

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PATRICIA MARQUES MAGALHÃES**



**IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO  
SUL: RESULTADOS INICIAIS**

**CAMPO GRANDE  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PATRÍCIA MARQUES MAGALHÃES**

**IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL:  
RESULTADOS INICIAIS**

Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito para obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da *Prof. Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos* e Co-orientação da *Prof. Msc. Vera Lúcia Kodjaoglanian*.

**CAMPO GRANDE  
2015**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida:

**Minha mãe, pelo exemplo de vida que é.**

**Meus irmãos, Júlio César e Fabio Alexandre, pelo incentivo direto ou indireto.**

**Lunna e Maitê, meus maiores PRESENTE!**

**Minha Vida, que se fortalece a cada dia.**

**AMO MUITO VOCÊS!**

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos por **DEUS**, já que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

A meus pais, **Wilson** (in memoriam) e **Dinair**, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

As minhas pequenas **Lunna e Maitê**, que, no último ano, estiveram tão próximas (literalmente) de mim, que foram tão presente no desenvolvimento deste trabalho e que, agora, me inspiram a querer ser mais que fui até hoje!

A meus irmãos, Júlio César e Fábio Alexandre, minhas cunhadas Alessandra e Laudicéia, meus sobrinhos Livia, Bruno e afilhado Wilson Neto, meus agradecimentos especial, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho.

Obrigada pela confiança!

A minha avó Zica, meus tios, tias, primos e primas, especialmente tia Rose pelas acolhidas ao longo desta caminhada, com seus almoços deliciosos e feito com amor. Obrigada pela força!

Às minhas amigas de sempre, Patrícia Panachuki, Andréia, Ana, Daiane e Sônia, por tantas vezes que cuidaram das minhas filhas como se fossem suas, nos momentos que precisava viajar para aulas ou momentos de orientação.

Aos meus vizinhos amigos Dorly e Geraldo, pelo carinho e cuidado com minha família e minha casa. Obrigada pela amizade!

À família do Hospital Funrural, que sempre entendeu minhas ausências, mas manteve a equipe dedicada e fortalecida.

Às minhas queridas orientadoras Mara e Vera, é claro, que acreditaram em meu potencial de uma forma a que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Sempre disponíveis e dispostas a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver algum tipo de conhecimento. Fizeram-me enxergar que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas... Vocês não foram somente orientadora e co-orientadora, mas, em alguns momentos, conselheiras, confidentes, mães e amigas. Vocês foram e são referências profissionais e pessoais para meu crescimento. Obrigada por estarem a meu lado e acreditarem tanto em mim!

A meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente à *Rubiana, Ana Cristina, Luciane e Flávia*, que se tornaram verdadeiras amigas e tornaram mais leve meu trabalho. Aos poucos nos tornamos mais que amigas, quase irmãs...

Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem minhas bobagens. Foi bom poder contar com vocês!

Agradeço a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, que sempre disponibilizou seus técnicos para fornecimentos dos dados referentes a este estudo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Anastácio, em nome de todos os meus colegas de trabalho, pela grande oportunidade de me ensinarem e de permitirem meu aprendizado junto a Atenção Básica e Saúde da Mulher.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e FIOCRUZ por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

É graça divina começar bem  
Graça maior, persistir na caminhada certa  
Mas, graça das graças é não desistir nunca!  
Dom Hélder Câmara

## RESUMO

A atenção pré-natal no Brasil, há décadas vem sofrendo alterações e implantando políticas públicas de saúde cujo principal propósito é a melhoria da qualidade assistencial prestada ao binômio mãe-filho. Desta forma, em 2011 é lançada a Rede Cegonha (RC), que prioriza a atenção desde o planejamento familiar, passando pela atenção pré-natal até os cuidados integrais da criança até dois anos de idade. Nesse sentido, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul, através da avaliação de quatro grupos de indicadores propostos pela Matriz Diagnóstica. Trata-se de um estudo observacional, onde foram utilizados dados secundários das bases de dados da Secretaria Estadual de Saúde e DATASUS, separados e analisados por macrorregiões de saúde, em dois períodos distintos: janeiro de 2011 a março de 2012 e janeiro de 2013 a março de 2014, utilizando o teste do qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%. Os resultados do estudo indicaram que após a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul, nos indicadores referentes a mortalidade e morbidade, houve melhora nos indicadores da taxas de mortalidade materna e infantil, aumento da notificação de sífilis congênita, os indicadores de atenção mostrou-se positivamente com aumento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, bem como aumento de taxa de cesárea no Estado, tanto os indicadores de gestão e capacidade instalada hospitalar apresentaram resultados positivos. Por fim, concluiu-se que a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul, não obteve êxito na melhoria dos indicadores, deve sim propor mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro, e necessita muito mais que melhoria de seus indicadores, mas de mudança de práticas assistenciais, que reflete de forma direta nos indicadores de saúde para o aprimoramento dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Cesárea; Políticas Públicas de Saúde; Saúde da Família; Saúde Materno-infantil; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

## **ABSTRACT**

Prenatal care in Brazil for decades has been changing and implementing public health policies whose main purpose is to improve quality of care provided to mother and child. Thus, in 2011 it launched the Stork Network (RC), which gives priority attention from family planning, through prenatal care until the child's comprehensive care until two years of age. In this sense, the present study was developed in order to analyze the implementation of Stork Network in the State of Mato Grosso do Sul, by evaluating four sets of indicators proposed by the Diagnostic Matrix. This is an observational study where we used secondary data from databases of the Department of Health and DATASUS, separated and analyzed by health macro-regions in two distinct periods: January 2011 to March 2012 and January 2013 March 2014, using the chi-square test, considering a significance level of 5%. The study results indicated that after the implementation of Stork Network in the State of Mato Grosso do Sul, the indicators related to mortality and morbidity, there was improvement in the indicators of maternal and infant mortality rates, increase in congenital syphilis notification, the indicators of Attention was positively with an increase of Family Health Strategy coverage and increased cesarean rate in the state, both management and hospital capacity showed positive results. Finally, it was concluded that the implementation of Stork Network in the State of Mato Grosso do Sul, did not succeed in improving the indicators, but should propose changes in the Brazilian childbirth care model, and requires much more than improving their indicators, but changing care practices, which reflects directly in health indicators for the improvement of health services

