



ANDROMEDA ALVES DE OLIVEIRA

**A POLÍTICA ESTADUAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE
INFANTIL E MATERNA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O
CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE
LAVRAS - CEAE**

**LAVRAS – MG
2017**

ANDROMEDA ALVES DE OLIVEIRA

**A POLÍTICA ESTADUAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E
MATERNA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO
ESPECIALIZADA DE LAVRAS- CEAE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Administração Pública, para obtenção do título de Bacharel.

Prof (a). Dr (a). Júlia Moretto Amâncio
Orientador (a)

**LAVRAS – MG
2017**

ANDROMEDA ALVES DE OLIVEIRA

**A POLÍTICA ESTADUAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E
MATERNA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE O CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO
ESPECIALIZADA DE LAVRAS - CEAE**

**THE STATE POLICY TO REDUCE INFANT AND MATERNAL MORTALITY: A
CASE STUDY ON THE STATE CENTER FOR SPECIALIZED CARE OF LAVRAS -
CEAE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de
Lavras, como parte das exigências do curso de
Administração Pública, para obtenção do título de
Bacharel.

APROVADA em 07 de agosto de 2017.

Dr. Gustavo Costa de Souza UFLA

Dr. Dênis Renato de Oliveira UFLA

Prof (a). Dr (a). Júlia Moretto Amâncio

Orientador (a)

**LAVRAS – MG
2017**

À minha mãe Elis Rejane pelo apoio constante, desde o início da minha vida escolar, andando sempre de mãos dadas comigo. Por ser meu alicerce, meu maior tesouro na vida, meu grande exemplo e por ser minha primeira e eterna professora em matéria de carinho, respeito, amor e coragem. Pelas renúncias que fez por mim, para que eu chegasse até aqui, pelos diversos conselhos doados, pelas noites em claro em que foi minha companhia, pelos diversos cafés feitos para me despertar e pela imensa admiração e amor que deposita diariamente em mim.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma responsabilidade muito grande, pois é arriscado esquecer de alguém que fez parte destes quatro anos e meio de UFLA.

Primeiramente a Deus por ter me proporcionado essa incrível e grandiosa oportunidade.

À minha mãe Elis Rejane pelo imenso apoio, carinho, amor e confiança depositados em mim.

Ao meu irmão Renato pelo constante apoio, amor, pelas críticas construtivas e pela imensa admiração que tem por mim, o que me deu forças e não me deixou desistir dessa árdua caminhada.

À minha amiga Sheyla pelo apoio, pela companhia e pelos momentos de sufoco em que me fez sorrir.

À Universidade Federal de Lavras, principalmente ao Departamento de Administração e Economia pelas diversas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

À PRG e a PROEC pela concessão das bolsas de pesquisa e extensão respectivamente, durante a graduação, que me agregaram grande conhecimento.

Aos mestres por compartilharem seus conhecimentos.

Aos funcionários responsáveis pela limpeza, que sempre deixam a UFLA limpa e aconchegante para todos que por lá passam diariamente.

Aos colegas que me fizeram companhia durante esses quatro anos e meio.

MUITO OBRIGADA!

*“Uma visão sem ação não passa de um sonho.
Ação sem visão é só um passatempo.
Mas uma visão com ação pode mudar o mundo.”*

Joel Barker

RESUMO

Propõe-se neste trabalho, expor a importância da assistência à saúde para a sociedade, abordando o histórico da saúde no Brasil, a relação entre os níveis de atenção, com foco no Programa mineiro de atenção secundária à saúde Viva Vida, proporcionando um estudo sobre o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada) de Lavras.

O Programa Viva Vida é um programa que visa a redução da mortalidade infantil e materna, advém de uma parceria entre o Governo de Minas Gerais e a sociedade civil. Hodiernamente o Viva Vida é proporcionado pelos CEAEs, que contam com corpo técnico e profissional completo, prestando assistência ginecológica; obstetrícia; mastologia e mamografia; pediatria e ultrassonografia; urologia; fisioterapia; nutrição; psicologia e assistência social, auxiliando assim na melhoria do atendimento no setor público, proporcionando atendimento de qualidade, humanizado e equânime. O cerne deste estudo está em compreender o funcionamento da atenção secundária à saúde no município de Lavras, com o objetivo de compreender a implementação do programa Viva Vida no CEAE de Lavras, já que este aparenta ser um programa de grande aceitação social para Lavras e região. Este estudo logrou de uma pesquisa bibliográfica, estudo de campo e de caso, de natureza qualitativa, realizada por meio de amostragem não-probabilística a algumas usuárias e funcionárias do CEAE. Os resultados apontam que com a implementação do programa Viva Vida no CEAE à assistência à saúde de mulheres e crianças melhorou consideravelmente e este é um programa estadual de suma importância para os (as) usuários (as) de Lavras e região e que gerou redução da taxa de mortalidade infantil e materna no município de Lavras-MG.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil e Materna. Programa Viva Vida. Centro Estadual de Atenção Especializada.

ABSTRACT

The purpose of this study is to show the importance of health care for society, addressing the history of health in Brazil, the relationship among levels of care, with a focus on the Minas Gerais Minority Health Care Program Viva Vida, providing a study at the CEAE (State Specialized Care Center) of Lavras.

The Viva Vida Program is a program aimed at reducing infant and maternal mortality, resulting from a partnership between the Government of Minas Gerais and civil society. Viva Vida is recently provided by the CEAEs, which have a complete technical and professional staff, providing gynecological assistance; obstetrics; mastology and mammography; pediatrics and ultrasonography; urology; physiotherapy; nutrition, psychology and social assistance, which help to improve the service in the public sector, providing quality, humanized and equitable care. The core of this study is to understand the functioning of secondary health care in the municipality of Lavras, with the objective of understanding the implementation of the Viva Vida program in the Lavras CEAE, since this seems to be a program of great social acceptance for Lavras and region. This study resulted from a bibliographical research, field and case study, of a qualitative nature, with non-probabilistic sampling of some CEAE users and employees. The results indicate that with the Viva Vida program implementation in the CEAE, the health care of women and children have improved considerably and this is a state program of huge importance for the users of Lavras and the region, which has led to a reduction in the infant and maternal mortality municipality of Lavras-MG.

Keywords: Infant and Maternal Mortality. Program Viva Vida. State Specialized Care Center.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Logomarca do Programa Viva Vida.....	27
Figura 2 - Sala de Espera do Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras.....	41
Figura 3 - Banheiros da Sala de Espera para deficientes físicos.....	41
Figura 4 - Brinquedoteca.....	42
Figura 5 - Comemoração do Dia Internacional da Mulher no CEAE de Lavras.....	44
Figura 6 - Panfletos dos Cursos ofertados para gestantes de alto risco.....	45

LISTA DE SIGLAS

AMEs	Ambulatório Médico de Especialidades
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CVV	Centro Viva Vida
EMPACS	Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MMC	Método Mãe Canguru
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI Neo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Histórico da Saúde no Brasil.....	14
2.2	A Constituição Federal de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).....	17
2.3	Marco Regulatório do SUS.....	21
2.4	Programa Saúde da Família.....	23
2.5	O Programa Viva Vida e os Centros Estaduais de Atenção Especializada.....	27
2.5.1	Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras – MG.....	33
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1.	Entrevistando os usuários do CEAE.....	40
5	CONCLUSÕES.....	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE A.....	52
	APÊNDICE B.....	53
	APÊNDICE C.....	55
	APÊNDICE D.....	56
	APÊNCICE E.....	58
	ANEXO A – Especialidades do CEAE.....	61

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda o histórico da saúde pública no Brasil, desde a vinda da Família Real Portuguesa ao Brasil até a atualidade, com o intuito de identificar a evolução da saúde e as mudanças ocorridas desde então. Antes a atenção à saúde era voltada para os tratamentos de emergências, depois criou-se mecanismos de proteção a saúde, como as vacinas, migrando para o foco na atenção primária, então notou-se algumas dificuldades como desorganização, serviço precário, necessidade de qualificação, baixa satisfação social, desigualdades, pois só algumas pessoas possuíam direito à saúde e outras não, entre outros aspectos. No século XIX o acesso à saúde era um privilégio de poucos, no decorrer do tempo era um privilégio só dos trabalhadores e aposentados, até que se transformou em um direito de todos garantido em lei. Com o passar do tempo a saúde se desdobrou em três níveis de atenção: nível de atenção primário, secundário e terciário, garantindo assim maior organização na prestação de serviço de saúde à população, maior eficácia e garantia do bem-estar social. Porém muitas pessoas desconhecem essa sequência de níveis de atenção, então entende-se do ponto de vista social existir somente os níveis primário (PSFs) e terciário (UPAs e Hospitais).

O SUS possui uma hierarquia que de acordo com Marques et al (2010), a hierarquização e a regionalização do SUS são vistas de duas maneiras, a primeira é que a atenção à saúde se divide em três níveis, primário, secundário e terciário, e a segunda é a relação destes níveis com o território. O nível primário é quando a atenção é voltada para o básico em saúde, como prevenção de doenças e ou cuidado com doenças simples (gripe, pequenas alergias, vacinas entre outras). Um equipamento que representa este nível de atenção são as UBSs (popularmente chamadas de PSFs). O nível secundário de atenção à saúde é voltado para doenças agudas e ou crônicas ou atendimento à saúde de maior complexidade, que exige certa tecnologia dos equipamentos. Um exemplo desse nível são as AMEs e os Centros Estaduais de Atenção Especializada. Já no nível terciário a atenção à saúde exige profissionais especializados, pois volta-se ao atendimento de alto risco (cirurgias de alta complexidade, vítimas de acidentes graves que correm risco eminente de vida). Alguns exemplos são: os Hospitais privados de grande porte, que muitas vezes recebem subsídio do Estado para prestar serviços ao SUS e as UPAs.

Como não há ênfase em estudos no nível secundário de atenção à saúde, o objeto deste estudo será o Programa Mineiro Viva Vida, implementado pelo Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras, o CEAE de Lavras. O cerne deste estudo está em compreender o funcionamento da atenção secundária à saúde no município de Lavras. Mas para isso foi

necessário fazer uma pesquisa bibliográfica e um estudo de campo e de caso no município de Lavras no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), com realização de entrevistas e aplicação de questionários semiestruturados tanto para algumas funcionárias da organização, como para uma amostra dos (as) usuários (as) desta, com o intuito de compreender o funcionamento do Viva Vida no CEAE de Lavras, já que este aparenta ser um programa de grande aceitação e referência municipal na qualidade dos serviços prestados; objetivando também analisar a importância e a melhoria que o Programa Viva Vida trouxe para a população de Lavras e região; conhecer o público alvo do CEAE e o porquê da criação do Programa Viva Vida.

