houvesse diálogo com a rede de saúde, composta de especialistas na área de saúde da criança, da mulher e da saúde mental (LANSKY, 2018).

Assim, é possível vislumbrar que, mesmo em conjunturas mais adversas com menos investimentos em serviços públicos e restrições aos direitos sexuais e reprodutivos, essa mobilização constante da sociedade civil pode influenciar as ações dos gestores que estão à frente das políticas públicas tanto no âmbito municipal como estadual. Além disso, as experiências exitosas funcionam como um norte para os programas públicos que se seguem. É possível perceber características semelhantes entre os programas implementados em Minas Gerais e Belo Horizonte e o desenho do Programa Nascer no Ceará, que será abordado a seguir.

## **5. Nascer no Ceará: o programa na política e a política no programa**

### **5.1. O contexto cearense na implementação das políticas de saúde materno-infantil**

A implementação das políticas públicas é cercada de limites, dificuldades e constrangimentos que não se restringem apenas a problemas administrativos ou técnicos. Como vimos, as diretrizes nacionais acabam sendo aplicadas de forma bastante heterogênea no nível local (MAIA, 2010). Contextos políticos favoráveis podem influenciar no sucesso ou no fracasso de um programa. Como lembra Menicucci (2007), a configuração institucional exerce papel fundamental modelando as interações e as estratégias políticas e estruturando as relações de poder entre os grupos.

No que concerne ao contexto de implementação de políticas de saúde materno-infantil no Ceará, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi importante para ampliar a oferta dos serviços de pré-natal. Estudo analisando os dados de uma microrregião cearense em 2001 constatou que, embora a cobertura da população por equipes de saúde da família tenha aumentado o número de consultas pré-natais e melhorado a cobertura vacinal, ainda era necessário avaliar o real impacto dessas ações na melhoria da qualidade de vida das mulheres. Estabelecer um protocolo a ser seguido por médicos e enfermeiros durante a assistência pré-natal, com a garantia de consultas médicas, poderia influenciar os indicadores (MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003).

A partir de 2001, os municípios cearenses passam a aderir ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Até 2003, os 184 municípios já haviam entrado no programa. Entre 2001 e 2006, apesar dos avanços, observou-se que a oferta dos exames laboratoriais mínimos e a vacinação antitetânica permaneciam como gargalos a serem solucionados (PASSOS; MOURA, 2008).

Desafios institucionais como alta rotatividade dos profissionais ou gestores locais de saúde comprometiam o vínculo com o paciente e a continuidade do cuidado. A formação dos profissionais era insuficiente com uma consulta pré-natal inadequada. Havia ainda deficiência de infraestrutura e recursos materiais, descuido no registro de dados, falta de apoio da administração, devido ao desconhecimento do programa e do sistema de registro para avaliação de indicadores (PASSOS; MOURA, 2008). É dentro

desse contexto que surge a necessidade de reestruturação da rede de assistência materno-infantil no estado.

## 5.2. O Programa Nascer no Ceará

O programa Nascer no Ceará foi lançado em março de 2018 pelo Governo do Estado, com o objetivo de reestruturar a linha de cuidado materno-infantil. O programa foi incluído no Programa Mais Infância Ceará, criado em 2015 e coordenado pelo gabinete da primeira-dama do estado, Onélia Santana. O Nascer no Ceará passou a compor um dos quatro pilares do Mais Infância, denominado de Tempo de Nascer. Os outros pilares são: Tempo de Crescer, Tempo de Aprender e Tempo de Brincar (CEARÁ, 2019a).

Em 2019, o governador cearense, Camilo Santana (PT), sancionou uma lei que confere ao Programa Mais Infância Ceará um patamar de política de estado, regulamentando as conquistas já realizadas <sup>5</sup>. O Mais Infância Ceará é um programa intersetorial que contempla um programa de transferência de renda continuada por meio do Cartão Mais Infância, ofertado para famílias em vulnerabilidade social com crianças de 0 a 5 anos e 11 meses dos 184 municípios cearenses. De acordo com o Governo do Ceará, entre 2017 e 2018, o investimento foi da ordem de R\$ 12 milhões. Em 2019, a expectativa era de atingir 51 mil famílias com um investimento total de R\$ 50 milhões.<sup>6</sup>

A primeira etapa do programa Nascer no Ceará foi realizada em 2018, com a elaboração do guia de condutas assistenciais, bem como a capacitação de cerca de 1300 profissionais de saúde dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) das cinco macrorregiões do estado (SOUSA, 2018). A previsão era de um investimento de mais de R\$ 11 milhões na organização da linha de cuidado materno-infantil nas cinco macrorregiões cearenses. <sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> <https://www.ceara.gov.br/2021/01/04/camilo-santana-sanciona-lei-que-consolida-e-atualiza-o-programa-mais-infancia-ceara/#:~:text=A%20lei%20que%20consolida%20e,da%20primeira%2Ddama%20On%C3%A9lia%20Santana.>

<sup>6</sup> <https://www.ceara.gov.br/2021/01/05/governo-do-ceara-amplia-cartao-mais-infancia-e-70-mil-familias-serao-beneficiadas/>

<sup>7</sup> <https://aprece.org.br/blog/noticia/governo-do-estado-lanca-programa-nascer-no-ceara/>

O guia e as oficinas de capacitação buscaram padronizar a assistência e garantir a correta estratificação de risco das gestantes (SOUSA, 2018). Com isso, pretendia-se qualificar a vinculação das gestantes às policlínicas e às maternidades de referência para alto risco, além de ofertar métodos contraceptivos de longa duração às mulheres que tiveram gravidez de alto risco. Ações de acompanhamento e monitoramento foram realizadas por meio de sistema de informação e aplicativos desenvolvidos para esse fim (CEARÁ, 2019a).

As ações do programa pautaram-se nas evidências científicas publicadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros (CEARÁ, 2019a).

Tanto o Mais Infância como o Nascer no Ceará foram planejados por meio de um diálogo próximo entre os setores dentro do governo e desses com as entidades da sociedade civil.