**Key words:** Cesarean section; Health Public Policy; Family Health; Maternal and Child Health; Program Evaluation and Health Projects.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1- Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde, a partir do ano de 2012..... | 26 |
| Figura 2- Logomarca da Rede Cegonha.....   | 28 |
| Figura 3 - Linha de Cuidados da Gestante e recém-nascido.....  | 31 |
| Figura 4 - Evolução da implantação de ouvidorias, por macrorregiões em Mato Grosso do Sul.....       | 61 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Indicadores importantes da Rede Cegonha.....  | 32 |
| Tabela 2 - Registro da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para a variável sífilis congênita, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.....   | 54 |
| Tabela 3: Resultados referentes à soma da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para as variáveis óbito materno, óbito infantil e neonatal, antes e depois da implementação da Rede Cegonha..... | 56 |
| Tabela 4: Evolução das Equipes de Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul.....  | 58 |
| Tabela 5 – Distribuição de Leitos SUS, segundo tipo.....   | 62 |
| Tabela 6 - Registro da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para as variáveis população e investimento estadual no Setor Saúde, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.....            | 63 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|          |  |
|----------|--|
| AB       | Atenção Básica   |
| ACS      | Agente Comunitário de Saúde                              |
| CERA     | Central Estadual de Regulação                            |
| CIB      | Comissão Intergestores Estadual Bipartite                |
| CIR      | Comissão Intergestores Regionais                         |
| CIT      | Comissão Intergestores Tripartite                        |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde           |
| COAP     | Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde           |
| CONASEMS | Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde    |
| CONASS   | Conselho Nacional dos Secretários de Saúde               |
| DNV      | Declarações de Nascidos Vivos                            |
| DO       | Declarações de Óbito                                     |
| ESB      | Equipe de Saúde Bucal                                    |
| ESF      | Estratégia de Saúde da Família                           |
| GAR      | Gestação de Alto Risco                                   |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística          |
| MAC      | Média e Alta Complexidade                                |
| MM       | Mortalidade Materna                                      |
| MS       | Mato Grosso do Sul                                       |
| NOAS     | Norma Operacional de Assistência à Saúde                 |
| NV       | Nascidos Vivos   |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                             |
| ONU      | Organização das Nações Unidas                            |
| PAISM    | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher       |
| PACS     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                |
| PDA      | Plano Diretor de Atenção à Saúde                         |
| PHPN     | Programa de Humanização do Parto e Nascimento            |
| PSF      | Programa de Saúde da Família                             |
| RAG      | Relatório Anual de Gestão                                |
| RAS      | Redes de Atenção à Saúde                                 |
| RC       | Rede Cegonha   |
| RMM      | Razão de Mortalidade Materna                             |
| RNs      | Recém-nascidos   |
| SC       | Sífilis Congênita  |
| SI-PNI   | Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização |
| SIM      | Sistema de Informação de Mortalidade                     |
| SINAN    | Sistema de Informação de Agravos de Notificação          |
| SINASC   | Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos               |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                   |
| TMI      | Taxa de Mortalidade Infantil                             |
| UCI      | Unidades de Cuidado Intermediário                        |
| UTI      | Unidade de Terapia Intensiva                             |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>2</b> | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>21</b> |
| 2.1      | Políticas Públicas de Atenção Materno-infantil.....                                   | 21        |
| 2.2      | Contextualização das Redes de Assistência à Saúde no Brasil.....                      | 24        |
| 2.2.1    | Fortalecimento da Regionalização no estado de Mato Grosso do Sul.....                 | 25        |
| 2.3      | Rede Cegonha.....   | 27        |
| 2.4      | Indicadores da Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha.....                                | 32        |
| 2.4.1    | Indicadores de Mortalidade e Morbidade.....   | 33        |
| 2.4.1.1  | Mortalidade Materna.....  | 33        |
| 2.4.1.2  | Mortalidade Infantil (Neonatal e Pós-Neonatal).....                                   | 35        |
| 2.4.1.3  | Sífilis Congênita.....  | 36        |
| 2.4.2    | Indicadores de Atenção.....   | 37        |
| 2.4.2.1  | Estratégia de Saúde da Família.....   | 37        |
| 2.4.2.2  | Tipos de Parto.....   | 38        |
| 2.4.3    | Situação da Capacidade Instalada Hospitalar.....                                      | 40        |
| 2.4.4    | Indicadores de Gestão.....  | 41        |
| 2.4.4.1  | Investimento Estadual no Setor.....   | 41        |
| 2.4.4.2  | Plano Diretor de Regionalização.....  | 42        |
| 2.4.4.3  | Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial..... | 43        |
| 2.4.4.4  | Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).....                                     | 44        |
| 2.4.4.5  | Ouvidorias.....   | 45        |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>47</b> |
| 3.1      | Objetivo Geral.....   | 47        |
| 3.2      | Objetivo Específico.....  | 47        |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA .....</b>  | <b>48</b> |
| 4.1      | Tipo.....   | 48        |
| 4.2      | Local e período da pesquisa.....  | 48        |
| 4.3      | Instrumento / procedimento para coleta de dados.....                                  | 48        |
| 4.4      | Organização dos dados.....  | 51        |
| 4.5      | Aspectos Éticos.....  | 51        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>53</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.1 – Artigo: Rede Cegonha no estado de Mato Grosso do Sul: Análise do número de consultas de pré-natal e tipo de parto..... | 63        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>81</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>83</b> |
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCOS DE DADOS.....</b>                              | <b>98</b> |
| <b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL.....</b>           | <b>99</b> |

## INTRODUÇÃO

A formulação e a execução de políticas públicas para a saúde materno-infantil no Brasil instituiu-se a partir da década de 1970, com objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade destes grupos. Foram desenvolvidas iniciativas de suplementação alimentar, de cobertura vacinal, de assistência a gestante, parto e planejamento familiar e de atenção a saúde da criança e do adolescente. Vários programas continuaram, foram reformulados e ampliados e alguns vigoram até a atualidade (FERRARI, 2014).