Compreender o funcionamento, a participação e a importância social do CEAE de Lavras, é de suma relevância para o estudo da assistência secundária à saúde, já que o público alvo é a população de Lavras e região e destes são as mulheres e crianças os principais agentes que usufruem dos serviços prestados pelo CEAE. O interessante do CEAE é que este dialoga diretamente com os demais níveis de atenção. Com o nível primário há uma relação direta, pois são os PSFs que encaminham a maioria dos (as) usuários (as) ao CEAE e com o terciário há forte interdependência, pelo fato de cirurgias ou outros procedimentos de maior complexidade necessários aos (as) usuários (as) do CEAE, são encaminhados e realizados nos Hospitais com financiamento público (já que muitas vezes os médicos do CEAE compõem o corpo médico de alguns Hospitais também), com vistas a garantir a qualidade no atendimento, a agilidade e o maior bem-estar possível de seus (as) usuários (as).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública no Brasil iniciou em 1808, quando a Família Real Portuguesa chega ao Rio de Janeiro, a capital do Brasil, e impõe muitas mudanças que eram necessárias à época, porque o Rio era uma cidade portuária e que dependia exclusivamente dos portos para girar a economia do país. Porém as condições sanitárias dos portos eram demasiadamente precárias, portanto em 1829 foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que mais tarde se tornou a Imperial Academia de Medicina, a qual não trouxe muitas melhorias para a saúde, devido às condições sanitárias, ao pouco avanço da medicina e ao fato de que esta só favorecia à população de maior poder aquisitivo, pois os pobres tinham de recorrer à curandeiros (GALVÃO, 2009).

No início do século XX houve pequenos avanços como, o controle das epidemias (varíola, febre amarela, malária entre outras) (Marques, 2008). Conforme a população brasileira crescia, cresciam também o número de enfermidades. Pois de acordo com Marques (2008), a modernização na saúde pública impôs a vacinação obrigatória a todos, mas devido ao desconhecimento, à falta de diálogo entre Estado e população, esta se mostrou um pouco irredutível à tal imposição, era necessária a intervenção militar. Daí deu-se origem à Revolta da Vacina, que tinha como objetivo adquirir formas de inter-relacionar ciência e povo.

No período populista de Getúlio Vargas, a política de saúde ficou bem centralizada. Antes da Revolução de 1930, o Seguro Social se caracterizava pelo sistema de Caixas, as quais abrangiam pequenas parcelas dos assalariados e se organizavam no âmbito de empresas isoladas. A partir da Revolução de 1930, sua expansão acelera-se e, num primeiro momento, mantém-se a organização sob a forma de Caixas, estendendo-as a todos os trabalhadores dos “serviços públicos” e consolidando-se toda a legislação a elas referente (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Como lembra Marques (2008) na Era Vargas houve maior atenção à saúde, principalmente com a criação do Ministério da Educação e Saúde, que trouxe várias transformações nos serviços sanitários do país. Em 1923 foi aprovada a Lei Elói Chaves, lei esta que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mas esta possuía algumas falhas. Então em 1933 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) estes davam maior abrangência aos trabalhadores aposentados e pensionistas e criou-se também o Departamento de Previdência Social que se relacionava com o Ministério do Trabalho.

Em 1934 instituiu-se a Constituição Federal que estabeleceu garantias aos empregados, como assistência médica, licença gestantes e a jornada de 8 horas diárias de trabalho (MARQUES, 2008). Logo depois no governo Dutra foi criado o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), que visou investir nas respectivas áreas supracitadas, devido à forte inflação. Foi em 1953 que o Ministério da Saúde foi criado (Lei nº 1920), sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do governo, limitava-se a ação legal e a distribuição de atividades na área da saúde e de educação e entre os demais Ministérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). “Após a criação do Ministério da Saúde, em 1956 surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como objetivo executar e organizar os serviços de investigação sobre as doenças parasitárias que ainda assolavam o país, dentre elas, pode-se citar a malária” (MARQUES, 2008, p.3).

E em 1966 o Departamento Nacional de Endemias Rurais deu lugar ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), cujo principal objetivo era conceder e manter os benefícios (pensões, aposentadorias, auxílios, abonos e outros) aos empregados e empregadores urbanos, rurais e seus respectivos dependentes (ABREU, 2009). O INPS oferecia todos os serviços supracitados, e o responsável por estes era o Estado, mas o INPS era pago mensalmente pelos trabalhadores, por meio de descontos na folha de pagamento, porém o Instituto tinha que prestar assistência médica individualizada, mas isso não ocorria, a prestação do serviço era fraca e falha. Então houve a necessidade de aperfeiçoar os serviços de assistência médica, pensões e aposentadorias por meio de privatizações já que tais benefícios eram indiretamente pagos pelos trabalhadores, para tanto “Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares” (PAULUS e CORDONI, 2006, apud MARQUES, 2008, p. 3).

O Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica. No mesmo ano, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM - passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas. As Delegacias Federais de Saúde deixavam, assim, de integrar órgãos de primeira linha. É criada também, a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado e instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão

colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Na década de 1970 houve inúmeras mudanças na atenção à saúde, época em que investiu-se mais na saúde brasileira, a saúde era financiada pelo Estado, mas os serviços eram prestados pela rede privada, proporcionando maior qualidade no serviço prestados. Nesta época prevalecia o modelo Hospitalocêntrico de saúde.

Segundo LABATE e ROSA, 2005.

Durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram mínimos. O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, separando o componente benefício da assistência médica. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário (LABATE; ROSA, 2005, p. 1029).

Com os avanços na saúde pública, em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre cuidados primários com a saúde e nesta foi elaborada uma declaração, a Declaração de Alma-Ata.

A Declaração de Alma-Ata de 1978 foi inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável para a realização desse direito. Documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a declaração identificou cuidados primários de saúde como fundamentais para reduzir as desigualdades em relação à saúde entre países e dentro deles e, por esse meio, atingir o objetivo ambicioso, mas não impossível, de "Saúde para Todos" até 2000. Cuidados primários de saúde foram definidos no documento como serviços que oferecem "cuidados essenciais de saúde", baseados em intervenções aprovadas cientificamente. Esses serviços deveriam ser universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias a um custo viável para as comunidades e os países. Cuidados primários de saúde englobam no mínimo oito elementos: educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais.

A declaração conclamou os governos a formular políticas nacionais que incorporassem cuidados primários de saúde a seus sistemas nacionais de saúde. Argumentou quanto à necessidade de dar atenção à importância do

atendimento de saúde baseado na comunidade, que reflete a realidade política e econômica de um país. Esse modelo levaria "o atendimento de saúde o mais próximo possível dos locais em que as pessoas vivem e trabalham", possibilitando a busca por tratamento adequado oferecido por profissionais da área da saúde capacitados – agentes de saúde comunitários, enfermeiros e médicos. Além disso, criaria um sentimento de autoconfiança entre indivíduos de uma comunidade e estimularia sua participação no planejamento e na execução de programas de saúde. Sistemas de encaminhamento completariam o espectro de cuidados, fornecendo serviços abrangentes aos mais necessitados – os menos favorecidos e mais marginalizados (UNICEF, 2008).

É com essa declaração que deu-se início o pensamento, a ideia do que hoje chamamos de UBS (Unidade Básica de Saúde), que são espalhadas nos municípios. Dentro de um único município pode haver até vinte ou mais UBSs. Mas ainda era cedo para a implementação dessas, era preciso garantir os direitos básicos da forma mais equânime possível a todos, sem distinção.

2.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal de 1988 proporcionou amparo para a população brasileira, garantindo a esta vários direitos fundamentais. Alguns direitos estabelecidos pela Constituição Federal são: o direito à vida, à liberdade, à igualdade, universalidade de acesso aos direitos sociais entre outros mais, consigo trouxe o direito à saúde pública e responsabilizando o Estado pela sua oferta e garantia universal. Dá-se início aí ao SUS (Sistema Único de Saúde), que deve oferecer de forma gratuita e universal o acesso de todos à saúde pública, independente de cor, gênero, raça, nacionalidade, crença, idade ou classe social. “O SUS é um sistema, ou seja, é composto por várias instituições (União, Estados e Municípios), é “único”, pois tem a mesma doutrina de atuação em todo o território nacional e a organização se dá através da mesma sistemática” (MARQUES, 2008, p. 4).

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal de 1988, foi à mudança do Sistema de Saúde Brasileiro. Os fatores relevantes que levaram os constituintes a proporem uma grande transformação foi o consenso na sociedade sobre a inadequação e fragilidade do sistema de saúde. Os aspectos que foram determinantes para a formação e modificação foram:

- A presença de doenças de todos os tipos, entre elas as parasitárias, que estavam condicionadas ao tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que a saúde não conseguia solucionar;
- Má distribuição dos serviços de saúde, visto que estes estavam presentes em determinadas regiões e ausentes em outras;
- O serviço era extremamente centralizado;
- Recursos financeiros insuficientes para investimentos no setor da saúde;

- Desperdício de recursos destinados à saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30 %;
- Baixa cobertura assistencial à população;
- Falta de definição clara das competências entre os órgãos, e as instâncias político-administrativas do sistema;
- Desempenho descontínuo não só dos órgãos públicos, mas também dos privados;
- Insatisfação dos profissionais de saúde;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos, relacionado aos equipamentos e serviços profissionais;
- Ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos;
- Falta de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Grande insatisfação e preocupação da população com o atendimento à saúde (MARQUES, 2008, p. 4).

Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 4º, o SUS é:

“O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

O SUS é um sistema totalmente descentralizado para melhor atender à população. Portanto “todos os estados e municípios devem ter Conselhos de Saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Os Conselhos de Saúde funcionam como fiscais de recursos públicos. As políticas sociais voltadas para a saúde são formuladas pela União, de onde vem metade dos recursos e são implementadas por estados e municípios e pelo setor privado. E são os estados e municípios os responsáveis pela geração da outra metade dos recursos voltados para a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Sistema Único de Saúde presa por alguns princípios como, universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, gratuidade e controle social. Portanto o SUS tem ampla mobilização social para maior aproximação da garantia do bem-estar social, porém é preciso compreender o peso dessa política para a atual sociedade brasileira.

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde. O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

Para a garantia de alguns dos princípios supracitados é necessário romper algumas barreiras, como citado por Teixeira (2011) a barreira jurídica, seria um exemplo.

A primeira delas, a barreira jurídica, foi eliminada com a Constituição Federal de 88, na medida em que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade do usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como “indigente”, situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores “de carteira assinada”, fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo INAMPS, na medida em que contribuíam (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de “indigentes”, pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais frequentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 3).

Mas existem outras barreiras que devem ser quebradas e outras que já foram quebradas no decorrer de quase 30 anos do Sistema Único de Saúde. Nesses anos houve várias mudanças no Sistema Único de Saúde em prol dos cidadãos brasileiros que dependem exclusivamente do SUS (Sistema Único de Saúde). O Sistema Único de Saúde vem avançando gradativamente e alcançado grandes feitos como, a criação de diversos programas e políticas sociais voltadas para a saúde e o bem-estar social, aumento na prestação de serviços entre outros. Entre 1998 e 2002 os avanços na saúde pública foram ainda maiores e impactantes, pois acarretaram mudanças ainda vistas. Em 31 de março de 1998, José Serra foi nomeado Ministro da Saúde no governo Fernando Henrique Cardoso até 20 de fevereiro de 2002 quando se candidatou à Presidência da República. Durante esse período Serra lutou e trouxe significativas melhorias para a saúde pública brasileira como a quebra de Patentes, que auxiliou e muito no combate a AIDS; a

implantação dos medicamentos Genéricos, os mutirões de combate à Catarata, a Lei do cigarro, os incentivos aos transplantes, o Teste do Pezinho, a criação do Programa Saúde da Família (PSFs) entre outras. Muitas dessas melhorias estão presentes até hoje, porém não avançam e outras simplesmente retrocederam durante a última década (SERRA, 2016).