*A gente fez uma visão de futuro: o que a gente queria para as crianças nos próximos dez anos. Sempre foi um trabalho intersetorial, sempre tivemos mais de uma secretaria com esse foco. A saúde da gestante e a saúde da criança sempre são interligadas. Nesse planejamento, a gente já tinha uma luz do que precisava fazer a partir da visão da sociedade civil. Enquanto estado, a gente também escuta muito as demandas e as queixas. Sabemos que existem vários grupos de mulheres, os grupos de profissionais de saúde, os médicos que fazem parte dos comitês de mortalidade materna, que também a gente escutou. Escutamos pessoas que fazem os atendimentos nas policlínicas nos hospitais, nos três níveis de atenção, primária, secundária, terciária, para avaliar, fazer o diagnóstico do que precisávamos melhorar (representante da gestão).*

### **5.3. Principais atores**

#### **5.3.1. Governamentais**

Antes de citar os atores governamentais envolvidos diretamente no programa, faz-se necessário tecer alguns comentários acerca da política cearense e do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), que tem o governador Camilo Santana à frente desde 2014. Um estudo sobre o sistema político-institucional do estado, divulgado pela

iniciativa Plataforma Ceará 2050<sup>8</sup>, elenca três tendências da política local (CEARÁ, 2018a).

A primeira delas diz respeito ao fato de as principais forças políticas estarem aglutinadas em torno de fortes lideranças que concentram os recursos do poder, conduzindo a política em ciclos bem definidos. A segunda é que não há necessariamente uma dominação oligárquica incontestável, mesmo com a existência dessas lideranças. A terceira tendência apontada pelo estudo mostra que, dentro de um contexto de alta contestação, marca da política cearense, o grupo dirigente precisa produzir resultados tangíveis para poder permanecer no poder (CEARÁ, 2018a).

Essa linha de ação é perceptível em todos os governos do Ceará, começando pelo primeiro governo de Tasso, permanecendo como marca até o governo de Camilo Santana. Além da eficácia, todos os governos do Ceará utilizaram o “incrementalismo” como princípio das políticas públicas, a noção de que os avanços se consolidam por meio de regras consensuais embutidas dentro dos aparelhos administrativos (CEARÁ, 2018a, p. 6).

Nos últimos anos, a política cearense experimentou elevada fragmentação partidária, intensa competitividade eleitoral e incoerências das alianças partidárias, o que propiciou forte intervenção dos grupos de pressão, possibilitando a captura da administração pública pelo poder privado. Para combater isso, recomenda-se a recomposição da governabilidade baseada em espaços públicos, com deliberações mais democráticas sobre as prioridades, os investimentos e os resultados (CEARÁ, 2018a).

Esse diálogo com a academia, empresários, consultores externos foi empregado na elaboração do Programa Mais Infância e parece ser a marca do governo de Camilo Santana em várias outras áreas, como se percebe na iniciativa Plataforma Ceará 2050. No estudo setorial sobre saúde, os autores destacam a importância de se pensar formas de reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil do estado, que ainda estão

---

<sup>8</sup> Lançada em outubro de 2017, a Plataforma Ceará 2050 é uma iniciativa do Governo do Estado do Ceará, coordenada pela Universidade Federal do Ceará (UFC) através da Fundação de Apoio a Serviços Técnicos Ensino e Fomento à Pesquisa (Fundação Astef). Reúne governos, entidades privadas, academia, movimentos sociais e sociedade civil e objetiva traçar estratégias para acelerar o crescimento econômico estadual nas próximas três décadas com foco nos setores de saúde, educação, abastecimento de água, segurança pública e geração de emprego e renda.

longe de alcançar a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CEARÁ 2018b).

O próprio programa de governo divulgado no final de 2014, após a realização de seminários, traz essa dinâmica dialógica entre governo e sociedade civil em busca de um “Ceará da Gestão Democrática por Resultados”: “O que se busca neste percurso é unir eficiência administrativa – através da coordenação intragovernamental – e participação democrática na tomada de decisão, maximizando, assim, os resultados e os benefícios públicos”<sup>9</sup>.

O Modelo de Gestão para Resultado (GPR) foi implantado pelo governo de Lúcio Alcântara (PSDB), a partir de 2004, baseado no modelo canadense. Basicamente, esse modelo preconiza ações de maior eficiência e eficácia no uso do recurso público e maior responsabilização dos gestores na prestação de contas. Dessa forma, as necessidades dos cidadãos seriam otimizadas diante dos limitados recursos públicos (MEDEIROS; ROSA; NOGUEIRA, 2009).

O relatório final de 2019 traz uma visão bem otimista das experiências dos últimos anos apontando melhorias da governança em âmbito estadual e municipal, bem como no meio empresarial e na sociedade civil, mesmo no contexto de crise nacional:

Construiu-se neste estado, uma trajetória de experiências de governança avançada que permite ousar no momento em que se propõe um plano de longo prazo, mesmo quando o Brasil patina imerso em uma conjuntura de crise, e a maioria de suas lideranças públicas e privadas está refém das emergências e foca no curto prazo (CEARÁ, 2019b, p. 10)

Em relação especificamente ao Programa Nascer no Ceará, os atores governamentais buscam vinculá-lo a essa estratégia de longo prazo de desenvolvimento do estado, destacando seu pertencimento às ações de planejamento do governo dentro do Eixo Ceará Saudável (CEARÁ, 2017). Este eixo concentra o segundo maior volume de recursos alocados no Plano Plurianual 2020-2023 com 23,33%, ficando atrás apenas

---

<sup>9</sup> Os 7 Cearás. Propostas para o Plano de Governo. Fortaleza, 2014.

do Eixo Ceará Pacífico, que contempla políticas de segurança pública, com quase 30% do volume total previsto.<sup>10</sup>

No material midiático analisado, é possível perceber, no discurso dos atores públicos, o foco na questão dos resultados, principalmente na queda dos indicadores, com o envolvimento do governo estadual na dinâmica municipal de prestação do serviço materno-infantil. Valoriza-se também a intersetorialidade presente nos programas estaduais, bem como a relevância da mediação governamental entre cidadãos e profissionais que prestam assistência.