Redes são fenômenos recentes, cada vez mais presentes e se caracterizam por ser estruturas policêntricas, envolvendo diferentes atores, organizações ou núdulos vinculados entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada a essa estrutura reticular, que se assenta em um poder compartilhado e relações horizontalizadas (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p.9).

As redes de políticas públicas, em contraponto às organizações hierárquicas rígidas, tendem a ser “estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2011, p.18 ).

A fim de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) Temáticas. Em 2011 em pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) prioriza as seguintes RAS Temáticas: Rede Cegonha: que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial: com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha (RC) parte do diagnóstico de que a mortalidade materna-infantil permanece elevada, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto). A medicalização é definida como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da

redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006, p.).

A Rede Cegonha é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde que tem o objetivo de organizar uma rede de cuidados que garanta atenção integral às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento. Tem o intuito de garantir também à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011b).

Uma das estratégias para a implementação das redes de atenção no País, inclusive a Rede Cegonha, é o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instituído, entre outras diretrizes, pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080 da Saúde, este substitui o Pacto pela Saúde e apresenta um conjunto de elementos importantes e estratégicos para organização do SUS, através de um Termo de Compromisso de Gestão, assinado entre as três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. Em Mato Grosso do Sul o Pacto pela Saúde, foi celebrado em 2007, com adesão de 100% dos municípios e deu nova ênfase ao debate em busca da integralidade do cuidado (DOBASHI *et al*, 2014).

No ano de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul assinou o COAP, contemplando as quatro macrorregiões de saúde e os 79 municípios sul-mato-grossenses. As ações contidas neste contrato foram embasadas nos Planos Diretores de Assistência de cada macrorregião, nos quais constam as metas para cada nível de assistência em saúde, em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2012/2015, e que foram discutidas coletivamente com técnicos da gestão estadual, gestores e técnicos municipais, conselheiros de saúde e consultores/apoiadores (DOBASHI *et al*, 2014). O COAP no estado deflagrou uma série de mudanças na saúde, entre estas a implementação de várias ações e serviços relativos a saúde materno-infantil, atendendo as recomendações da Rede Cegonha. Em 2014, foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB o COAP 2014-2015, onde foram pactuados 54 indicadores de saúde, dentre estes 17 estão relacionados diretamente à Rede Cegonha (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

O problema que constitui o fio condutor para esta dissertação é o estudo e análise dos indicadores de saúde associados à Rede Cegonha (RC), antes e após a sua implantação no estado de Mato Grosso do Sul. Por ter participado da implantação da Rede Cegonha nas equipes de Estratégias de Saúde da Família em um município deste Estado e

estar à frente da coordenação da Atenção Básica, houve a necessidade de investigar o que ocorria em todo o estado com a implantação da RC e proceder a uma comparação entre as diferentes macrorregiões de saúde, verificando se ocorreu ou não a melhoria de indicadores de saúde e, por acreditar que esta estratégia, pode alavancar avanços na saúde materno-infantil.

O presente trabalho está organizado em três seções. Na primeira será abordado o referencial teórico com um breve estudo conceitual sobre as políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, seguido da contextualização das redes de assistência à saúde no Brasil e o fortalecimento da regionalização no estado de Mato Grosso do Sul, e posteriormente descrevendo os fatores ligados a Rede Cegonha, através de seus indicadores propostos pela Matriz Diagnóstica. Na segunda seção serão apresentados os objetivos do estudo, o método e os resultados obtidos serão apresentados e discutidos. Finalizando, na terceira seção encontram-se as conclusões sobre a análise realizada.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Políticas Públicas de Atenção Materno-infantil**

O modelo assistencial centrado no tratamento das doenças e hospitalocêntrico mostra evidentes sinais de esgotamento, com a necessidade de novas estratégias para o melhoramento de indicadores de saúde. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde tem sido priorizada, sendo a Estratégia de Saúde da Família o eixo estruturante dos cuidados primários no País (BRASIL, 2002a).

No cenário brasileiro, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não só cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. Essa preocupação estatal passa por um longo período, do Estado Novo até o Regime Militar, em que o objetivo fundamental do estado brasileiro era o de produzir braços fortes para a nação com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Como adverte Almeida (2005), nessa fase as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram predominantemente direcionadas para o excesso da “intervenção médica sobre o corpo feminino”, em particular por meio do uso e abuso da cesariana como forma de parir e a esterilização como método contraceptivo preferencial.

Um movimento ligado a ações de integralidade à Saúde da Mulher iniciou-se em 1970 com o lançamento do Programa de Saúde Materno- Infantil. Em 1983 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), segundo o qual a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológico e educativo, voltado ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1994).

Somando esforços pela construção de uma nova agenda de discussão acerca da saúde no Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária coadunou forças originárias de outros movimentos, não ligados diretamente à questão da saúde, para incorporar um novo modo de entender a saúde coletiva como um conceito ampliado, propondo a inclusão do direito à saúde como direito de cidadania e o direito de acesso aos serviços de saúde como benefício social (COSTA, 1988). Em 1986 houve forte mobilização social com a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, envolvendo não apenas a tecno-burocracia, mas uma ampla participação dos setores sociais, os quais fundamentaram o ideário de um sistema único de

saúde público, descentralizado, universal, integral, equânime e dependente da participação social. Todos esses princípios fundamentaram a carta magna na Constituinte de 1988, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado definitivamente (ANDRADE *et al.*, 2001).

Em 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU), lançou metas para os 8 Objetivos do Milênio, que no Brasil são chamados 8 Jeitos de Mudar o Mundo, que devem ser atingidos em todos os países até 2015. Para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil tem se apoiado em um conjunto de políticas sociais estruturadas e de alcance nacional.

Esse compromisso, que visa o alcance de patamares mais dignos de vida para a população, foi assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) e ainda desafia os serviços de saúde e a sociedade como um todo (BRASIL, 2009).