Nesses quatro anos (1998 a 2002) as mortalidades infantil e materna diminuíram consideravelmente. Esses avanços impulsionaram a implementação dos Centros de Referência a Saúde da Mulher e outras políticas públicas voltadas a saúde materna e infantil. “A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos” (Brasil, 2007 apud SOUZA; COSTA, 2010, p. 510).

Visando à eficiência, o SUS possui uma hierarquia que de acordo com Marques et al (2010), a hierarquização e a regionalização do SUS são vistas de duas maneiras, a primeira é que a atenção à saúde se divide em três níveis, primário, secundário e terciário, e a segunda é a relação destes níveis com o território. O nível primário é quando a atenção é voltada para o básico em saúde, como prevenção de doenças e ou cuidado com doenças simples (gripe, pequena alergia, vacinas entre outras). Um equipamento que representa este nível de atenção são as UBSs (popularmente chamadas de PSFs). No nível secundário a atenção é voltada para doenças agudas e ou crônicas ou atendimento à saúde de maior complexidade, que exige certa tecnologia dos equipamentos. Um exemplo desse nível são as AMEs e os Centros Estaduais de Atenção Especializada. Já no nível terciário a atenção à saúde exige profissionais especializados, pois volta-se ao atendimento de alto risco (cirurgias de alta complexidade, vítimas de acidentes graves que correm risco eminente de vida). Alguns exemplos são: os Hospitais privados de grande porte, que muitas vezes recebem subsídio do Estado para prestar serviços ao SUS e as UPAs.

Então em 2000 foi criado o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) na gestão do governador Itamar Franco. Em 2003 o PMDI foi ampliado por Aécio Neves e vem sofrendo várias mudanças com as alterações nas gestões até a atualidade. Hoje o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado busca garantir a maior eficácia possível por meio das redes.

Uma rede eficiente, tal como previsto na regionalização e hierarquização do SUS, deve desconcentrar as ações de atenção primária à saúde para todos os municípios e concentrar, relativamente, as ações de atenção secundária nas microrregiões sanitárias e as ações de atenção terciária nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2008). Para o autor, a racionalidade deste processo esta, de um lado, na necessidade de se obterem ganhos de escala e de escopo num

Estado em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, e, de outro, na grande evidência empírica, acumulada em diferentes países do mundo, de que existe uma associação positiva, especialmente nos equipamentos de atenção secundária e terciária à saúde, entre escala e qualidade dos serviços prestados (MARQUES; SOUZA; MOREIRA, 2010, p. 57).

As redes de cooperação são de suma importância para o Estado, principalmente na área da saúde, pois funcionam como mecanismos de comunicação entre os diferentes órgãos e secretarias do Estado e auxiliam na gestão da máquina pública, como por exemplo, na área da saúde tem-se um diálogo entre o Ministério da Saúde (MS) (órgão central), as secretarias de saúde, os PSFs (UBSs), os Centros de Atenção Especializada e as UPAs, com isso cada um faz uma parte com o intuito de otimizar os recursos e agilizar os processos. O MS administra e fiscaliza todos os órgãos da saúde; as secretarias de saúde tem como objetivo planejar, desenvolver e implementar políticas públicas de saúde nos municípios de suas respectivas abrangências e desenvolver a vigilância sanitária; os PSFs prestam à assistência primária aos cidadãos de um determinado município; os Centros Estaduais prestam à atenção secundária a saúde de alguns municípios de sua abrangência e as UPAs fazem o atendimento terciário, ou seja, de urgência e emergência à saúde dos cidadãos de um determinado município.

2.3 MARCO REGULATÓRIO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado com a Constituição Federal de 1988, em seus artigos que vão do art. 196 ao art. 200 estabelece que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito

público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Com a Constituição Federal de 1988, as propostas da reforma sanitária foram de fato colocadas em prática. E a partir daí a classe desprivilegiada da população passa a ter maior acesso às políticas públicas de saúde e a contribuir nestas, mesmo que indiretamente. Mas o art. 199 causou certa dualidade, pois deixou a sensação de que a Constituição não determinou se a saúde deve ser considerada bem público ou serviço prestado pelo setor privado, resultando em impactos e acordos políticos no processo constituinte (PAIM, 2015).

Embora gerasse consequências problemáticas depois, esse foi o resultado possível, naquele momento, aos deputados que defendiam a criação do SUS. Segundo a Constituição, as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contrato com serviços privados que, nesses casos, deveriam funcionar como se públicos fossem. Assim, o SUS seria organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público (PAIM, 2015, p. 31).

Então para deixar claro e colocar em prática o que dita a Constituição Federal foram criadas algumas portarias, leis orgânicas e as NOBs (Normas Operacionais Básicas) que de

acordo com Rosa e Labate (2005, p. 1030), são instrumentos jurídicos editados periodicamente pelo Ministério da Saúde como: A Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, que:

Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entre outras portarias que focam exclusivamente na saúde e na concretização dos direitos fundamentais, como: a Lei nº8.080 de 1990 que afirma que, “a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc.” (LABATE E ROSA, 2005, p. 1030); a Lei 8.142 de 1990 que, “regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde” (LABATE E ROSA, 2005, p. 1030); a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece o pacto pela saúde, o pacto pela vida etc. e a Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, que designa os papéis de cada nível de governo e define formas de repasses financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada.

Esta última portaria remete à ideia do Programa Saúde da Família, mudando o foco da saúde do modelo hospitalocêntrico, para um modelo onde há um tratamento mais individualizado, de maior abrangência e descentralizado.

2.4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de reduzir a mortalidade infantil e materna no norte e nordeste do Brasil (LABATE e ROSA, 2005) e também devido à precariedade dos serviços de saúde prestados, mesmo após a Constituição Federal de 1988. Mas este ainda era deficiente de organização e mais individualizado. Era hora de pensar como um todo, ou seja, hora de pensar na família, então em 1994 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), que visa substituir o PACS e organizar os serviços de atenção básica à saúde, com foco na atenção primária, buscando aproximação entre Estado e sociedade de forma integral e assídua, com garantia de qualidade de vida à sociedade. O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil, com o intuito de organizar e oferecer uma melhor e mais humanizada atenção básica

à saúde dos cidadãos brasileiros. Este programa visa promover a saúde, prevenir, recuperar e reabilitar de doenças e agravos na saúde.

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso (SARAH ESCOREL et. al, 2007, p. 164).

O PSF é uma política pública nacional na área da saúde e funciona como uma estratégia de assistência básica da saúde, com o intuito de desafogar os hospitais, deixando para estes, situações de maior complexidade (casos graves) e garantindo o acesso de todos, pois os PSFs são espalhados em diversos pontos de atendimento dentro de um município. Segundo o Ministério da Saúde (2008), a Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

De acordo com o Portaria nº 648, de 28 de março de 2006:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica tem como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a

saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (BRASIL, 2006).

De acordo com Labate e Rosa (2005), o PSF tem como finalidade reorganizar a prática assistencial, hospitalocêntrico, passando a focar na família tanto no ambiente físico, quanto social, sendo um modelo de atenção que reconhece a saúde como um direito de cidadania, que é apresentado em melhorias na área da saúde e em serviços mais resolutivos e humanizados.

O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, apud LABATE E ROSA, 2005, p. 1030 e 1031).

Os PSFs ou UBSs são formados por uma equipe completa, em sua maioria é composta por um clínico geral, uma (a) dentista, enfermeiras, técnicas de enfermagem, recepcionista, assistente de serviços gerais, alguns ou algumas agentes comunitários (as), fisioterapeuta, pediatra, nutricionista e estagiários de enfermagem. Para prestar maior assistência às famílias, prestando bom atendimento, visando à conscientização da comunidade sobre doenças, ou seja, levando práticas educativas, preventivas e informativas para a comunidade de abrangência, principalmente a população mais vulnerável economicamente. Porque dentro de um mesmo território pode haver várias UBSs espalhadas, pois uma UBS ou PSF abrange no máximo aproximadamente 4.000 famílias, portanto é necessária uma subdivisão, ou seja, distribuir as Unidades Básicas de Saúde dentro de um território para maior abrangência e um atendimento de qualidade. Como as UBSs prestam assistência primária, estas não contam com muitos equipamentos específicos ou de maior complexidade.

“Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual - as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (LABATE E ROSA, 2005, p. 1031).

Enfim com a criação do PSFs, a implementação das UBSs e visando maior eficiência o SUS sai do modelo hospitalocêntrico de assistência e passa a ser dividido em três níveis hierárquicos e regionalizados. De acordo com Marques et. al (2010), hierárquicos porque a atenção a saúde se subdivide em três níveis, primário secundário e terciário e regionalizados pelo fato de relacionar o nível da prestação do serviço de saúde ao território de atuação. Os níveis hierárquicos são respectivamente: o nível primário cuja atenção é voltada para o atendimento básico a saúde, como prevenção de doenças, cuidados com doenças de baixa complexidade (gripes, alergias entre outras) e vacinação; o nível secundário já exige equipamentos específicos e precisos para um atendimento de maior complexidade e especialidade e exige profissionais capacitados e especializados em áreas distintas da saúde, um exemplo deste nível são os CEAEs (Centros Estaduais de Assistência à Saúde); e no nível terciário a atenção a saúde é voltada para atendimentos de alta complexidade, que envolvem risco eminente de vida e devem atender de forma ininterrupta com profissionais altamente qualificados e preparados, como é o caso de Hospitais privados com fundos públicos e das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento).

A divisão da saúde em níveis de atenção é realizada numa busca de racionalidade dos sistemas de saúde de acordo com sua complexidade. Poderíamos distinguir os três níveis de atenção em saúde da seguinte forma: 1) nível primário: caracteriza-se por não haver distinção de idade, sexo nem de causa de consulta, com objetivo de ação antes que uma determinada doença se instale ou de diagnóstico precoce; 2) nível secundário: caracteriza-se por ser ambulatorial ou hospitalar, no qual se distinguem problemas para populações específicas que demandam atenção em nível especializado, com a progressão de uma determinada doença mais avançada, porém ainda passível de uma intervenção mais básica; 3) nível terciário: caracteriza-se por ser eminentemente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas (RONZANI E STRALEN, 2003, p. 13).

Como o PSF focou no atendimento básico à saúde, o objetivo inicial do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) de reduzir a mortalidade infantil e materna foi deixado de lado, e infelizmente aumentavam-se gradativamente os índices de mortalidade infantil, era necessária uma política pública que priorizasse a redução destes índices. Então em 2003 foi criado o Programa de Redução da Mortalidade infantil e Materna em Minas Gerais – VIVA VIDA.

2.5 O PROGRAMA VIVA VIDA E OS CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Figura 1 - Logomarca do Programa Viva Vida



Fonte: Viva Vida Lavras (2017).

O Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais, foi instituído em outubro de 2003 em razão das altas taxas de mortalidade infantil e materna e à escassez de programas voltados à saúde da mulher, principalmente de gestantes. O programa é uma parceria entre o Governo de Minas Gerais e a sociedade civil. Para a realização deste programa foram criados os Centros de Referência em Saúde da Mulher ou Centros Viva Vida (CVVs), que em 2016 se transformaram em Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAEs), pois compreendem profissionais de outras áreas, além dos profissionais especializados em saúde da mulher e da criança.

Os CVV são unidades de saúde de natureza pública, com a totalidade de seus serviços destinados a pacientes do SUS devidamente regulados e referenciados. Estruturados como pontos de atenção microrregionais de média complexidade, os CVV devem atuar de maneira associada à atenção primária e terciária, buscando garantir assistência integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos

reprodutivos, e atenção integral à saúde da criança em situação de risco (MINAS GERAIS, 2005 apud ANDRADE et. al, 2011, p. 6).

De acordo com o Manual de Mobilização Social do Viva Vida (2007), no início o Sistema Único de Saúde designou a responsabilidade de assistência às mulheres, crianças e adolescentes às equipes técnicas das Secretarias de Saúde, mas os recursos eram escassos e ineficazes. “Esse programa tem como objetivo mudar a realidade da assistência à saúde de nível secundário no âmbito das áreas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e a saúde da criança (MINAS GERAIS, 2006, apud ANDRADE et. al, 2011). Antes da implementação do programa havia altos índices de mortalidade infantil com crianças de até um ano de vida, mortalidade materna durante a gestação, no parto e no puerpério, devido à falta de atendimento de qualidade e de profissionais destinados a estes fins no Sistema Único de Saúde. Isso se dava pelos baixos investimentos financeiros na área da saúde, o foco era na atenção básica e nos atendimentos de urgência e emergência, deixando a atenção secundária a saúde completamente ineficaz, ou seja, não se investia na atenção secundária. Com a criação do programa isso mudou.

Segundo o Manual de Mobilização Social do Viva Vida (2007, p.11), o Centro de Referência possui algumas estratégias, “são duas as principais estratégias do Viva Vida. A primeira é a organização e qualificação da rede integrada de serviços de saúde da mulher e da criança. A segunda é a ampla mobilização social.”

Os Centros Viva Vida são unidades de saúde de natureza pública, prestadores exclusivos de serviços do SUS, caracterizados como pontos de atenção de média complexidade, que deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, tal como definido na Resolução SES nº 759 de 06 de outubro de 2005. Eles buscam garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, e à saúde da criança, particularmente a considerada de risco. Para isso, eles concentram esforços na realização de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças e agravos, sempre de forma qualificada e humanizada (MARQUES; SOUZA; MOREIRA, 2010, p. 58).

Na primeira estratégia de organizar e qualificar a rede integrada de saúde da mulher e da criança, consiste em investimentos na capacitação dos profissionais e na infraestrutura da rede de prestação de serviços de saúde. De acordo com o Manual de Mobilização Social do Viva Vida (2007), tem-se investido em cursos, oficinas e treinamentos para uma atenção qualificada, integral e humanizada através de políticas educacionais, alguns instrumentos foram criados para este fim, como: as Linhas-guias Viva Vida (estas servem de orientação aos profissionais da saúde), estas guias criam padrões de atendimento, garantindo um atendimento

padronizado entre os Centros de Referência, que em 2016 passaram a ser Centros Estaduais de Atenção Especializada, isso se deve aos recursos em infraestrutura, que aumentaram o quadro de profissionais na atenção secundária. Na segunda estratégia segundo o Manual de Mobilização Social do Viva Vida (2007), a mobilização social é a necessidade de observarmos a redução da mortalidade infantil e materna como um problema de todos, onde todos nós podemos contribuir para essa redução. Pois há diversos fatores que influenciam tal problema, como: o ambiente, informações (educação), hábitos alimentares entre outros. A mobilização social deste programa compete a toda sociedade e anseia pela participação de todos, sociedade, organizações não governamentais, organizações governamentais e outros atores sociais para expandir os objetivos do programa, ou seja, divulga-lo indireta ou diretamente. Tanto que em 2004 foi criado o Comitê Estadual de Defesa da Vida (MANUAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL DO VIVA VIDA, 2007). No Comitê Estadual de Defesa da Vida foi assinado o Manifesto em Defesa da Vida ainda em 2004, que diz:

Manifesto em Defesa da Vida

“A preservação da vida é um instinto inerente ao ser humano. A criança e a mulher, durante a gravidez, despertam este instinto nas pessoas, que se manifesta por meio de atenção, proteção e cuidados que a elas são dispensados. A morte de crianças e mulheres, num período tão delicado de suas vidas, causa grande impacto e comoção na família e na comunidade. Mais ainda, quando se sabe que a maioria dessas mortes pode ser evitada.

A morte de uma criança representa a perda do futuro. A morte materna transcende a perda de uma vida. É grande o número de famílias que têm a mãe como chefe do núcleo familiar. São outros filhos ou parentes que dela dependem e a sua morte pode levar a uma desestruturação familiar e social. Sendo o Viva Vida um programa que tem como objetivo a redução dessas mortes, ele sensibiliza a população em geral e está acima de quaisquer outros interesses, sejam econômicos ou políticos.

Nós, representantes das instituições que compõem o Comitê Estadual de Defesa da Vida, reunidos no dia 22 de setembro de 2005, no Hotel Normandy, em Belo Horizonte, após cientes da gravidade do quadro da mortalidade infantil e materna no Estado de Minas Gerais, e convictos de que a mudança deste cenário depende do envolvimento coletivo de toda sociedade, assumimos, publicamente, a co-responsabilidade de agir em defesa da redução da mortalidade infantil e materna em nosso Estado, e, movidos por este grandioso e belo ensejo, assinamos, a partir desta data, o compromisso de fazer nascer a REDE DE DEFESA DA VIDA” (MANUAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL DO VIVA VIDA, 2007, p. 17).

Com o intuito de fortalecer a rede de atenção à saúde da criança, em junho de 2011 foi instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria 1.459, a Rede Cegonha, “que visa assegurar a saúde da mulher durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a saúde da criança, em

relação ao nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis” (MOREIRA et. al, 2012, p. 53).

De acordo com o Portal da Saúde (2012), a Rede Cegonha assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção durante a gravidez humanizada, ao parto, ao aborto e o puerpério; às crianças ao direito do nascimento seguro, de crescimento e desenvolvimento saudáveis. E o seu principal objetivo é reduzir a mortalidade materna e neonatal. Para implementar a Rede Cegonha, em 2011 através do Decreto 45.685 surge o Projeto Mães de Minas, que visa “acompanhar e orientar gestantes e mães com crianças de até um ano de idade, de forma a garantir as famílias, especialmente as mais vulneráveis, um ambiente mais seguro e atendimento integral e humanizado” (MOREIRA et. al, 2012, p. 53).

Esse projeto defende a parceria do governo do estado, municípios e organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações integradas de saúde, educação e assistência social, compreendendo o cidadão como coexecutor das políticas públicas.

Entre as ações a serem desenvolvidas para a efetivação do Mães de Minas, destaca-se a implantação de um sistema de identificação da gravidez que coletará as informações diretamente nos serviços que prestam assistência a mulher, seja na rede pública ou privada. O registro deverá ter o consentimento prévio da gestante, sendo preservados seus direitos e garantido o sigilo das informações.

Outra estratégia do projeto é a implantação de um *Call Center* para ampliar a interlocução direta entre a gestante, sua família e os serviços de saúde, visando ao monitoramento da mãe e do bebê (MOREIRA et. al, 2012, p. 53).

O Programa Mães de Minas opera até a atualidade e tem sua atenção voltada para cuidados com as gestantes desde o início da gravidez até o primeiro ano de vida da criança proporcionando cuidado integral a estas. De acordo com o Portal da Saúde (2012), para gerir melhor o programa, está sendo implantado o Sistema de Identificação da Gravidez, que tem como fonte a identificação das gestantes e os serviços que são prestados a estas, mas é preciso um prévio consentimento das gestantes, sendo todos os direitos e informações destas preservados. É completamente sigiloso, pois os dados das gestantes participantes do programa não são divulgados e nem passados a terceiros. O programa Mães de Minas está conectado ao Lig Minas, que é uma central de atendimento dos serviços prestados pelas instituições governamentais de Minas Gerais, utilizada como ferramenta de diálogo entre as gestantes e seus familiares com os serviços de saúde, com o intuito de observar a saúde da mãe e do bebê. Este é aplicado dentro dos Centros de Referência Viva Vida, hoje chamados CEAEs. E o número do telefone para ligação em qualquer cidade de Minas Gerais é 155, que opera de segunda a sexta, no horário comercial e aos finais de semana com algumas restrições. E algumas cidades

mineiras possuem o site: www.maesdeminas.com.br. Assim como o Mães de Minas há outros programas vinculados ao Viva Vida (CEAE), como: o Outubro Rosa, o Novembro Azul e a política pública de Aleitamento Materno.

O Outubro Rosa é um conjunto de ações voltadas para a proteção à saúde de mulheres entre 45 e 69 anos de idade contra o câncer de mama, então durante o mês de outubro são realizados diversos mutirões para a realização de mamografias de prevenção. Portanto reúne-se mulheres de todos os municípios que possuem abrangência do respectivo Centro de Referência Viva Vida (CEAE). O símbolo da campanha é o laço rosa.

O Novembro Azul é um conjunto de ações, onde mobiliza-se a sociedade, em especial os homens para a prevenção do câncer de próstata. Esta campanha foi criada pelo Instituto Lado a Lado pela Vida em 2014, com o intuito de quebrar o preconceito masculino em relação ao exame do toque. O sucesso desta se deu com o auxílio da comunidade e das mídias sociais (TV, internet etc). O símbolo da campanha é um bigode.

Segundo o Portal do Ministério da Saúde:

Depois de o mês de outubro ser marcado pela campanha de mobilização para prevenção do câncer de mama, conhecida como Outubro Rosa, agora é a vez dos homens. O mês de novembro é internacionalmente dedicado às ações relacionadas ao câncer de próstata e à saúde do homem. O câncer de próstata é o sexto tipo mais comum no mundo e o de maior incidência nos homens. As taxas da manifestação da doença são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos.

Cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem em homens com mais de 65 anos. Quando diagnosticado e tratado no início, tem os riscos de mortalidade reduzidos. No Brasil, é a quarta causa de morte por câncer e corresponde a 6% do total de óbitos por este grupo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde lançou o Projeto Mãe Canguru, é um projeto antigo criado em 1979, mas que está ativo até hoje e é utilizado em alguns casos em que um bebê prematuro necessita de ser encaminhado para a UTI Neo e mesmo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal precisa de contato com os pais, principalmente com a mãe e de seu leite. Essa técnica garante maior aproximação entre pais e filhos. É realizada da seguinte maneira: se o bebê estiver com um quadro de saúde estável, este é amarrado só de fralda ao tórax nu da mãe ou do pai com o auxílio da equipe médica hospitalar. Esta impede que o recém-nascido tenha sufocamento e refluxo ao mamar e também auxilia na respiração e no sono do recém-nascido.