O Estado é colocado em um papel de protetor e garantidor dos direitos das mulheres e de seus filhos, como é possível perceber na fala da primeira-dama, Onélia Santana, no dia do lançamento do programa:

Essa é uma política pública feita para as mulheres, as gestantes que precisam de maior atenção. Ainda são muitas as mães que morrem no parto. O sonho de ter seu filho não é realizado. Então o Estado assume mais um papel para prevenir e impedir que essas mulheres sofram por falta de assistência. São mulheres em alto risco, mulheres que são violentadas, que necessitam de vacinas, todas serão cuidadas pelo programa. Será feito mapeamento através de um sistema, um aplicativo, com o compromisso nosso para que a gravidez das mães ocorra com tranquilidade.<sup>11</sup>

A política voltada à infância está entre as dez políticas prioritárias do governo de Camilo Santana. A atuação da primeira-dama à frente dessa política confere visibilidade às ações. Na secretaria de saúde, o apoio do então secretário da saúde Henrique Ravi e de seu secretário-executivo Marcos Gadelha também foram importantes para a criação do Nascer no Ceará (CEARÁ, 2017).

Com o apoio do gabinete da primeira-dama, a elaboração e a execução do programa ficaram a cargo da Secretaria de Saúde do Estado, por meio do Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança, que, por sua vez, é vinculado à Coordenadoria

---

<sup>10</sup> <https://www.seplag.ce.gov.br/2019/10/01/governo-do-ceara-encaminha-para-assembleia-o-maior-ppa-da-historia-r-132-bilhoes/>

<sup>11</sup> <https://aprece.org.br/blog/noticia/governo-do-estado-lanca-programa-nascer-no-ceara/>

de Políticas de Atenção à Saúde (Copas). No final de 2019, esse núcleo foi extinto, devido à uma reestruturação da secretaria de saúde do estado.

### **5.3.2 Sociedade civil**

Em relação aos atores da sociedade civil, a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (Socego) foi a principal parceira na elaboração e implantação das estratégias do programa, tendo sua presidente Liduína Rocha como coordenadora-geral do projeto. A Sociedade Cearense de Pediatria (Socep) participou da elaboração do guia de condutas assistenciais, sem envolvimento direto com a elaboração e execução das iniciativas do programa (SOUSA, 2018). As duas entidades são filiadas às suas respectivas sociedades de especialistas nacionais, que, por sua vez, são filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB).

A gestão de 2017 a 2020 da Socego foi comandada por Liduína Rocha, que atua tanto no serviço público como no privado. Na gestão anterior a 2017, foi vice-presidente da entidade. A obstetra foi também presidente do Comitê de Prevenção à Morte Materna Fetal e Infantil do Estado do Ceará. Atualmente, integra a Rede Feminista de Ginecologistas Obstetras, citada no capítulo anterior, e o Coletivo Rebento, grupo de médicos cearenses progressistas que realizam ações em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ética médica, fazendo oposição às políticas do governo de Jair Bolsonaro.

Portanto, a obstetra é considerada uma figura que atuou como um elo entre atores governamentais e da sociedade civil, uma vez que circulava em diferentes cenários e ocupava posições-chave em entidades tanto públicas como representativas da classe. Em artigos e matérias jornalísticas da mídia local, bem como no parecer da Febrasgo de 2018 citado no capítulo anterior, a presidente da Socego costuma expressar opiniões contra-hegemônicas, posicionando-se favorável às ações de humanização do parto e de garantia de direitos reprodutivos das mulheres.

Em texto divulgado no site da entidade, a médica divulga texto sobre um evento científico internacional de humanização do parto que seria realizado em Fortaleza em 2020, mas que, devido à pandemia, teve de ser cancelado. Para ela, seria uma reunião:

Das mais importantes porque, ali, pessoas cujas atividades rotineiras estão comprometidas com a observação, a escuta, protocolos e diretrizes recomendados por agências especializadas, as evidências

científicas, as relações não-hierárquicas e o entendimento de que a informação é das maiores estratégias preventivas. E chamo universo sexual e reprodutivo da mulher àquilo que se convencionou tomar por um atlas anatômico trivial. Carregamos conosco dos mais importantes territórios biopolíticos em disputa. Se necessário um exército para combater a violência obstétrica, a obediência, o silêncio imputado, os exames tornados um hábito irrefletido, as declarações enganosas, as práticas venais, somos nós quem o geramos. O exército nasce do útero de uma mulher (SOCEGO, 2019).

Nos últimos dois mandatos da entidade, a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como ações que reduzissem a mortalidade materna fizeram parte da agenda política da entidade. A Socego já atuava junto a organismos governamentais por meio de seu assento no Comitê de Mortalidade Materna do Estado.

*A agenda política se pautava pela defesa dos direitos das mulheres que se sustentasse sobre o direito à autonomia. Então, era uma defesa dos direitos das mulheres, que colocava a mulher como protagonista. Esse foi um ponto muito forte da entidade naquele momento. Os protagonistas não eram os médicos, o protagonista era a própria mulher e o papel dos médicos é prestar assistência tomando isso como base. Esse era o norte das ações da Socego, por isso essa aproximação com as mulheres e com a cidade de uma maneira geral. A Socego esteve, nesse período, muito presente em diversos cenários ditos não médicos. Ela se integrou na sociedade de uma forma muito forte com uma agenda política de fato de cunho social e progressista, tanto que os congressos nesse período foram todos marcados por momentos de participação, abertos para participação popular, principalmente das mulheres. (representante da Socego)*

#### **5.4. Potencialidades e desafios da relação governo e sociedade civil**

A parceria entre o governo e a sociedade civil é exaltada por ambos os atores envolvidos. A relação mais próxima entre os profissionais de saúde que trabalham na assistência e as gestões municipais e estaduais é percebida como um dos aspectos centrais na melhoria dos cuidados maternos e perinatais. O diálogo de profissionais e gestores com perspectivas distintas sobre os problemas possibilita a construção de soluções conjuntas, como se pode perceber na fala da supervisora da secretaria de saúde:

*Os médicos que atuavam na área assistencial passaram a ter um entendimento melhor das dificuldades que temos de gestão de rede, de gestão pública. Muitas vezes, esses profissionais andam em paralelo, em separado das políticas públicas e não entendem como é que a gente tem essa dificuldade de organizar essa rede. A partir do momento que eles integraram o programa, eles começaram a compreender todas as potencialidades e fragilidades da rede materno-infantil do estado. Com isso, houve um entendimento de como elaborar cada estratégia no nível de atenção, primária, secundária, terciária, para que a gente conseguisse integrar essa rede e melhorar a qualidade do cuidado (representante da gestão).*

Por parte dos médicos, houve resistência residual em relação a algumas etapas. O diálogo intenso sobre os objetivos das capacitações e da reestruturação da rede reduziu a desconfiança por parte da categoria em relação a políticas públicas que são iniciadas e, muitas vezes, não são concluídas. Por parte do governo do estado, havia a demanda de reformular a assistência materno-infantil. Essa necessidade permanece, uma vez que o programa não foi implantado em sua totalidade, devido à pandemia.