Embora nenhuma dessas ações tenha sido elaborada especificamente para cumprir os objetivos acordados na Declaração do Milênio, elas têm objetivos em comum, focados na redução da pobreza e das desigualdades e na garantia dos direitos do cidadão (BRASIL, 2010). Dos 8 objetivos, dois estão fortemente ligados à Rede Cegonha, o 4 e o 5, que propõem reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna.

A saúde materno-infantil, desde o início do processo de industrialização, foi foco de atenção nos serviços de saúde pública. Decorreram-se algumas décadas, implementaram-se várias políticas de saúde voltadas à esta temática, porém, a redução de suas taxas de morbi-mortalidade é ainda um grande desafio à saúde pública brasileira (DOS SANTOS NETO, 2008). Em 2004, a Presidência da República assinou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil, buscando dar visibilidade ao problema, promover a realocação de recursos financeiros para viabilizar ações prioritárias, facilitar a introdução de novas ações em sintonia com a política nacional de atenção obstétrica, favorecer a articulação intrassetorial e articular atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças (MANDÚ, 2002).

Considerando o exposto, a saúde materna infantil despontou como uma prioridade do atual governo. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Essa estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade de atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida (BRASIL, 2011b).

Vidal (2008) descreveu que, analisando as causas de mortes perinatais de países em desenvolvimento, observa-se que muitas são ocasionadas por problemas maternos, por esta razão o investimento deveria ser na saúde materna, nos cuidados anticoncepcional,

pré-natal e perinatal, que podem ser realizados com tecnologias simples e eficientes, com benefício para ambos, mãe e filho.

Nessa trajetória, vale salientar que, na década de 1990, com base na legislação de saúde vigente, o estado brasileiro, no intuito de pôr em prática as regulamentações legais de promoção da saúde e controle social, projeta a execução de diversos programas e estratégias direcionados especificamente aos cuidados materno-infantis. Na tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, especialmente na região nordeste do país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado, inicialmente no Estado do Ceará, em 1991. Já em 1994, na tentativa de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciam-se as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objeto de atenção a família, o que não era realçado pelo PACS (OLIVEIRA; ROCHA, 2001).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 com bom desempenho no Nordeste, contribuiu para que, em 1994, surgisse o Programa de Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial com caráter substitutivo às práticas convencionais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de reafirmar os princípios do SUS e priorizar a Atenção Primária à Saúde (APS) (GONÇALVES *et al*, 2009).

Inicialmente formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (RIBEIRO, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde sua implantação, tem se baseado no paradigma da ampliação das ações de prevenção e promoção em saúde, buscando a substituição de práticas, ainda preponderantes, fundamentadas na formação superespecializada, com dependência dos recursos tecnológicos complexos e um isolamento entre as disciplinas de saúde (RONZANI; VAN STRALEN, 2003; MATOS *et al*, 2014).

Considerada também como a principal estratégia do SUS para avançar na conquista da integralidade e equidade na Atenção Básica, a Estratégia da Saúde da Família propõe melhorar e facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde, melhorar o vínculo de confiança, conhecer as particularidades do território, já que cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 600 a 1000 famílias (cerca de 3.500 pessoas) de uma área adstrita (BRASIL, 2011f). Busca-se, assim, a melhoria dos indicadores locais de saúde no território e, conseqüentemente, de todo o país, conforme o aumento da cobertura da ESF.

No período de 2006 a 2009, a cobertura da população pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Mato Grosso do Sul, teve uma redução de 24,23% (de 29,3% para 22,2%) e a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF/PSF) teve um incremento de 26,26% (de 45,3% em 2006 para 57,2% em 2009). Já a cobertura pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) teve um acréscimo de 17,9%, passando de 69,6 para 82,1 pontos percentuais (BRASIL, 2011). Os últimos dados apresentados pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2012 a cobertura populacional pelo PACS é de 93,14%, cobertura de ESF de 66,42% e ESB 94,47%. O número de equipes passou de 347 em 2006, para 411 em 2009 e hoje apresenta um total de 487 equipes cadastradas no CNES (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

Ao se apresentar como um novo modelo assistencial, essa estratégia tem como uma de suas finalidades responder às necessidades gerais e específicas de saúde de indivíduos, famílias e comunidades territorializados, de forma a concorrer para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações em saúde (BRASIL, 2006a).

Nesta proposta de reorganização da assistência à saúde através das ESF e mudanças no modelo de atenção, buscando promover práticas de promoção e prevenção de riscos através de ações educativas e empoderamento da população no seu próprio cuidado, inserem-se as práticas de vigilância em saúde. Estas práticas devem fazer parte do trabalho cotidiano das ESF, que em contato direto com os meios de produção, vida e trabalho da população, tem território privilegiado para avançar na mudança do modelo de atenção à saúde (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Assim, a Rede Cegonha procura operacionalizar as políticas já criadas, mas agora com um diferencial em relação às anteriores, que é a concretização da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Para isso ela propõe construções e reformas em diversos serviços de atenção à saúde, desde a atenção básica, centros de parto normal e maternidades, garantindo atendimento hospitalar de maior complexidade se necessários, incluindo neste percurso os sistemas de apoio e logística também necessários ao cuidado integral. A política tem, portanto, como bases organizacionais, a regionalização e a integralidade, conforme os princípios do SUS (FERNANDES; DE GOUVEIA VILELA, 2014).

## **2.2 Contextualização das Redes de Assistência à Saúde no Brasil**

De um esforço conjunto tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias

Municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada em 30 de dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010, p 32).

Sempre tendo a região como base territorial e a Atenção Básica como o seu centro de comunicação e articulação mais vigoroso, as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, que têm singularidades no seu modo de organizar o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos. Por razões diversas, pode ser mais fácil e indutora a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência (JUNIOR, 2014).

Sendo um momento inicial de implantação das RAS como política estruturante do SUS, do ponto de vista assistencial, e de pouca prática institucional interfederativa nesse processo, foi discutida com estados e municípios a necessidade de serem priorizados alguns temas para as RAS. A escolha se deu por razões de prioridade epidemiológica e assistencial, como no caso da assistência obstétrica e neonatal (com o nome simbólico de Rede Cegonha) em todas as suas fases, e por compromissos públicos assumidos pelo novo governo, como o tema da urgência e emergência (JUNIOR, 2014).