O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como "Cuidado Mãe Canguru" ou "Contato Pele a Pele", tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (BPN). Foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, e denominado "Mãe Canguru" devido à maneira pela qual as mães carregavam seus bebês após o nascimento, de forma semelhante aos marsupiais. Era destinado a dar alta precoce para recém-nascidos de baixo peso (RNBP) frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno. O novo programa domiciliar de atenção ao RNBP era baseado nos seguintes princípios: a) alta precoce independentemente do peso, desde que o bebê apresentasse condições clínicas estáveis; b) não-utilização de fórmula infantil, e sim apenas leite materno; c) incentivo ao contato pele a pele precoce entre mãe e bebê, sendo o mesmo colocado entre as mamas; e d) manutenção do bebê em posição vertical. Essa iniciativa contou com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o qual divulgou amplamente seus resultados, especialmente no tocante à redução da mortalidade, aos benefícios psicológicos e ao baixo custo (VENANCIO; ALMEIDA, 2004, p. 173).

Em 1981 o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno foi criado para garantir qualidade nos meios já existentes de aleitamento materno e incentivar mães a amamentarem corretamente seus filhos. No ano de 1985 criou-se os bancos de Leite Humano com o intuito de garantir uma distribuição equânime, segura e de qualidade às crianças que precisam do leite, que devido a algum motivo, como mães que não possuem muito leite ou que este secou por problemas de saúde. Em 1992 lançou a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) para verificar e criar novas práticas que diminuíssem os índices de desmame precoce, ou seja, desmame antes dos dois anos de idade da criança.

A partir de 1998 surge o Programa de Aleitamento Materno, que nada mais é do que a reorganização e modernização dos programas e políticas anteriores. Dez anos depois cria-se a Rede Amamenta Brasil que a princípio seria um trabalho para as UBSs, mas que é desempenhado pelos Centros de Referência Viva Vida (hoje chamados de CEAEs). Amamentar é um ato de amor e carinho entre mãe e bebê, é o ponto de contato nos primeiros meses de vida de um bebê, como os Centros de Referência cuidam da saúde materna e infantil nada melhor do que serem responsáveis pela Política Pública de Aleitamento Materno.

A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do

Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica. A base legal adotada para a formulação da estratégia são políticas e programas já existentes como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Apesar de passar despercebido a política pública de Aleitamento Materno é de suma importância, pois é o leite o principal e único alimento que fornece a energia e os nutrientes necessários para o bebê até o sexto mês de vida, mas para um melhor desenvolvimento deve-se ministra-lo junto com outros alimentos nutritivos (frutas, legumes e papinha) até no mínimo os dois anos de idade. Esta fase de amamentação influencia e muito toda a vida juvenil e adulta de um recém-nascido. Se uma criança não recebe os nutrientes e as vitaminas necessárias nos seus primeiros anos de vida, este estará suscetível a diversos problemas de saúde, como: desnutrição, falta de cálcio, dificuldades no desenvolvimento ósseo entre outros que podem deixar sequelas permanentes.

Os Centros Estaduais (CEAEs) não atuam somente na atenção à saúde da mulher e da gestante, mas também à saúde de crianças e adolescentes de ambos os gêneros (masculino e feminino) e de homens de qualquer idade. Os CEAEs contam com profissionais de diversas áreas como, urologia, mastologia, ginecologia, pediatria, psicologia entre outros. Os Centros necessitam do apoio dos PSFs, das Secretarias de Saúde, dos Hospitais e das AMES dos respectivos municípios de sua abrangência. Os PSFs exercem papel fundamental para o funcionamento do Centros Viva Vida (CEAEs), pois para os cidadãos chegarem aos CEAEs é preciso prévio encaminhamento dos PSFs ou das AMES, devido às especialidades que os Centros (CEAEs) possuem. Os Centros são exemplos de mobilização e participação social para o bem-estar da sociedade.

2.5.1 CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE LAVRAS – MG

O CEAE, mais conhecido como Centro Viva Vida Risoleta Tolentino Neves é um centro de referência secundária localizado no município de Lavras-MG, que abrange além de Lavras outros municípios vizinhos. Alguns destes são: Ijaci, Perdões, Nepomuceno, Luminárias, Carrancas, Ribeirão Vermelho, Itumirim, Ingá e Itutinga.

O CEAE Lavras:

Presta assistência dentro nos segmentos de ginecologia e obstetrícia (alterações no exame clínico do colo do útero e/ou exame citológico, saúde sexual e reprodutiva); pré-natal de alto risco e puerpério; mastologia (alterações na mamografia ou nódulo de mama); pediatria, crianças de 0 a 5 anos (prematuridade e baixo peso ao nascer, asfixia, asma, tosse ou dificuldade respiratória, diarreia/desnutrição, obesidade, hipotireoidismo, doença falciforme, fibrose cística, toxiplasmose, sífilis, HIV e violência). Também presta atendimento urológico referendado para homens com história familiar de câncer, exame clínico alterado e PSA maior ou igual a 4. Realiza vasectomia, biópsia de próstata e trata DST. Todas estas ações referendadas pelas Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família. O Centro Viva Vida Lavras também possui atividades de grupos educativos: - Grupo Viver (Mulheres com CA de Mama e CA de Colo Uterino) - Toda 1ª Quarta-feira do mês às 14h. - Grupo de Gestantes - Quinzenalmente - Parceria com o Grupo Homens de Coragem do Lar e Vida Mateus Loureiro Ticle (CA de próstata) - Toda 1ª Quinta-feira do mês às 14h no Lar e Vida. Encontra-se em fase de reativação e reestruturação do Comitê Municipal de Defesa da Vida. A população deverá agendar, realizar e buscar pessoalmente todos os exames (mamografias, ultrassonografias etc) no Centro Viva Vida. As mamografias são realizadas diariamente nos horários de 7, 9, 11 e 1h, devendo o público apresentar a requisição de mamografia devidamente preenchida pelo médico ou enfermeira das UBS/PSF. Atualmente, o Bando de Leite Humano Elza Murad Avayou faz parte do Centro Viva Vida de Lavras, utilizando o espaço físico conjunto e a mesma equipe multiprofissional. Desempenhando as seguintes funções: - Orientações gerais sobre a amamentação e aleitamento materno; - Consulta de enfermagem para assistência das parturientes e puérperas com dificuldade na amamentação, seja por desinformação ou intercorrências/patologias na mama; - Palestras educativas nas unidades de saúde e escolas; - Busca ativa das "Mães de Minas" (CENTRO..., 2016).

O Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras foi fundado em junho de 2008 como Centro de Referência Risoleta Tolentino Neves, e em 2016 passou a ser o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada), está localizado na região central de Lavras, ao lado da Farmácia municipal, na Rua Lourenço Menicucci Filho, 412, no bairro Retiro. O Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras funciona com seu corpo técnico completo de segunda a sexta de 7h às 17h, exceto segunda, quinta e sexta que o Urologista começa a atender junto com uma enfermeira, o atendimento começa às 5h da manhã e nas quartas que são realizadas as biopsias e o Centro começa a funcionar às 6h da manhã e o restante do corpo técnico só chega às 7h. O CEAE conta com uma equipe de 30 funcionários, sendo 1 Psicóloga, 2 Ginecologistas-Obstetras, 1 Ginecologista, 2 Mastologistas, 3 Ultrassonografistas (todos médicos conceituados, sendo destes um o mesmo que atende na mastologia), 2 Pediatras, 1 Assistente Social, 1 Fisioterapeuta, 1 nutricionista, 4 enfermeiras, 1 técnica em radiologia, 1 tecnóloga (faz as mamografias), 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista, 1 Coordenador assistencial, 1 Gerente, 1 Digitadora, 1 Urologista, 2 Vigias e 3 Auxiliares de serviços Gerais. O Centro Viva Vida conta com outros programas dentro de seu bojo, com o objetivo de

proporcionar maior qualidade de vida, melhor atendimento aos cidadãos e esclarecer dúvidas à sociedade. Dentre esses programas estão o Programa Mães de Minas, Novembro Azul e Outubro Rosa. A política Pública de Aleitamento Materno não está ativa em Lavras, por falta de investimentos e de aprovação do Alvará de funcionamento do Banco de Leite.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho busca compreender o funcionamento da atenção secundária à saúde no município de Lavras, buscando compreender a relação entre PSFs e o CEAE e a importância do CEAE para os usuários de Lavras e região. Constitui-se de uma pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas e aplicação de questionário semiestruturado, para compreender a importância do Programa Viva Vida - CEAE do ponto de vista social, entender o funcionamento deste em Lavras, suas dinâmicas e sua relação com o nível de atenção primário.

Para entender o Viva Vida - CEAE foram realizados uma pesquisa bibliográfica e um estudo de campo e de caso, com o intuito de compreender a implementação do programa Viva Vida no CEAE de Lavras, já que este aparenta ser um programa de grande aceitação social para Lavras e região, pois além de Lavras o CEAE abrange mais nove cidades do sul de Minas Gerais. O estudo de campo e de caso foi realizado em abril de 2017 no Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras, conhecido como Centro Viva Vida, localizado na Rua Lourenço Menicucci Filho, 412 no bairro Retiro.

Este estudo contou com dados primários coletados por meio de uma pesquisa realizada com usuárias e profissionais do CEAE, análise empírica e observação durante quinze dias do funcionamento deste Centro de atenção secundária à saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com aplicação de questionário semiestruturado às usuárias do CEAE, observação e aplicação de questionário semiestruturado aos profissionais do Centro Estadual. A metodologia utilizada corresponde a amostragem não-probabilística por acessibilidade, pois como é um ambiente em que muitas pessoas estão apreensivas, nervosas e ou tristes não aceitam responder ao questionário, então tem-se que recorrer àquelas que aceitam fazer entrevista, e isso ocorre aleatoriamente.

Foram entrevistadas 20 usuárias do CEAE com idade entre 19 e 66 anos, que fazem uso constante do CEAE, como: acompanhamento de gestação, mamografias de rotina, ultrassonografia da mama para acompanhamento entre outros. As entrevistas foram feitas de 05 de abril de 2017 até 19 de abril de 2017 com usuárias de Lavras e de alguns municípios vizinhos, Ingaí, Ribeirão Vermelho, Nepomuceno e Perdões. Também foram entrevistadas 5 profissionais que trabalham no CEAE, dentre elas uma enfermeira (gerente do CEAE), duas técnicas de enfermagem, uma atendente de farmácia e uma auxiliar de enfermagem, com o intuito de compreender a opinião destas sobre o Centro e sobre essa política pública de atenção secundária à saúde e analisar se estas já utilizaram o Centro alguma vez.