*Havia um entendimento por parte da Sesa que a aproximação com as sociedades médicas científicas, como é o caso da Socego, traz um elemento na construção das políticas públicas de saúde, que é a questão das melhores evidências científicas. (representante da Socego)*

*Conflitos sempre existem. Mas eu acho que o que ajudou muito foi que não começamos dizendo o que o estado queria dos médicos, dos enfermeiros-obstetras dos diferentes tipos de atenção. Foi o contrário. A gente ouviu o que esses profissionais que trabalhavam nos três níveis de atenção, que faziam parte de comitê de mortalidade materna, o que eles observavam, quais eram as grandes falhas, onde a gente podia melhorar. Inclusive, o que eu acho interessante é que eram os próprios profissionais admitindo onde eram seus erros. (representante da gestão)*

Durante as reuniões multidisciplinares, a questão sobre a divisão do trabalho entre as categorias médicas e não-médicas acabou surgindo, e foi debatido quando o enfermeiro poderia atuar e qual o papel do médico na assistência. A discussão conjunta de estratégias entre esses profissionais e os representantes governamentais possibilitou articulação de ideias benéficas a todos, principalmente à autonomia da mulher.

*Como eles estavam em grupos de trabalho, foi mais fácil delinear o que seria a ação de um e a ação de outra. Havia aqueles onde o médico é onipresente e aquelas equipes que já trabalham com apoio de doulas, enfermeiras-obstetras, em que o médico entra nos casos mais complicados, em outro ponto dessa questão do parto. Eles mesmos conversavam e iam alinhando o que seria ideal. Apesar de o estado ter estimulado esse processo, na verdade, eles que deram resposta ao estado. Apontaram as falhas e o estado estava aberto a ouvir. Foi falado de estrutura mínima que deveria ter em cada maternidade, como deveriam ser os critérios para a questão das gestantes serem atendidas no lugar A, B ou C. Acho que esse processo é dialógico e isso ajuda a diminuir muito esses conflitos dentro da corporação médica. (representante da gestão)*

Durante a elaboração e a implementação das primeiras etapas do programa, houve bastante proximidade entre a secretaria de saúde e a entidade médica, uma vez que a presidente da entidade permaneceu sendo a coordenadora do programa. Mesmo após a fase da criação das linhas-guias e com a saída de Liduína Rocha da presidência da entidade, a Socego continuou como um ator importante, principalmente porque segue no Comitê que investiga os óbitos maternos no estado (SOCEGO, 2018).

O desenho do programa é percebido como inovador e com grande possibilidade de impactar a assistência materno-infantil do estado, ao destacar questões antes não abordadas e as falhas dos indicadores. Os atores identificam que a reestruturação da rede assistencial não só reduz a peregrinação das mulheres como também possibilita melhores condições de trabalho aos profissionais dos três níveis de atenção.

Em relação às dificuldades enfrentadas, os recursos públicos e a continuidade das políticas com a mudança de gestão são os problemas mais citados. O Programa Nacer no Ceará obtinha recursos financeiros a partir do Fundo Estadual de Combate à Extrema Pobreza, em razão de a mortalidade infantil ser indicador diretamente relacionado às condições socioeconômicas da população. A percepção é que a burocracia na liberação dos recursos dificulta a implantação de um programa quando ele é exclusivamente financiado com recursos públicos.

*Como é de um fundo estadual, esses recursos são programados para um ano. Então, o programa ano a ano tem que ser reprogramado. A gente tem muita dificuldade porque perde a continuidade do programa. Em dezembro, se encerram os recursos e só vão ser*

*liberados a partir de março do outro ano. Temos o intervalo de janeiro e fevereiro em que o programa fica sem continuidade e isso compromete as estratégias (representante da gestão).*

Para garantir esses recursos, o projeto precisou justificar que a qualificação da assistência com a correta classificação de risco das gestantes seria bem menos dispendiosa do que os gastos com crianças em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e com as complicações dos partos.

Tanto para os atores governamentais como para os não-governamentais, as negociações políticas durante as pactuações com os municípios são apontadas como os maiores desafios. O diálogo com governos locais, com diversas secretarias de saúde, mostra-se complexo e desafiador para o gestor público e foge do cotidiano dos atores da sociedade civil mais acostumados com a dinâmica acadêmica. O reconhecimento de falhas na assistência e na estrutura por parte desses atores locais, as necessidades de revisão de indicadores e de pactuação, são considerados os principais entraves no diálogo entre os entes públicos e privados.

*O segundo ponto mais importante foi a questão de pactuação com os municípios. Os municípios ainda estavam muito naquela coisa de o que é que eles deveriam fazer, de cumprir essa pactuação, a gente teve que passar nas entidades para a gente ter adesão dos municípios. A adesão não foi tão grande como a gente esperava. Existiam algumas coisas que a gente sabe que o resultado é mais a longo prazo. A nível de gestão pública, o mais difícil é poder cobrar as obrigações, o que cabe ao município e o que cabe ao estado. A assistência ao parto e a classificação de risco começava nos municípios, na atenção básica. Então, a gente precisava pactuar alguns serviços, algumas ações que deveriam acontecer na atenção básica. (representante da gestão)*

Constata-se que a aliança entre as políticas estaduais e as municipais não é um processo fácil de ser alcançado, o que, muitas vezes, prejudica a implementação das fases do programa. Nem sempre os municípios cooperam e as falhas na rede podem ser percebidas em vários pontos principalmente quando a usuária chega à assistência hospitalar, como a falta de exames básicos durante o pré-natal.