Esse modelo de atenção ao parto e nascimento proposto pela Rede Cegonha necessita de sustentação técnica e política organizada regionalmente e em rede, de forma a fomentar uma discussão, pactuação e implementação solidária e cooperativa. Os aspectos relacionados ao acesso e à qualidade do cuidado em rede são permeados pela análise da suficiência de leitos e sua gestão regulada, e do modelo técnico-assistencial (PASHE *et al*, 2014).

### **2.2.1 Fortalecimento da Regionalização no Estado de Mato Grosso do Sul**

Em 1983, Mato Grosso do Sul promove a regionalização administrativa da saúde com a implementação das Agências Regionais de Saúde, agregando a primeira experiência de educação em serviço, com o trabalho das equipes multiprofissionais de supervisão integrada (DOBASHI, 2014).

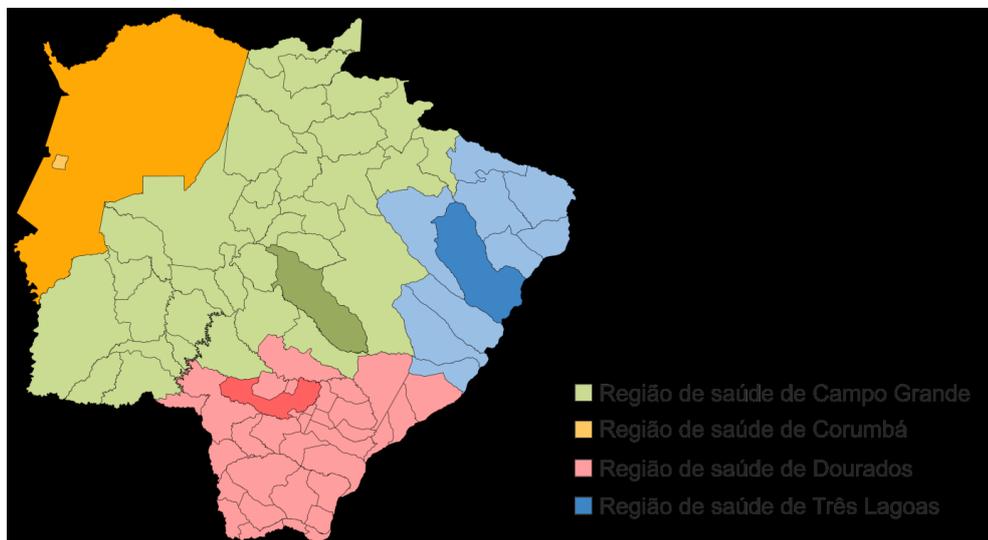
Entre as Normas publicadas pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e 01/02, publicadas em 26 de janeiro de 2001 e 27 de

fevereiro, respectivamente foram as que instituíram o maior número de instrumentos de planejamento (Ministério da Saúde, 2001).

Foi também a menos rígida, pois possibilitou que cada estado – com seus municípios – elaborasse seus Planos Diretores de Regionalização e seus Planos Diretores de Investimento. O objetivo destes planos era a partir da situação encontrada em cada estado, identificar o papel de cada município na melhoria e garantia do acesso da população a todos os serviços e ações de saúde, buscando atingir, desta forma, a integralidade e a universalidade previstas na Constituição Federal (PEREIRA, 2004).

O primeiro Plano Diretor de Atenção à Saúde - PDA foi elaborado no período de fevereiro a outubro de 2011 na Macrorregião de Dourados; de outubro de 2011 a fevereiro de 2012 na Macrorregião de Três Lagoas e no período de março a junho de 2012 na Macrorregião de Campo Grande (Figura 1) que posteriormente se desmembrou de Corumbá e Ladário, municípios que passaram a constituir a quarta macrorregião de saúde em MS (DOBASHI, 2014).

**Figura 1: Divisão do estado de Mato Grosso do Sul por regiões de saúde, a partir do ano de 2012.**



O processo de formulação das redes temáticas buscou traduzir esse atributo como um dos instrumentos para a sua gestão e operacionalização, com um conceito central de governança pública, com nova relação entre os entes federados e destes com os prestadores públicos e privados, assim como atores da sociedade civil. Essa opção conceitual está nas diretrizes da política nacional de regulação como um dos mecanismos

de governança. A sua parte institucional se consolida com o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011g), nas instâncias gestoras do SUS, por meio do reconhecimento formal das comissões Intergestores regionais (CIR), estaduais (CIB) e a nacional tripartite (CIT), incluindo, também, o contrato organizativo de ação pública (COAP) como mais um instrumento de fechamento formal das pactuações regionais realizadas (SANTOS, 2013).

Em decorrência deste decreto é aprovada a Resolução n. 058/SES/MS no DOE nº 8.221 de 29 de Junho de 2012, quando se decidiu pela reorganização das regiões de saúde do estado. Passou-se, então, a contar com quatro regiões de saúde, sendo elas: Campo Grande, Três Lagoas, Dourados e Corumbá (Figura 1) (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Nessa trajetória, depois de definidas as diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações e, devidamente, concluídas todas as pactuações das ações e serviços de saúde das 4 Macrorregiões de Saúde, em agosto de 2012, Mato Grosso do Sul é o primeiro ente federado a assinar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP com 100% dos seus municípios (DOBASHI, 2014).

### **2.3 Rede Cegonha**

Apesar dos esforços para melhorar a saúde materno-infantil, como Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN 2000, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2004, Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança – 2005 e o compromisso para acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal – 2009, ainda são identificadas elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal e rede de atenção fragmentada e pouco resolutiva. Como consequência constata-se um expressivo número de óbitos maternos e infantis evitáveis, morbidade materna severa e altas taxas de cesáreas. (BRASIL, 2011b).

O Programa instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 possui cinco diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Tendo em vista essas diretrizes, os principais objetivos da Rede são fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero

aos vinte e quatro meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que tenha garantias de acesso, acolhimento e resolutividade e propostas de redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Para atingir esses objetivos, a Rede organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. O programa também prevê a inserção de diversos exames na rotina do pré-natal, bem como o oferecimento de kits específicos para as Unidades Básicas de Saúde, gestantes e parteiras tradicionais (DA SILVA *et al*, 2011).