Foi feita uma observação do funcionamento do CEAE durante 15 dias e uma análise empírica deste, já que a autora frequenta há mais de 7 anos o Centro, que antes era chamado de “Centro de Referência Risoleta Tolentino Neves”. A análise dos dados coletados foi realizada com o intuito de comparar os conhecimentos empíricos adquiridos no decorrer de 7 anos, com a opinião das usuárias e profissionais do CEAE sobre o funcionamento da atenção secundária à saúde no município de Lavras.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CEAE conta com uma equipe de 30 funcionários(as), sendo 1 Psicóloga, 2 Ginecologistas-Obstetras, 1 Ginecologista, 2 Mastologistas, 3 Ultrassonografista (todos médicos conceituados, sendo destes um o mesmo que atende na mastologia), 2 Pediatras, 1 Assistente Social, 1 Fisioterapeuta, 1 nutricionista, 4 enfermeiras, 1 técnica em radiologia, 1 tecnóloga (faz as mamografias), 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista, 1 Coordenador assistencial, 1 Gerente, 1 Digitadora, 1 Urologista, 2 Vigias e 3 Auxiliares de serviços Gerais. Destes a maioria são efetivos do estado, mas há alguns contratados pelo município por meio de processo seletivo.

A estrutura física do CEAE é completa. Para se ter acesso ao interior deste, há uma rampa com corrimão para deficientes físicos, escadas e uma outra entrada plana para idosos, há sofás e cadeiras acolchoadas para melhor acomodar os pacientes enquanto aguardam as consultas; a sala de espera é ampla e arejada, as consultas são feitas em salas individuais e arejadas, com instrumentos adequados (medidor de pressão, estetoscópio etc.); há uma ala só para a realização de mamografias e ultrassonografias, na sala de espera tem brinquedos para as crianças se distraírem e o ambiente é limpo.

Com vistas a compreender o funcionamento da atenção secundária à saúde no município de Lavras, com o objetivo de compreender a implementação do programa Viva Vida no CEAE de Lavras, já que este aparenta ser um programa de grande aceitação social para Lavras e região, foram feitas entrevistas com algumas servidoras do CEAE e aplicação de questionário. Para maior exatidão foram 5 servidoras que aceitaram participar das entrevistas. A maioria das entrevistadas trabalham há mais de dois anos na organização e já utilizaram esta em algum momento e ou possuem familiares que utilizam os serviços do CEAE.

De acordo com as respostas obtidas, o CEAE de Lavras atende diariamente cerca de 100 pessoas e dessas 80% são mulheres (desde adolescentes até idosas), pois é um programa mais voltado para as mulheres, atendendo gestantes de alto risco, mulheres com alterações na mama ou útero, idosas (mamografia) e atende também crianças de risco (entre 0 e 5 anos), recém-nascidos de risco, idosos com alterações na próstata (urologia) e adolescentes com alterações mamárias. Na opinião das entrevistadas o Programa Viva Vida executado pelo Centro Estadual de Atenção Especializada é de suma importância para a população de Lavras e região e com sua implementação a assistência à saúde, principalmente a saúde das mulheres melhorou consideravelmente, pois este auxiliou na organização da atenção à saúde dialogando diretamente com a atenção primária e terciária, pois o CEAE encaminha pacientes para cirurgias

e estas são realizadas em hospitais particulares com subsídios público; encaminha pacientes com câncer para tratamento em Varginha ou em Barretos com cobertura total do tratamento pelo SUS, a (o) paciente só arca com hospedagem e transporte (este quando não é cedido pela Prefeitura do município de residência do paciente), caso necessário; também recebe encaminhamento do nível primário, ou seja, dos PSFs e promove o tratamento de crianças que obtiveram o resultado do teste do pezinho alterado e outros. O Programa trouxe melhorias pelo fato de proporcionar uma detecção precoce de câncer de mama, de colo do útero e de próstata, possui agilidade e rapidez no agendamento de consultas, acolhe crianças de alto risco, proporciona pré-natal a gestantes de alto risco e soro positivo e por possuir uma equipe multidisciplinar, o que proporciona maior qualidade no atendimento e na saúde dos (as) usuários (as).

Toda vez que um (a) paciente passa por uma consulta pela primeira vez, este (a) precisa passar por toda equipe multidisciplinar, que é organizada da seguinte maneira: o paciente é atendido na recepção e chamado para a pré-consulta, logo em seguida faz a consulta com o (a) médico (a) especialista, depois vai conversar com a Assistente Social, depois passa pela Psicóloga, pela Fisioterapeuta e com a Nutricionista, não necessariamente precisa seguir essa ordem da equipe, o importante é passar por todos os supracitados profissionais. Garantindo um atendimento eficaz e completo. O Viva Vida - CEAE possui vários pontos positivos, alguns apresentados pelas entrevistadas da equipe são: o empenho e pontualidade da equipe com as atividades, a humanização do atendimento, equipe completa e preparada, o ambiente tranquilo e limpo para exercer suas atividades e fácil localização. Mas também possui alguns pontos negativos como: falta um PSF no bairro onde fica o CEAE o que causa confusão para os moradores, pois muitos acham que ali também há atendimento de nível primário; falta de comunicação do CEAE com a comunidade lavrense, porque muitas pessoas ainda desconhecem esta organização, as informações ficam mais restritas aos pacientes que necessitam das especialidades do Centro, é preciso maior divulgação deste para os cidadãos lavrenses; falta maior interação e entendimento dos PSFs, devido aos pré-natais. Muitos PSFs proporcionam um pré-natal rudimentar, mas solicitam exames ao CEAE e isso não deve ocorrer, os pré-natais de alto risco devem ser realizados integralmente no CEAE; há influência da troca de gestão no corpo técnico e dos investimentos municipais nesta organização, o que atrapalha a prestação do serviço, causando descontinuidade e novos treinamentos, gerando maior gasto para o estado; e a falta de disponibilidade de linhas de ônibus, atualmente só uma linha de ônibus municipal passa em frente o CEAE.

O Centro conta como prédio do Banco de Leite Humano Elza Murad Avayou, mas este não funciona devido à não aprovação do alvará de funcionamento e a falta de investimentos.

4.1 ENTREVISTANDO OS USUÁRIOS DO CEAE

A fim de compreender se houve melhoria na prestação dos serviços de assistência secundária à saúde com a implementação do CEAE, entender a relação que há entre os PSFs de Lavras e o CEAE, e a importância social do Programa Viva Vida - CEAE para as usuárias de Lavras e região, foram feitas entrevistas, com aplicação de questionário semiestruturado e observação do Centro. Foram vinte entrevistas com aplicação de questionários e observação durante os quinze dias de pesquisa no CEAE, dos vinte usuárias que participaram da pesquisa, 100% são mulheres. As entrevistadas têm idade entre 19 e 66 anos, são de municípios variados, como: Lavras, Ribeirão Vermelho, Perdões e Ingaí.

Ao questionar as entrevistadas há quanto tempo utilizam o Centro, cinco mulheres responderam que utilizam há menos de 1 ano, sete usuárias de 1 a 3 anos, três responderam que utilizam de 3 a 5 anos, duas usuárias de 5 a 8 anos e três mulheres responderam que utilizam o CEAE há mais de 8 anos. Destas, dez mulheres possuem o Ensino Médio completo, duas mulheres tem o Ensino Médio incompleto e oito mulheres tem o Ensino Fundamental incompleto.

Por meio de análises feitas nos questionários respondidos pela amostra pesquisada tem-se que as usuárias do CEAE são mistas no quesito ocupação, das entrevistadas dez mulheres são de acordo com o questionário, classificadas como desempregadas, estudantes ou do lar; sete mulheres trabalham e três mulheres são aposentadas. No CEAE não há qualquer distinção por cor ou raça, pois, até mesmo o corpo técnico é miscigenado, por coincidência as usuárias também são bem mistas. O interessante do Centro é que só atende por meio de encaminhamento de PSF ou Hospital, no caso de Ribeirão Vermelho, e isso deixa o atendimento completamente gratuito e igualitário, porque não é aceito encaminhamento de médicos particulares.

Ao serem questionadas sobre como veem o CEAE e seu corpo técnico, por unanimidade constatou-se que há uma grande satisfação popular, pois este apresenta de acordo com as entrevistadas, um corpo técnico completo, capacitado, bem preparado e humanizado; possui também uma estrutura física ampla, arejada, bem dividida e de fácil localização para a maioria (80% das entrevistadas acham isso), há tentativas de tornar o ambiente agradável, pois o CEAE conta com a Brinquedoteca (formada por doações do Rotary Club), possui bebedouro e banheiros limpos e espaçosos e com acesso para deficientes físicos.

Figura 2: Sala de Espera do CEAE



Legenda: Foto tirada pela autora durante a pesquisa de campo

Fonte: Da autora (2017).

Figura 3: Banheiros da Sala de Espera para deficientes físicos



Legenda: Foto tirada pela autora durante a pesquisa de campo

Fonte: Da autora (2017).

Figura 4: Brinquedoteca



Legenda: Foto tirada pela autora durante a pesquisa de campo

Fonte: Da autora (2017).

Por meio de observação notei algumas mulheres que estavam utilizando o CEAE pela primeira vez, então expressaram suas primeiras impressões sobre o Centro, que notaram a limpeza do ambiente, a educação e o preparo dos funcionários, o que torna o atendimento humanizado e equânime e disseram que há agilidade tanto na marcação de consultas, como no atendimento interno. Um fato interessante que ocorreu durante a observação, foi que um pediatra estava indo embora e notou que uma mãe estava atrasada para a consulta de seu bebê, então ele retornou e foi atender a criança e só depois que se certificou de que não havia mais nenhum paciente, o pediatra se despediu de todos que estavam no CEAE e foi embora.

Durante as entrevistas as mulheres tiveram muita dificuldade em encontrarem pontos negativos do Centro Estadual de Atenção Especializada. Mas os poucos pontos negativos encontrados são: falta placas de indicação para o CEAE (para quem não é de Lavras); falta linhas de ônibus que passem próximo ao CEAE, atualmente só há uma que passa em frente (a linha Queixada, via Fonte Verde); falta de divulgação sobre o que é o CEAE; falta maior esclarecimento dos PSFs sobre o que é o CEAE; e maior abrangência da ginecologia, hoje só pode consultar com os ginecologistas do CEAE mulheres que possuem alguma alteração no útero e gestantes de alto risco, então muitas mulheres acham que os preventivos comuns deveriam ser feitos no CEAE com ginecologistas e não nos PSFs com enfermeiras. Já os pontos positivos apresentados são: ambiente limpo e agradável, bom atendimento, médicos

conceituados e capacitados, agilidade na marcação de exames e consultas, corpo técnico capacitado, tempo mínimo de espera e amplo leque de especialidades.

As usuárias, apesar de só uma linha de ônibus circular do município de Lavras passar próximo ao Centro, não possuem dificuldades para acessá-lo, muitas utilizam carro próprio, outras vão a pé e as de municípios vizinhos tem veículo cedido pela prefeitura. As usuárias entrevistadas utilizam mais de um programa social, a maioria utiliza além do CEAE mais dois outros programas ou políticas públicas, tais como: PSF, Farmácia Municipal, CRAS, Farmácia Popular entre outras.

Com a implementação do Programa Viva Vida no Centro Estadual de Atenção Especializada no município de Lavras a assistência à saúde, principalmente de mulheres e crianças melhorou consideravelmente, em acordo com análises bibliográficas diminuiu os índices de mortalidade infantil e materna e auxilia na gestação de soros positivos. Segundo as entrevistas e análises bibliográficas o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna – Viva Vida, é um programa de grande aceitação e responsável por significativas melhorias à saúde materna e infantil e também de mulheres, porque trouxe em seu bojo a possibilidade de detecção precoce de câncer de mama e do colo do útero, e de homens porque permite a detecção precoce do câncer de próstata e auxilia as gestantes de alto risco do início das gestações até a criança completar um ano. E de acordo com o estudo de campo é uma política pública que deu certo e continua funcionando e com ótimos resultados, com a mesma qualidade inicial e com equidade.