Nesse sentido, a ideia do governo do estado foi lançar mão de incentivos para estimular os municípios a melhorarem seu desempenho na saúde. Em outubro de 2020,

o governo aumentou o repasse do ICMS aos municípios de 5% para 15%, com base nos critérios da saúde, com o objetivo de fortalecer a regionalização.<sup>12</sup>

*Eles recebem de acordo com o desempenho de três indicadores: redução da mortalidade infantil, redução dos AVCs e Infartos e a redução dos acidentes de moto. Através desse desempenho, a gente vai ter uma premiação para esses municípios que conseguirem se sobressair nesses indicadores. Como a gente diz muito aqui no estado, é que na política pública, um braço é o estado e o outro é o município e só funciona quando os dois dão as mãos. (representante do governo)*

Sobre a continuidade do programa, a mudança na gestão da secretaria de saúde e a pandemia da Covid-19 prejudicaram o andamento das ações. O Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança, vinculado à Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde, foi extinto e não faz mais parte do organograma atual da secretaria. Não foi possível implantar a segunda fase do programa.

*Infelizmente, em relação às políticas públicas, nós temos muitas dificuldades, pois elaboramos um programa muito bom, reconhecido pelo Ministério da Saúde como de excelentes estratégias, com propostas com evidências de que conseguiríamos reduzir os indicadores, mas os entraves políticos, financeiros e de gestão pública, impediram a implantação total dessas propostas. (representante da gestão)*

*Teve uma coisa que atrapalhou muito o Nascer no Ceará. Primeiro, a gente começou as ações muito na mudança de gestão. Então teve todo um trabalho para organizar essa mudança de gestão depois das eleições. Teve mudança de secretário, teve toda uma adequação ao processo. E até hoje o programa é prejudicado muito pela questão da pandemia, porque vinha muitos recursos para melhorar essa linha materno-infantil. Muito dos recursos que estavam previstos foram para as áreas emergenciais que a pandemia demandou investir (representante da gestão)*

Além dessa redução dos recursos, a pandemia afetou principalmente a fase em que se objetivava analisar os dados das unidades que possuem serviço materno-infantil. A

---

<sup>12</sup> <https://www.ceara.gov.br/2020/10/01/icms-assembleia-aprova-projeto-que-triplica-repasse-aos-municipios-com-base-nos-criterios-da-saude/#:~:text=O%20Governo%20do%20Cear%C3%A1%20vai,san%C3%A7%C3%A3o%20do%20governador%20Camilo%20Santana.>

coordenação do projeto preferiu não realizar essa análise de forma remota, porque várias informações seriam perdidas. Em meados de 2021, o programa encontra-se paralisado.

*A gente está sofrendo muito com esse ano de pandemia. A gente ia ter muitas ações estruturais da rede que iam ser feitas em 2020. Trabalhamos muito a questão da formação dos profissionais, a confecção da linha de cuidado, os materiais didáticos, nos nossos primeiros anos. Na hora de melhorar a qualidade mesmo, de ter médicos nas policlínicas para fazer o atendimento a gestantes de alto risco, ter um cuidado maior com a questão da regulação das gestantes, para ela ter o lugar de parto adequado ao seu risco, muito dos nossos recursos foram destinados a outras áreas da saúde por conta da pandemia.*

A pandemia golpeou a saúde materno-infantil duplamente: afetou a implementação do programa em si e influenciou os indicadores de mortalidade materna. Durante esse período, houve redução do número de consultas no pré-natal, pela dificuldade de acesso das gestantes aos postos de saúde. A sobrecarga da rede para atender as demandas da Covid-19 prejudicou a assistência ao parto na rede hospitalar. Uma das estratégias do governo foi intensificar as ações do programa de transferência de renda continuada específico do Mais Infância, aumentando o número de famílias que são beneficiadas pelo Cartão Mais Infância. Até julho de 2021, a expectativa é que alcance 150 mil famílias em situação de extrema vulnerabilidade social.

A participação da sociedade civil é percebida tanto pelos atores governamentais como pela própria entidade como fundamental para a qualificação e o fortalecimento das políticas públicas. O alinhamento das ideias entre a gestão e as entidades parceiras pode ser identificado como uma potencialidade na elaboração e execução dos projetos. Nas entrevistas para esta pesquisa, foi possível perceber essa identificação em ambos os discursos:

*Políticas públicas que desconsiderem a sociedade civil estão fadadas ao fracasso. Nenhuma política impositiva ou baseada exclusivamente na percepção dos gestores vinga. Até porque as políticas públicas têm que ser construídas no interesse das pessoas, individuais e coletivas. Essa participação deveria ser indissociável de qualquer administração de cunho democrático, a qual deve ser perpassada e atravessada por esse diálogo com as pessoas enquanto*

*indivíduos, mas também as pessoas coletivas enquanto grupo e associações. A representação política dos grupos sociais é extremamente importante para que se garanta a defesa de seus direitos e interesses. (representante da Socego)*

*A gente quer que a mulher tenha uma atenção, um respeito, independente da classe social que ela esteja. E isso é uma mudança mesmo. Essa questão da atenção humanizada, você pode ter todas as regras do mundo, pode ter um modelo, mas se a pessoa não estiver sensível, se ela não acreditar naquilo, fica difícil. Então, a gente ainda encontra muita resistência não na ideia em si, mas naquilo que você vê na prática de forma teórica. (representante da gestão)*

Ao longo das últimas décadas, o Estado tem transformado a forma de se relacionar com a sociedade civil, incentivando a participação na elaboração e execução das políticas públicas. A institucionalização dessas práticas estimulou ainda mais o diálogo, criando inúmeras possibilidades de atuação de entidades da sociedade civil (GOHN, 2011).

Especificamente sobre a coordenação do programa Nacer no Ceará, verifica-se um perfil composto por profissionais que já se identificavam com políticas públicas para as mulheres seja no âmbito da gestão como também da assistência à saúde. Da mesma forma como aconteceu em Belo Horizonte, a entrada desses profissionais que lidam diretamente com o atendimento clínico e com pesquisas acadêmicas na gestão pública foi fundamental para os bons resultados dos programas desenvolvidos (MAIA, 2010).