Para garantir o acolhimento, ampliação do acesso e melhoria da qualidade pré-natal, a Rede Cegonha propõe qualificar profissionais da Atenção Primária, ofertar teste rápido de gravidez, ofertar teste rápido de sífilis, ampliar os recursos destinados aos exames de pré-natal, instituir a visita à maternidade de referencia do pré-natal e disponibilizar o kit de atenção pré-natal para as unidades de saúde.

As cores vibrantes do artista plástico pernambucano Romero Britto ilustram o programa Rede Cegonha. Britto doou peças originais que serão a logomarca do plano que amplia a atenção à saúde da mulher, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no parto e pós-parto, assim como o cuidado até o segundo ano de vida da criança, conforme ilustrado na Figura 2.

**Figura 2 – Logomarca Rede Cegonha.**



Fonte: BRASIL, 2011d.

A Rede Cegonha (RC), nessa perspectiva, se apresenta como estratégia político-assistencial em contraposição ao modelo de atenção à saúde vigente, caracterizado pela fragmentação do cuidado em diferentes serviços de saúde, que pouco articulam suas ações assistenciais e compõem, quando muito, serviços isolados, com organização insuficiente para operar em lógica de rede de cuidados progressivos (PASHE *et al*, 2014).

Recentemente o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, através do Manual de Práticas de Sobrevivência (2013), evidenciaram que o clameamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto em longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas – além das práticas de atenção materna que se promovem para prevenir a morbidade e a mortalidade, tais como o manejo ativo do terceiro período do parto, poderão no curto e longo prazo, melhorarem tanto a saúde da mãe quanto a do bebê (BRASIL, 2013a).

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o Brasil. Fatores como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; as práticas de cuidado hegemônicas; e a forma como têm se organizado a gestão dos serviços de saúde, o que inclui a gestão do trabalho das equipes de saúde, têm contribuído para a não melhoria dos indicadores (BRASIL, 2011c).

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (BRASIL, 2011 d).

A realidade dos serviços de saúde, nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação, pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional (GOMES *et al*, 2014).

A atenção ao pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal, pois tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável. O acompanhamento contínuo do estado nutricional, durante esse período, contribui para o

ganho de peso ideal durante a gestação, evitando o excesso e a retenção de peso no pós-parto, que são determinantes importantes do excesso de peso para a mulher. A orientação da gestante quanto à adoção de uma alimentação adequada e saudável, que supra suas necessidades nutricionais, e a orientação da criança, que garanta um crescimento e desenvolvimento adequados ao feto, são os principais objetivos desses cuidados. Dessa forma, os profissionais da Atenção Básica utilizam estratégias de educação alimentar e nutricional e de promoção da alimentação saudável para valorizar as referências presentes na cultura alimentar da gestante e/ou de sua família, de forma a contribuir nesse processo (DO NASCIMENTO; DIÓZ, 2014).

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Investir em ações de saúde e nutrição na infância é investir em capital humano e na alimentação saudável nos primeiros anos de vida, que inclui a prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e a introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, resultando em inúmeros benefícios para a saúde das crianças. Estima-se que ações de promoção do aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável sejam capazes de diminuir, respectivamente, em até 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (SILVA, 2007).

Quanto à atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, a Rede Cegonha prioriza as seguintes ações: promover o aleitamento materno até dois anos de idade, sendo exclusivo nos seis primeiros meses e alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno; organizar os serviços de atenção primária de maneira que garanta o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequando da Carteira de Saúde da Criança; garantir atendimento especializado para as crianças de maiores riscos; garantir acesso às vacinas disponíveis no SUS e busca ativa dos faltosos, sobretudo das crianças de maior risco (BRASIL, 2013a).

A RC orienta também a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos. Conforme pode ser observado na figura 3.

Figura 3 – Linha de Cuidado da Gestante e recém-nascido.



Fonte: Ministério da Saúde

No Mato Grosso do Sul a Rede Cegonha teve sua implantação regulamentada e garantida em 2012, por meio da Resolução Nº 49/SES/MS de 28 de Maio de 2012, instituindo o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha de Mato Grosso do Sul. Para a efetiva implementação da Rede Cegonha no Estado, todos os municípios receberam investimentos e os servidores participaram de um programa de capacitação específico para esse fim (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

Essa iniciativa convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da “cena”, como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Nos documentos analisados, fica evidente que há o entendimento por parte dos formuladores da RC de que a mulher deve estar no centro no processo, implicada e vivendo a experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança (CAVALCANTI, 2010).

A função primordial deste estudo é analisar o impacto da Rede Cegonha nos indicadores de mortalidade materna e infantil (neonatal e pós-neonatal) e taxa de cesárea, indicadores de sífilis congênita, número de nascidos vivos com 7 ou mais consultas no pré-natal, tipo de partos e cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família, no Estado de Mato Grosso do Sul, através das macrorregiões de saúde estabelecidas pelo Plano Diretor Regional. Tal estudo se dá pela importância que tais indicadores de saúde são efetivos para a análise da situação de saúde nesses segmentos da população.

Considerando este contexto, a análise mostrará os resultados de uma estratégia prioritária do Sistema Único de Saúde, em processo de implementação no País e já implantada no Mato Grosso do Sul, através de capacitações de profissionais dos 79 municípios e através de repasse de recursos federais a todos eles. Importante ressaltar que tais indicadores estão pactuados no COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, nas regiões de saúde.

#### 2.4 Indicadores da Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha

A matriz diagnóstica apresenta a análise da situação da saúde da mulher e da criança no Estado e tem como objetivo a elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha, bem como o monitoramento e avaliação de sua implantação e qualificação, é composta por quatro grupos de indicadores: indicadores de mortalidade e morbidade, indicadores de atenção, situação da capacidade instalada hospitalar e indicadores de gestão.