O mais interessante e que pode passar por muitos sem ser notado, são as comemorações no CEAE, este investe tanto no bem-estar de seus pacientes, que proporciona vários espaços de interações com seus (suas) usuários (as), como por exemplo, no Dia Internacional das Mulheres foi feito um café da manhã para todos os pacientes, com direito a som de uma dupla local, com variedade de quitandas, chás e cafés e ainda contou com uma maquiadora da Mary Kay, para levantar a autoestima das pacientes. Tornando muitas vezes um momento de tristeza pós consulta em um momento de compartilhar emoções e experiências; Há os meses focados em ações para a saúde como, o Outubro Rosa e o Novembro Azul; Há também a cada dois meses cursos para gestantes, com o intuito de auxiliar mães de primeira viagem, tirar dúvidas e ceder informações às mães de alto risco sobre amamentação (mulheres soro positivo, por exemplo, não podem amamentar seus bebês), cuidados básicos com o recém-nascido, observar o bebê entre outros aspectos, e distribuição de kits (com banheirinhas, toalhas e outros utensílios) para as futuras mães. O CEAE não se preocupa só com a atenção secundária a saúde, mas também em proporcionar atendimento equânime, humano e de qualidade aos seus (suas) usuários (as) e

prestar informações à população quando necessário, como por exemplo, quando alguém vai lá pensando que é um PSF, os (as) funcionários (as) explicam que não e o que é o CEAE e como ter acesso a ele e quais as especialidades que o compõe; o CEAE também busca proporcionar um ambiente agradável para seus (suas) usuários (as) (limpo, espaçoso, com brinquedoteca e com sofás e cadeiras acolchoadas), proporcionando comemorações, dinâmicas e cursos.

Figura 5: Comemoração do Dia Internacional da Mulher



Legenda: Foto tirada pela autora durante a pesquisa de campo

Fonte: Da autora (2017)

Figura 6: Panfletos dos Cursos para gestantes de alto risco de 2017



Legenda: Fotos tiradas pela autora durante a pesquisa de campo

Fonte: Da autora (2017).

Portanto uma das poucas dificuldades do CEAE apontada pelas entrevistadas, principalmente, pelas funcionárias do CEAE está na relação PSFs - CEAE, a falta de informação por parte das agentes de saúde dos PSFs, que não encaminham e informam a população de Lavras corretamente sobre as especialidades que o CEAE possui, seu público alvo e seus objetivos. Isso ocasiona muitos desentendidos para a população, pois a parcela que não conhece muito bem ou não utiliza o CEAE, acha que há um tratamento desigual, que este é um PSF, já que o bairro de sua localidade não possui PSF, outros pensam que O CEAE é uma maternidade, outros não entendem que o CEAE é uma organização exclusivamente pública. Contudo o Centro Estadual de Atenção Especializada possui grande aceitação da população que o utiliza e dos demais que gostariam de poder utilizar. E o Programa Viva Vida significa uma melhora considerável na atenção à saúde, principalmente de mulheres e crianças, seu público alvo inicial e auxilia na prevenção de três tipos de câncer (Câncer de mama, de colo do útero e de próstata) e ajuda no desenvolvimento de diversas crianças (auxilia no desenvolvimento, como: problemas de locomoção entre outros). Sendo considerado do ponto de vista social, uma

política pública estadual que deu e está dando certo, ou seja, que está trazendo reais melhorias para a população de Lavras e região.

5 CONCLUSÕES

A saúde pública é um direito de todos, e como uma forma de proporcionar este direito para os brasileiros criou-se o SUS, mas nem todos os cidadãos conhecem ou entendem o funcionamento do SUS. Este se divide em três níveis de atenção: a básica ou atenção primária, a secundária e a terciária, no decorrer deste trabalho foi bastante detalhado o que é e as funções de cada nível. Este detalhamento traz a percepção de que a atenção a saúde no nível secundário não é muito difundida e compreendida pela população, então surge aí o problema de pesquisa, compreender o funcionamento da atenção secundária, mas como? Por meio de um estudo de campo e caso em uma organização no município de Lavras, que dispõe de um Programa Mineiro de Atenção Secundária à Saúde, o Viva Vida, que é realizado pelo CEAE.

Infere-se o quão interessante é o programa, as melhorias que este trouxe para os usuários de Lavras e região, a dinâmica deste programa com os demais níveis de atenção, e sua relação harmoniosa entre esfera estadual e municipal. É um programa de suma importância social, mas que é pouco divulgado, e conhecido só por quem necessita deste, e presta serviços de saúde de ótima qualidade e com vistas a proporcionar um tratamento humanizado, o que é minimamente notado no serviço público, principalmente no SUS. O interessante nesta pesquisa está na pouca literatura sobre o Viva Vida, os CEAEs e o nível de atenção secundária; o desconhecimento da sociedade sobre a divisão nos níveis de atenção e a inter-relação que se faz com as disciplinas que compreende a grade do curso de bacharelado em Administração Pública pela Universidade Federal de Lavras. Durante a pesquisa enxergou-se as redes existentes dentro do SUS, entre seus níveis de atenção e suas respectivas organizações (PSFs, CEAE, AMEs, UPA etc), o papel da sociedade neste cenário entre outros aspectos.

O que se conclui, é que apesar de banalizado, mal visto pela sociedade e muito criticado, o SUS possui pontos positivos e em alguns setores e ou regiões ele realmente funciona, de forma eficiente e eficaz, e que muitas vezes falta maior interação da sociedade e em contrapartida maior divulgação e informação sobre alguns programas sociais, principalmente aqueles voltados para a saúde, o Viva Vida - CEAE por exemplo, é um programa mineiro que atende à vários requisitos do SUS, como: fazer mais com menos; tratar todos como iguais, ou seja proporcionar um tratamento equânime e é eficiente e eficaz, pois os índices de mortalidade em Lavras reduziram após o surgimento do Programa Viva Vida - CEAEs.

O Programa Viva Vida realizado pelo CEAE é pouco divulgado, mas de grande importância social para a população de Lavras e região. Muitas vezes ouve-se reclamar do SUS,

mas as pessoas não param para notar as diversas políticas na área da saúde, ou seja, as várias políticas públicas dentro do Sistema Único de Saúde.

Cuidar da saúde é prioridade, mas se inteirar sobre o SUS, seus níveis hierárquicos e sua subdivisão não é tarefa realizada por todos os usuários deste, o que ocasiona generalização dos serviços de assistência à saúde (maioria das vezes o SUS é visto e dito como rudimentar). É necessária a compreensão dos diferentes níveis de atenção à saúde, suas respectivas funções e especialidades e maior interação e observação social, cabe maior diálogo da atenção primária de saúde com a sociedade, maior participação desta última, maior investimento na saúde pública e maior diálogo entre sociedade e Estado, com vistas a garantia do bem-estar social, de prestação de serviços públicos de atenção à saúde humanizados e com a maior qualidade possível. O diálogo entre Estado e sociedade é extremamente necessário, quanto maior a participação social, menor descaso, maior qualidade na prestação de serviços públicos, maior disseminação de informações e maior satisfação social.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. A. **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: < <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ANDRADE, V. L. et al. **Mortalidade infantil em Minas Gerais: análise da Política da Rede Viva Vida através do Método de Diferenças em Diferenças**. 2011. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/avaliacao_trabalho_07_mortalidade_infantil_em_minas_gerais_analise_da_politica_da_rede_vitor_luiz_andrade.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

CENTRO. **Centro Viva Vida Lavras**. Atualizado em 2016. Disponível em: < <https://posuta.com/pt/lavras/saude-da-mulher/centro-viva-vida-lavras/> >. Acesso em: 15 jan. 2017.

ESCOREL, S et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. 2007. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2017.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: Do Brasil – Colônia a 1930**. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto - MG, p. 1-33, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MANUAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL. **Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna**. 2007. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=2999 >. Acesso em: 18 jan. 2017.

MARQUES, A. M. de F; SOUZA, H. F; MOREIRA, L.M. de C. **O sistema estadual de monitoramento dos Centros Viva Vida e as bases para a implantação dos sistemas de custos na Atenção secundária à saúde em Minas Gerais**. RAHIS, n. 5, 2010. Disponível em: < <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1110> >. Acesso em: 18 jan. 2017.

MARQUES, L. dos S. **A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 59, nov. 2008. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Do sanitário à municipalização**. Brasília. 2017. Disponível em : < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Brasília. 1. ed. 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_o_sus.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017**. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MOREIRA, L. M. de C et al. **Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil**: uma história de desafios. Revista Médica de Minas Gerais .2012. Disponível em:< <http://rmmg.org/artigo/detalhes/644>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. Disponível em: < <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/3/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2012. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php> >. Acesso em: 18 jan. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Novembro Azul conscientiza homens para prevenção do câncer de próstata**. 2012. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/novembro-azul-conscientiza-homens-para-prevencao-do-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família**: construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 n. 6, Ribeirão Preto Nov./Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>. Acesso em: 13 jul. 2017.

RONZANI, T. M; STRALEN, C. J.V. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Revista APS, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul/dez. 2003. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SERRA, J. **O setor da Saúde é o que mais sofreu retrocessos na era petista, diz Serra, responsável por transformações no setor durante governo FHC**. Disponível em: <<http://www.joseserra.com.br/o-setor-da-saude-e-o-que-mais-sofreu-retrocessos-na-era>>

petista-diz-serra-responsavel-por-transformacoes-no-setor-durante-governo-fhc>. Acesso em: 13 jul. 2017.

SOUZA, G. C. de A; COSTA, I. do C. C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde e Sociedade, v. 19, n 3, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300004&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 jan. 2017.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2017.

UNICEF. **Cuidados primários de saúde: 30 anos desde Alma-Ata.** 2008. Disponível em:< <https://www.unicef.org/brazil/sowc9pt/cap2-dest2.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

VENANCIO, S. I; ALMEIDA, H. de. **Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno.** Jornal de Pediatria, Porto Alegre, vol. 80, n. 5, nov. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700009 >. Acesso em: 18 jan. 2017.

APÊNDICE A**UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Ofício nº **001/2017**

Lavras-MG, 24 de Março de 2017.

Ao Centro Estadual de Atenção Especializada – CEAE

Prezado (a) Coordenador (a)

Solicito por meio deste a autorização para a graduanda em Administração Pública pela Universidade Federal de Lavras Andromeda Alves de Oliveira, fazer uma pesquisa sobre o histórico, funcionamento, corpo técnico entre outras informações sobre o Centro Estadual de Atenção Especializada que irão compor seu Trabalho de Conclusão de Curso. Esta pesquisa terá total sigilo dos dados pessoais obtidos (nome, idade etc) e seu tempo de duração é de aproximadamente 45 dias.