Como apontado em outros estudos, nesta pesquisa, evidencia-se que a heterogeneidade dos atores políticos sejam públicos ou privados e a articulação dos sub-sistemas de políticas públicas geram configuração específica nos setores facilitando ou dificultando o acesso e a atuação de movimentos sociais. Para compreender a participação social, é preciso identificar os pontos de acesso disponíveis aos movimentos, bem como a presença de atores dentro da burocracia exercendo o ativismo institucional (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

Os movimentos não só aproveitam as oportunidades colocadas pela conjuntura, como, no caso da presença de aliados em posições de poder ou da existência de canais institucionais de acesso aos processos decisórios, também tentam criar oportunidades ao atuarem para alterar o

ambiente institucional no qual operam (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018, p. 112).

Ao transformarem suas demandas em propostas políticas, os sujeitos coletivos aumentam as conquistas institucionais, ampliando o acesso aos recursos do Estado. A mudança de governos, sejam eles mais ou menos progressistas no que diz respeito à participação social, bem como as condições econômicas tendem a influenciar as negociações (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018). Portanto, há necessidade de formar esses sujeitos coletivos que disputem projetos contrários ao do capital:

Nessa arena de disputa, que representa o setor saúde, um fator responsável por desequilibrar as forças é o acesso à informação e ao conhecimento. A difusão de informações e de conhecimentos é essencial. Avanços são alcançados quando há uma diversidade de olhares e espaços de articulação entre Estado/sociedade, sociedade/sociedade e Estado/Estado, pois se aproxima das diversas realidades e encontram-se soluções mais concretas, adequadas e viáveis (COELHO, 2012, p.146).

O diálogo proposto pelo governo do estado do Ceará trouxe esses olhares externos à gestão e possibilitou a criação de espaços de articulação entre sociedade civil e gestão. Nesse sentido, a parceria entre uma entidade médica e o governo propiciou enfrentar uma demanda bastante complexa como reestruturação de uma rede de assistência historicamente desarticulada. É possível perceber que o olhar dos especialistas, daqueles que atendem às mulheres no cotidiano, está presente no desenho do programa (SOCEGO, 2018).

Segundo Lotta (2017), o êxito nas parcerias deve-se sobretudo à ação dos indivíduos ao mobilizarem suas redes de relações, aumentando o nível de integração entre os atores. No entanto, essa participação não deve provocar um enfraquecimento do Estado, mas sim possibilitar mudanças na forma de atuação:

É importante investir na construção de capacidades estatais que permitam maior negociação e gestão de atores não estatais, no estabelecimento de canais de concertação e antecipação da contestabilidade e na contratualização (e gestão) de resultados em termos de efetividade das políticas (LOTTA, 2017, p.90).

Os detentores de conhecimento sistematizado, como reconhecidamente são as entidades médicas, acabam possuindo maior legitimidade influenciando nas decisões e no direcionamento das políticas. Na hierarquia dos saberes, os especialistas são

extremamente valorizados e sua participação é requisitada a fim de validar as políticas públicas (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

Neste estudo, observa-se que a entidade médica detém o saber técnico-científico e que, embora tenha escutado as mulheres em seus espaços, a atuação do movimento feminista deu-se pela figura das ativistas institucionais no âmbito da gestão e da academia. Foi possível constatar que, ao assumir cargos na burocracia, os indivíduos levam suas bandeiras de luta que assumem na sociedade civil (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

Quando amigos, aliados e companheiros de militância tornam-se funcionários do Estado, conexões personalizadas entre atores estatais e não estatais são facilitadas. As negociações são muito mais prováveis de ocorrer em reuniões informais, não apenas nos ministérios, mas também durante o jantar, ou outros espaços externos às instituições estatais. (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014).

Durante o governo Lula, a participação social gerou vários espaços criativos de articulação entre sociedade civil e governo, com oportunidades de acesso e de influência por parte dos movimentos sociais (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014). O histórico do Partido dos Trabalhadores, com o governador Camilo Santana, registra também um esforço de trazer a percepção da sociedade para dentro das políticas, como podemos perceber na discussão do programa de governo de 2014 e da Plataforma Ceará 2050.

As dinâmicas internas e o impacto político da participação institucionalizada dependem também dos repertórios de interação sociedade e Estado que se formaram historicamente em cada área de política pública e que são a base para experimentação criativa em governos que possibilitam a aproximação ainda maior entre estes atores, especialmente na medida em que atores com experiências em movimentos sociais assumem cargos governamentais (ABERS; SERAFIM; TATAGIBA, 2014, p.328).

Adotando a perspectiva relacional do Estado capitalista, a partir da análise do programa Nascer no Ceará, percebemos a existência dos conflitos travados dentro do Estado em suas diversas instituições e dentro destas e entre seus próprios agentes. O Estado, portanto, configura-se como uma arena de lutas sem que se tenha uma

supremacia absoluta de um grupo ou classe social sobre os demais (POULANTZAS, 2015).

Em ambientes mais progressistas, assistimos a várias políticas que objetivavam o crescimento econômico sem perder de vista o desenvolvimento social (BUONFIGLIO, 2017). Atualmente, os governos estaduais que buscam esses objetivos enfrentam mais desafios tendo em vista a conjuntura nacional que segue ditames neoliberais com restrições orçamentárias para programas sociais.

## **Considerações finais**

A parceria entre governo e entidades médicas comprometidas politicamente na melhoria da qualidade da assistência à saúde mostra-se relevante para a qualificação dos programas públicos bem como aumenta a implicação dos profissionais na efetivação da política. Um programa político de governo dialogado com a sociedade civil tende a ter maior adesão. O alinhamento do discurso entre os profissionais na gestão e na assistência facilita a elaboração e a implementação dos programas, pese as resistências no cotidiano devido à heterogeneidade de ideias e de práticas assistenciais.

O perfil político de indivíduos que atuam em cargos governamentais ou daqueles que presidem entidades médicas influencia o teor dos programas e atua como propulsores das demandas de movimentos sociais. Mesmo em conjunturas nacionais desfavoráveis, é possível desenvolver programas estaduais inovadores. No entanto, no caso do Programa Nascer no Ceará, percebe-se que o saber técnico ainda é preponderante na discussão acerca das políticas públicas, principalmente o saber médico.

Quanto mais alinhado o saber técnico estiver dos anseios populares, maior a possibilidade de essas demandas serem contempladas nas políticas públicas. O diálogo entre entidades médicas e movimentos sociais e a participação de integrantes dessas entidades em movimentos sociais podem aproximar ainda mais esses anseios, tornando factível desfazer a hierarquia entre os saberes e atualizando a participação social nas políticas públicas.

Esta pesquisa contribui para enfatizar que participação social deve ir além dos dispositivos constitucionais, como conselhos e conferências, principalmente nas condições adversas que vivenciamos. Evidencia ainda que o esforço de entidades médicas engajadas favorece decisões governamentais visando à reestruturação de áreas na saúde historicamente desfavorecidas com recursos orçamentários. Além disso, abre possibilidades para novas pesquisas acerca de movimentos médicos progressistas e sua relação com movimentos sociais, como o feminista.

A situação sanitária da pandemia de Covid-19 impactou tanto no ato da pesquisa em si, ao dificultar o deslocamento para a realização de entrevistas e na quantidade de entrevistas recebidas, bem como impedindo a observação *in loco* de alguns processos que poderiam contribuir para a interpretação dos dados. Além disso, não conseguimos

cumprir um dos objetivos que era analisar o impacto do programa nos indicadores materno-infantis, uma vez que essa etapa do programa se encontra paralisada.

A formação e a prática médicas estruturadas em ideais corporativistas não devem limitar a atuação dos sujeitos em coletivos que compartilham visões progressistas da assistência à saúde e que acreditam na saúde gratuita e universal como parte fundamental para o desenvolvimento social de uma nação. Embora inseridos em um contexto fortemente marcado pelo modo capitalista de produção, com relações mediadas por suas instituições, é possível implicar-se politicamente de forma coletiva ou individual e participar de lutas de resistência. Não há mais como conceber a separação total entre o ser profissional e o ser político, sobretudo se considerarmos a saúde como um direito de todos e de todas e não uma mercadoria acessível apenas a quem puder comprar.

## Referências bibliográficas

ABERS, R. N.; SERAFIM, L.; TATAGIBA, L.. Repertórios de interação Estado-sociedade em um Estado heterogêneo: a experiência na era Lula. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 325-357, 2014.

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 39, p. 133-144, 2013.

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F.. *The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations*. **Interface (Botucatu)**. v. 21, supl.1, p. 1143-56, 2017.

ALMEIDA, A. B; THOMÉ, L. M. B. Violência obstétrica e os mecanismos de proteção jurídica no direito brasileiro. **Revista do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 87, jan – jun. 2020.

ALMEIDA, M. Circuito Aberto: Ideias e Intercâmbios Médico-Científicos na América Latina nos Primórdios do Século XX. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 733-757, 2006.

AVRITZER, L. Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. **Opinião pública**, Campinas, v 18, n. 2, p. 383-398 nov. 2012.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião pública**, Campinas, vol. 14, nº 1, p.43-64, junho, 2008.

BARBOSA, M. B. B. et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 420-429, jul. 2018.

BARROS, F C. et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 10, out. 2010.

BISOL, Cláudia Alquati. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, supl. 1, p. 719-726, Dec. 2012.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: fragmentos de um dicionário político**. 20 ed. - revista e atualizada. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna. Relatório Final** Brasília, 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher. Relatório Final**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho de 03 de maio de 2019. SEI/MS-9087621**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706-d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706-d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0). Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRITTO JÚNIOR, Á. F.; FERES JÚNIOR, N. A Utilização da Técnica da Entrevista em Trabalhos Científicos. **Evidência, Araxá**, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

BUONFIGLIO, L. V. Novos elementos teóricos sobre o Estado Brasileiro na última década: Análise do governo Lula-Dilma. **Espaço e Economia**, ano VI, n. 11, 2017.

CAMPOS, G. W. S; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CASTRO, J. A. Política social, distribuição de renda e crescimento econômico. In: FONSECA, A.; FAGNANI, E.. **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos**. Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2017.

CEARÁ. Governo do Estado. **Ceará 2050. Juntos pensando o futuro. Estudo Setorial Especial Política e Instituições Governamentais**. Governo do Estado do Ceará: Fortaleza, 2018a.

CEARÁ. Governo do Estado. Ceará 2050. **Juntos pensando o futuro. Estudo Setorial Especial Saúde**. Governo do Estado do Ceará: Fortaleza, 2018b.

CEARÁ. Governo do Estado. **Programa Mais Infância Ceará (e-book)**. Governo do Estado do Ceará: Fortaleza, 2019a.

CEARÁ. Governo do Estado. **Plano estratégico de desenvolvimento de longo prazo do Estado do Ceará - Ceará 2050**. Governo do Estado do Ceará: Fortaleza, 2019b.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Processo - Consulta CFM nº 22/2018 - Parecer CFM nº32/2018**. Assunto: Violência Obstétrica. Out. 2018. Disponível em:

<http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf> Acesso em 10 fev.2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Nota à imprensa e à população.** 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Nota oficial do CREMERJ sobre parto domiciliar.** 2 fev. 2012. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/1173>. Acesso em 15 fev. 2021.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Violência obstétrica: encontro discute suas vertentes.** 21 ago. 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4420>. Acesso em: 15 fev. 2021.

COELHO, J. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

DIAS, H. S. **Do diálogo à ruptura: interações governo-corporação médica na política nacional de trabalho e educação.** Trabalho de Conclusão de Curso (Tese) - Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

DINIZ, C. S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DUARTE, C. M. R.. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 99-1008, jul-ago, 2001.

ESCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 39-48, dez. 2016.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 341-360, out. 2018.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras. **Contra a Violência Obstétrica**. 25 jul. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contra-a-violencia-obstetrica> Acesso em: 10 fev. 2021.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras. **Recomendações Febrasgo para temas controversos**. 9 nov. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/component/k2/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras. **Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão “violência obstétrica”**. 13 maio 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>. Acesso em: 22 jan. 2021

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras. **Comunicado AMB/Febrasgo**. 13 fev. 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1217-comunicado-febrasgo-amb>. Acesso em: 21 fev. 2021.

FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C.; AZEVEDO, N. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a Gênese de uma Rede Institucional Alternativa. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 03, p. 475-491, nov. 1997 – fev. 1998.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FONSECA, A.; FAGNANI, E. **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

FONTES, V. Gramsci, Estado e sociedade civil: anjos, demônios ou lutas de classes. **Revista Outubro**, n. 31, 2º semestre de 2018.