Atenciosamente,

Julia Moretto Amâncio

Profa. Adjunta de Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Administração e Economia - DAE
Universidade Federal de Lavras - UFLA
Ramal (35) 3829-3195

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após receber com as informações a seguir, se aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Políticas públicas voltadas à saúde das mulheres: um estudo de caso sobre o Centro Estadual de Atenção Especializada

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Júlia Moretto Amâncio/ Andromeda Alves de Oliveira

Telefone para contato: (35) 3829-3195

1. Descrição da pesquisa

O objetivo desta pesquisa é explorar e compreender a atuação do Centro Estadual de Atenção Especializada em Lavras e região é de suma importância, através de um estudo de caso a ser realizado no Centro Estadual de Atenção Especializada (Centro de Referência Risoleta Tolentino Neves) no município de Lavras, em busca da importância das políticas públicas de saúde voltadas para às mulheres, já que a maioria dos usuários do CEAE em Lavras são mulheres de diversas faixas etária e entender a relação deste com os PSFs de Lavras. O Centro conta também com diversos outros programas voltados para a saúde de homens e mulheres em seu bojo, tais como: Novembro Azul, Outubro Rosa, a política de Aleitamento Materno entre outras.

2. Detalhamento dos procedimentos (Metodologia)

Se você consentir participar desta pesquisa, sua participação consistirá em responder a um questionário o que levará em torno de 30 minutos. O questionário tem como objetivo levantar informações sobre o histórico do Centro Estadual de Atenção Especializada, sua importância social, as razões para o seu surgimento e sua relação com os PSFs de Lavras e região.

3. Duração de pesquisa e divulgação de resultados

A pesquisa se iniciou em Março de 2017 e está prevista para apresentar seus primeiros resultados em agosto de 2017. Como a pesquisa objetiva contribuir para o meu Trabalho de Conclusão de Curso, seu retorno se dará por meio de publicações em importantes revistas da área,.

4. Informações adicionais

Esta pesquisa não envolve riscos, prejuízos, lesões nem desconfortos aos seus participantes. Declara-se que serão entrevistados somente aqueles indivíduos com condições de decidir livremente a participação ou não da entrevista, ou seja, não participarão das entrevistas pessoas com substancial diminuição em suas capacidades de consentimento.

Damos a garantia de sigilo sobre as informações dadas e o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. Garantimos também o ressarcimento de gastos com o deslocamento.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

APÊNDICE C**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____,
RG _____ CPF n.º _____ concordo em
participar do estudo “**Políticas públicas voltadas à saúde das mulheres:** um estudo de caso
sobre o Centro Estadual de Atenção Especializada, como sujeito. Fui devidamente informado
e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
qualquer penalidade.

Local e data

Nome e Assinatura do sujeito

APÊNDICE D

Roteiro de Estudo aos funcionários do CEAE

Universidade Federal de Lavras Bacharelado em Administração Pública

A. DADOS DE CONTROLE

Número da Entrevista: _____ Iniciais do Entrevistador: _____

Data: ____/____/2017

Nome do(a) Entrevistado(a):

Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Cidade do (a) Entrevistado (a):

Local da Entrevista:

Rua: _____ Número: _____ CEP: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Script: Olá, farei uma entrevista de aproximadamente 30 minutos sobre o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada) de Lavras. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a importância social do CEAE.

Sou graduanda em Administração Pública, pela UFLA e esta pesquisa irá compor meu Trabalho de Conclusão de Curso. Desde já agradeço por aceitar fazer esta entrevista.

B. DADOS DO ENTREVISTADO

B.1. Onde você trabalha atualmente? _____ [se não trabalha, ir B1b]

B.1a. Qual seu cargo/ função nesse local?
_____ -----> ir B.2

B.2. Qual é a sua profissão (por formação)?

B.3. Em que ano você nasceu? _____

B.4. Qual foi o último ano da escola que você concluiu?

1º Grau									2º Grau			Superior		Pós		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17 +
ENSINO FUNDAMENTAL									ENSINO MÉDIO			UNIVERSITÁRIO				

C. DADOS DO USUÁRIO

- C.1.** Há quanto tempo você trabalha nesta Organização?
- C.2.** Quantas pessoas em média são atendidas diariamente no CEAE?
- C.3.** E dessa média quantas são mulheres?
- C.4.** Qual a sua opinião sobre o CEAE?
- C.5.** Quais foram os motivos que culminaram na criação do CEAE?
- C.6.** Na sua opinião, qual a importância do CEAE para a saúde dos usuários de Lavras e região?
- C.7.** Como você avalia essa política pública?
- C.8.** Fazendo uma breve análise de antes e depois do CEAE você acha que a assistência à saúde melhorou?
- C.9.** Você utiliza ou já utilizou o CEAE?
- C.9.a.** Se sim, há quanto tempo?
- C.10.** Aponte três pontos positivos e três pontos negativos do CEAE.

APÊNDICE E

Questionário voltado aos usuários do CEAE

Universidade Federal de Lavras Bacharelado em Administração Pública

A. DADOS DE CONTROLE

Número da Entrevista: _____ Iniciais do Entrevistador: _____

Data: ____/____/2017

Nome do(a) Entrevistado(a):

Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Cidade do (a) Entrevistado (a):

Local da Entrevista:

Rua: _____ Número: _____ CEP: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Script: Olá, farei uma entrevista de aproximadamente 30 minutos sobre o CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada) de Lavras. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a importância social do CEAE.

Sou graduanda em Administração Pública, pela UFLA e esta pesquisa irá compor meu Trabalho de Conclusão de Curso. Desde já agradeço por aceitar fazer esta entrevista.

B. DADOS DO ENTREVISTADO

B.1. Onde você trabalha atualmente? _____ [se não trabalha, ir B1b]

B.1a. Qual seu cargo/ função nesse local?
_____ -----> ir B.2

B.1b. Você está: 1. Aposentado ----->

B.1b.a. De onde? _____

2. Licenciado (afastado/ liberado) ----->

B.1b.b. De onde? _____

3. Desempregado, ou é estudante, dona de casa (Inativo)

B.2. Qual é a sua profissão (por formação)?

B.3. Em que ano você nasceu? _____

B.4. Qual foi o último ano da escola que você concluiu?

1º Grau									2º Grau			Superior		Pós		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17 +
ENSINO FUNDAMENTAL									ENSINO MÉDIO			UNIVERSITÁRIO				

C. DADOS DO USUÁRIO

C.1. Há quanto tempo você utiliza o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE)?

Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 5 anos	De 5 a 8 anos	Mais de 8 anos

C.2. Como tomou conhecimento do Centro Estadual de Atenção Especializada?

C.3. Você foi encaminhado ao CEAE pelo PSF ou por outro órgão público?

C.4. Quais serviços do Centro Estadual de Atenção Especializada você utiliza?

C.4a. E quais serviços já utilizou em outro momento?

C.5. Qual a sua opinião sobre o Centro Estadual de Atenção Especializada e do corpo técnico?

C.6. Como você avalia esta política pública?

C.7. Comparando antes e depois da implementação do CEAE, você acha que melhorou a assistência à saúde?

C.8. Aponte três pontos positivos e três pontos negativos do Centro Estadual de Atenção Especializada.

C.9. Qual meio de transporte você utiliza para ter acesso ao CEAE?

C.10. Você acha que o CEAE é de fácil acesso? A localização é de fácil compreensão?

C.11. Quais outras políticas públicas e ou programas sociais voltados à saúde você utiliza?

PSF	Farmácia popular	Política Aleitamento Materno	Farmácia Municipal	Outros

**Centro Estadual de Atenção
Especializada (CEAE)**

GINECOLOGIA

- Neoplasia de endométrio
- Neoplasia de colo de uterino (preventivos alterados com lesões pré-cancerígenas)
- Condiloma acuminado

Procedimentos: Colposcopia, Biópsias, CAF , Eletrocauterização, Laqueadura de mulheres >25ª + de 02 filhos, Inserção de DIU.

GESTANTES DE ALTO RISCO

- Desvio quanto ao crescimento uterino
- Doença Psiquiátrica grave
- HAS crônica
- Doenças genéticas maternas
- Antecedentes de tromboembolismo (TVP e EP)
- Cardiopatias ou IAM
- Pneumopatias Graves
- Nefropatias Graves
- Endocrinopatias
- Doenças Hematológicas

ANEXO A - Especialidades do CEAE

- Doenças Neurológicas
- Doenças Autoimunes
- Ginecopatias
- Câncer
- Mulheres Transplantadas e
- Mulheres que realizaram cirurgia bariátrica
- Morte perinatal
- Abortamento habitual (03 ou mais gestações antes da 20ª semana)
- HP de insuficiência Cervical/incompetência istmo-cervical
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Infertilidade
- Anemias em Gestantes
- Prematuridade
- Suspeita atual de insuficiência cervical
- Gestação resultante de estupro
- Desnutrição grave, Obesidade mórbida, transtornos alimentares
- Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal ou acretismo placentário
- Síndrome Hemorrágica ou Hipertensiva

- HAS em Gestantes
- Infecção urinária de repetição
- Prurido gestacional/icterícia persistente
- Malformação fetal
- Gestação Múltipla
- Diabetes Gestacional
- Hemorragias na Gestação
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Doenças Infecciosas

Procedimentos: Cardiotocografia, US obstétrico.

MASTOLOGIA

- Diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama (confirmação ou suspeita)
- Sinais e Sintomas mamários altamente sugestivos de neoplasia da mama
- Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia da mama
- Resultados de exames de imagem com laudo de classificação Bi-Rads 0, 3,4 e 5

- Hiperermia mamária não relacionada à mastite puerperal
- Pacientes candidatas a reconstrução da mama após cirurgia oncológica radical

Procedimentos: Mamografia Diagnóstica, Mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos bianual, US mama, PAAF e Core biopsy

NEONATOLOGIA

- Prematuridade < ou igual a 34 s ou peso ao nascer < ou igual 1800g
- RN prematuro ou não que tiverem sofrimento fetal agudo : APGAR ≤ 7 no 5º de vida.
- Egressos de internação Unidade Neonatais de Cuidados Progressivos
- Doenças infecciosas de transmissão perinatal
- Patologias Raras
- Prematuros com Doença Pulmonar Crônica
- RN com alterações hematológicas Crônicas

- RN com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor

PEDIATRIA

- Crianças egressas da UTI Pediátrica
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas
- Crianças com doenças respiratórias crônicas
- Crianças com imunodeficiências congênitas
- Crianças com alterações renais crônicas
- Crianças com problemas oncológicos
- Crianças com distúrbios psiquiátricos e/ou TDAH
- Crianças com DIA
- Crianças portadoras de cardiopatias congênitas e HAS
- Patologias Raras

UROLOGIA

- Homens com HF de câncer de próstata, exame PSA alterado
- DST
- Suspeita de Câncer de próstata ou pênis

Procedimentos: Eletrocauterização, Vasec tomia idade >25 anos e 2 filhos, Biópsia de Próstata.

O **CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA** (CEAE) de Lavras oferece serviços de atenção especializada ambulatorial à saúde com apoio de equipe Multiprofissional.

Devemos lembrar que os encaminhamentos deverão ser descritos de forma correta, no formulário de Referências, contendo os achados mais importantes, detalhamento do exame físico, resultado de exames complementares essenciais e citar medicações atuais.