GALLI, M. B. **Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livres de morte materna evitável**. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2005.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**. v. 21, supl. 1 p. 1103-14, 2017.

HERCULANO, T. B. et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 702-713, set. 2018.

LANSKY, S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. **Saúde em Redes**, v. 4, supl., p. 191-208. 2018.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n. 6, jun. 2018.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, jul. 2019.

LIMA, T. M. M. de. **Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres**. Trabalho de Conclusão de Curso (Tese) - Pós-graduação em Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

LOTTA, G. S.. **Redes e parcerias em políticas sociais: novos arranjos institucionais de coprodução de serviços nos municípios brasileiros**. Brasília: Enap, 2017.

MACEDO, A. S.et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, Edição Especial, Artigo 10, jul. 2016.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S.. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36 (esp), p. 262-6, 2015.

MEDEIROS, A. S. A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 20, n. 3, p. 963-981, jul.-set. 2013.

MEDEIROS, A. C. C.; ROSA, A. L. T.; NOGUEIRA, C. A. G. **Gestão pública por resultados: a experiência do Estado do Ceará comparada ao modelo canadense**. Governo do Estado do Ceará, Secretaria do Planejamento e Gestão, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Ipece: Fortaleza, 2009.

MEJIA, J. C. A. *Repensar el Estado Nacional: aportes de Poulantzas a los debates actuales sobre el Estado capitalista*. **Investigación & Desarrollo**, v. 24, n.1, p. 163-190, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.3, p. 621-626, 2012.

MIRANDA, A. G.; ABREU JÚNIOR, J. M. C.. As primeiras sociedades médicas do Estado do Pará. **Rev. Pan-Amaz. Saude**, v. 4, n. 2, p. 11-17, 2013.

MOREIRA, M. A. D. M. et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p. 3231-3242, 2015.

MOREIRA, L. M. de C. et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, supl. 7, p. 48-55, 2012.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p.1791-1799, nov-dez, 2003.

MPF. Ministério Público Federal. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. 7 maio 2019a. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em: 22 jan. 2021.

MPF. Ministério Público Federal. **Após recomendação do MPF, Ministério da Saúde reconhece liberdade do uso do termo violência obstétrica**. 10 jun. 2019b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/apos-recomendacao-do-mpf-sp-ministerio-da-saude-reconhece-liberdade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 22 jan. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

PACAGNELLA, R. C et al. Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 40, p. 501-506, set. 2018.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2 p. 487-489, 2014.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 49, 2017.

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R. F. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1572-1580, jul. 2008.

PORTELLA, M. O. **Ciência e costume na assistência ao parto**. Trabalho de Conclusão de Curso (Tese) - Pós- Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

PORTO, D. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. In: . LOTTA, G. S. et al. (orgs.) **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2003.

POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. 1ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2015

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface- Comunicação, saúde, educação**. v.13, supl.1, p. 759-68, 2009.

REGO, S. Violência Obstétrica. **Observatório da Medicina ENSP/Fiocruz**. 27 dez. 2018. Disponível em: [bservatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/violencia-obstetrica-por-sergio-rego/#:~:text=A%20quest%C3%A3o%20que%20vem%20associada,que%20muitas%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20cl%C3%ADNICAS..](https://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/violencia-obstetrica-por-sergio-rego/#:~:text=A%20quest%C3%A3o%20que%20vem%20associada,que%20muitas%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20cl%C3%ADNICAS..) Acesso em: 15 fev. 2021.

RUA, M. das G. **Políticas públicas**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2012.

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível** (Nota Técnica n° 47). Brasília: IPEA, 2018.

SALES, T. C. **Medicina, associativismo e repressão: O Centro Médico Cearense e a formação do campo profissional em Fortaleza (1928-1938)**. Trabalho de

Conclusão de Curso (Dissertação) - Mestrado em História Social, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza 2010.

SAMPAIO, J; BRILHANTE, M de A. A.; HERCULANO, T.B. Doulas: movimento social e luta por políticas públicas sobre direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Gênero**, v. 18, n. 2, p. 103-122, 2018.

SASSI, A. P. **Dinâmicas da implantação do Programa Mais Médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública.** Trabalho de Conclusão de Curso (Tese) - Pós-Graduação em Sociologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2018.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Nota da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade a respeito do despacho do Ministério da Saúde que orienta a abolição do termo violência obstétrica em documentos oficiais do órgão**, 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-da-sociedade-brasileira-de-medicina-de-familia-e-comunidade-violencia-obstetrica/#:~:text=A%20Sociedade%20Brasileira%20de%20Medicina,portanto%2C%20estrat%C3%A9gias%20t%C3%AAm%20sido%20fortalecidas>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, B. G. C. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 484-493, jul - set, 2016.

SOARES, C. M. et al. Análise do posicionamento das Entidades Médicas: 2015-2016. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 74-86, set. 2017.

SOCEGO. Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Ceará. **Publicação oficial da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Ceará**, n. 212, jan. – set. 2018. Disponível em: <https://socego.com.br/informes/socego-informe-jan-set-2018/> Acesso em: 20 dez. 2020

SOCEGO. Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Ceará. **A presidente da Socego Dra. Liduína Rocha será presidenta do Siaparto Fortaleza em 2020.** Disponível em:

<https://socego.com.br/informes/a-presidente-da-socego-dra-liduina-rocha-sera-presidenta-do-siaparto-fortaleza-em-2020/> Acesso em: 20 dez. 2020.

SOUSA, L. A. R. et al. (Orgs.) **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará**. Fortaleza: Littere, 2018. Disponível em: <https://www.socego.com.br/web/app/uploads/2019/05/Condutas-assistenciais-para-a-Linha-de-cuidado-materno-infantil-do-Estado-do-Cear%C3%A1.pdf>. Acesso em: 10 dez 2020.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul-dez 2006.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

TATAGIBA, L.; ABERS, R.; SILVA, M. K. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (orgs.). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: interseções analíticas**. Ipea: Brasília, 2018.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TINÉ, L. Você sabe o que é violência obstétrica? **Blog da Saúde. Ministério da Saúde**. 24 nov. 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>. Acesso em: 10 fev. 2021.

VIEIRA, F. S. et al. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: CEBES, 2018.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.