Além destes indicadores, temos outros importantes, que são considerados na Rede Cegonha e compõem o elenco de indicadores do Pacto pela Saúde, do COAP-Contrato Organizativo de Ação Pública e do IDSUS – Índice de Desenvolvimento do SUS. Entre eles destacam-se alguns, indicadores demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1: Indicadores importantes da Rede Cegonha.

| INDICADORES  | EM 2010 |
|--|---------|
| Proporção de partos normais  | 47,66%  |
| Proporção de partos cesáreos   | 52,34%  |
| Incidência de sífilis congênita  | 6917    |
| Proporção de nascidos vivos com mãe com 7 ou mais consultas de pré-natal | 61,11%  |

Fonte: Ministério da Saúde, IDB- Indicadores e Dados Básicos 2011- Brasil

Todos estes indicadores fortalecem a proposta da Rede Cegonha, para o alcance de seu sucesso. A seguir serão descritos estes indicadores e mostrado a importância de cada um deles dentro do conjunto do programa.

## **2.4.1 Indicadores de Mortalidade e Morbidade**

### **2.4.1.1. Mortalidade Materna**

A mortalidade materna é resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, e tem sido utilizada como parâmetro para avaliação da qualidade dos serviços ofertados a uma dada população no contexto mundial. Quanto menor for a razão de mortalidade materna (RMM) de uma localidade, melhor a qualidade de saúde disponibilizada. A definição de morte materna utilizada neste estudo foi a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão, que considera morte materna a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007).

A avaliação dos parâmetros que compõem o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha permite inferir diretamente a qualidade da assistência pré-natal nos serviços do SUS. Sendo assim, as baixas taxas de adequação do processo pré-natal nos vários níveis pode resultar em desfechos indesejáveis como nascimento de crianças prematuras e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal (MARTINELLI, 2014).

É importante ressaltar que o tema mortalidade materna apenas teve relevância de preocupação nacional pelo Ministério da Saúde a partir da década de 90, com a criação de Comitês de Mortalidade Materna em níveis estaduais e municipais. Visando identificar as falhas na qualidade pré-natal esses comitês possuem um importante papel no diagnóstico das principais causas de mortes maternas. Nosso sistema de informação de óbito mostra-se bastante eficaz na qualidade da informação, contudo é imprescindível lembrar que até os dias de hoje ainda não temos as informações precisas no preenchimento das Declarações de Óbitos, o que pode mascarar as reais causas das mortes maternas (BRASIL, 2002b).

A mortalidade materna representa um indicador de *status* da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É necessário, portanto, ter informações sobre os níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo o que ela diz sobre os riscos

na gravidez e no parto, mas também pelo o que ela significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu *status* social e econômico. (WHO/UNICEF, 1996, p.37).

A mortalidade materna também é considerada um importante indicador de realidade social de um país, e é correto, portanto, afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem espelham o nível de desenvolvimento humano da população, porquanto um alto grau de mortalidade materna é indicativo de precárias condições socioeconômicas, que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

Apesar do aumento da atenção da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sobre a mortalidade materna nas últimas décadas, a avaliação da redução deste indicador não é simples de ser feita. A mensuração da mortalidade materna é complexa devido à subnotificação, que impede o reconhecimento do óbito como materno (LEITE *et al*, 2011). O sub-registro limita o conhecimento da magnitude da ocorrência de mortes maternas, comprometendo o desenvolvimento, implementação e avaliação de ações para reduzir a ocorrência das mortes (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

O óbito materno é um drama para a família da mulher por ele acometido. Ele priva a criança da amamentação e do cuidado da mãe, aumentando as chances de morte infantil e desnutrição (GOMES *et al*, 2006). Concretamente, a equipe de saúde da ESF, tomando por referências as vulnerabilidades específicas de mulheres e homens em seus territórios de vida e saúde, devem questionar acerca das medidas mais apropriadas para reduzir o óbito materno em sua realidade e tomá-las como um desafio no encaminhamento de seu trabalho cotidiano (ANTIQUERA; LANZA; EDIR, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que, no Brasil, há uma deficiência de registro completo e adequado, mas com outros tipos de dados disponíveis, ou seja, uma posição intermediária em termos de qualidade de dados (MORSE, 2011). Por exemplo, averiguar com mais rigor a qualidade e veracidade do preenchimento das Declarações de Óbitos dos campos correspondentes a estas variáveis. Uma pesquisa de busca de registros dos óbitos pode trazer respostas mais confiáveis para a ocorrência ou não de tais relações (MARINHO; PAES, 2009).

No Brasil, os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são muito altos em relação aos dos países mais desenvolvidos. Entretanto, é importante notar que o Brasil obteve avanços nos últimos anos. De 1990 a 2013, o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 55,3%, caindo de 143 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para

63,9 mulheres por 100 mil nascidos, em 2011. No mesmo ano, segundo estimativas do Grupo Interagência das Nações Unidas, o país com maior mortalidade materna foi Chad (África Central) com 1.100/100 mil nascidos vivos e menor Estônia com 2/100 mil nascidos vivos. A fim de ilustração destacamos também Nigéria com 590, Índia 200, Paraguai 99, Cuba 73, Uruguai 29, EUA 21, Canadá 12, França 8, Espanha 6 e Itália 4 (WHO, 2015).

Ainda assim, os índices são altos, considerando que, em países desenvolvidos, a Razão de Morte Materna oscila entre 6 e 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e que a meta para o Brasil é não ultrapassar, em 2015, 35 por 100.000 nascidos vivos (PASHE *et al*, 2014).

O aumento da velocidade da queda da mortalidade materna, monitorada pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo MS, já é, certamente, resultado desse conjunto de ações da Rede Cegonha, principalmente pela mobilização em todo o País de gestores, trabalhadores e usuárias (BRASIL, 2014).

#### **2.4.1.2 Mortalidade Infantil (Neonatal e Pós Neonatal)**

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que expressa a combinação de fatores individuais da mãe da criança, contextuais, hereditários e relacionados à atenção à saúde para crianças menores de um ano. É, portanto, um indicador da condição de vida e saúde da população (BRASIL, 2011e).

A sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso reflete a qualidade do atendimento pré-natal, do cuidado ao trabalho de parto e a estrutura de atendimento neonatal das diversas regiões e países do mundo. Assim, é de se esperar que países mais ricos apresentem taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia inferiores às de países nos quais a atenção à saúde é mais precária. A frequência de prematuridade é maior nos países mais pobres devido justamente às condições mais precárias de saúde da gestante (JOSEPH *et al*, 2007).

Muitos dos agravos relacionados a morte neonatal poderiam ser preveníveis, nos países em desenvolvimento, utilizando-se tecnologias simples e de baixo custo, beneficiando tanto a mulher como a criança. Algumas pesquisas mostraram que, entre as mortes neonatais, pouco mais da metade ocorreu no período neonatal precoce, decorrente de infecções urinárias e sexualmente transmissíveis, diabetes e hipertensão arterial materna não diagnosticada e tratada no momento ideal, provocando o nascimento de bebês de muito baixo peso e prematuros (SANTOS *et al*, 2008).

Nos últimos 10 anos, o Brasil reduziu 40% a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos). O número caiu de 28,4 mortes por mil crianças nascidas vivas, em 2002 para 16,9 em 2012. Em relação aos últimos 22 anos, a queda mais expressiva: 68,5%, passando de 54 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 16,9 para 2012, onde se destacou o Brasil e suas ações para o combate aos fatores que contribuem para a mortalidade na infância (UNICEF, 2013).

Projeções de mortalidade indicam que, até 2015, o Brasil deverá atender ao quarto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, traçados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: redução em dois terços da mortalidade de menores de cinco anos registrada em torno do ano de 1990 (BARROSI; ALBERNAZII, 2011).

Segundo a portaria Nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica, a mortalidade infantil em menores de 1 ano, considerada baixa, é a proporção de 20/1000 nascidos vivos; também são pactuados o indicador de óbitos neonatais tardios em 14/1000 nascidos vivos; e a proporção de nascidos vivos cobertos por mais de 4 e mais de 7 consultas de pré-natal. A mesma também define que a razão de mortalidade materna (o número de mortes maternas por causas obstétricas diretas e indiretas por 100.000 nascidos vivos) é alta quando atinge patamares superiores a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos e é baixa quando se assemelha a coeficientes de países desenvolvidos, 4 a 8/ 100.000 (Brasil, 2006b).

No acompanhamento da gravidez, a preocupação não deve se restringir apenas ao quantitativo de consultas, mas também à qualidade da atenção pré-natal, uma vez que a adequada assistência durante a gestação possibilita identificar precocemente as gestações de risco, prevenindo nascimentos de crianças com baixo peso e contribuindo para a redução da mortalidade neonatal (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

Em 2011, Victora *et al*, concluíram que uma análise mais detalhada dessa queda aponta que os coeficientes de mortalidade infantil foram substancialmente reduzidos, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período 2000-2008, atingindo vinte falecimentos por 1.000 nascidos vivos em 2008, sendo que os de neonatais foram responsáveis por 68% das mortes infantis (PASHE *et al*, 2014).

#### **2.4.1.3 Sífilis Congênita**

A OMS estima que em todo o mundo cerca de 2 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis a cada ano e quase um milhão de bebês nascem com sífilis congênita (SC) . A sífilis gestacional, apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz,

ainda possui prevalência alarmante, especialmente nos países em desenvolvimento, caracterizando-se como uma das principais causas de morte em recém-nascidos (RNs) (CAMPOS; ARAÚJO; MELO; GONÇALVES, 2010). A ação mais consistente para controle da SC está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, efetuando-se o diagnóstico precoce, por meio da triagem sorológica, e o tratamento em tempo hábil, a um baixo custo (CHAVES *et al*, 2014).

A SC é evitável, sendo que medidas de controle adotadas no Brasil visam reduzir o número de casos para 1 em cada 1.000 recém-nascidos e atualmente, apenas 30% de mulheres com sífilis são rastreadas e tratadas (BRASIL, 2006a). Outras doenças iniciadas na gestação ou que são descobertas e não controladas no pré-natal, como diabetes, infecção do trato urinário, sífilis e HIV/AIDS, podem proporcionar resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o filho. O indicador de sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública, já que, para o ano de 2006, ele foi de 1,7/1.000 nascidos vivos, além de a transmissão vertical de HIV ocorrer em 7% dos casos em que a mãe era soropositiva (MARTINELLI, 2014).

## **2.4.2 Indicadores de Atenção**

### **2.4.2.1 Estratégia de Saúde da Família**

A Atenção Básica começou a ser organizada prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família, mediante a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (ANDRADE *et al*, 2012).

O PSF, desde sua origem, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da AB como o primeiro nível de atenção a saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUSA, HAMANN, 2009). No ano de 1998, o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Seus objetivos são consonantes aos propósitos do SUS e sua concretização está vinculada ao provimento de atenção à saúde, à melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população, de modo universal, igualitário e integral (CAVALCANTI, 2009). Trata-se, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades (COSTA *et al*, 2009). Estes profissionais têm a premissa de utilizar

tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de forma a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (SOUSA; HAMANN, 2009).

O conjunto de ações em saúde da ESF foi responsável pelos resultados observados em estudos que comprovam a melhoria de vários indicadores como, melhoria do acesso, aumento do número de consultas pré-natais, melhor cobertura vacinal e diagnóstico precoce de complicações na gravidez (MOURA; HOLANDA JR; RODRIGUES, 2003), redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006) e significativa redução de internações por causas evitáveis, como diabetes mellitus e problemas respiratórios (GUANAIS; MACINKO, 2009).

#### **2.4.2.2 Tipo de Partos**

O período pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, o qual requer dos profissionais envolvidos o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o auto cuidado e o exercício da autonomia (RIOS, 2007).

A gravidez e puerpério são momentos da vida da mulher em que é necessário cuidado adicional, pois são caracterizados por alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, podendo vir a refletir na saúde mental das mesmas (CAMACHO *et al.*, 2006). Uma tensão pode imergir devido às expectativas em relação às mudanças, que estão acontecendo e as que virão ocorrer (CAMACHO *et al.*, 2010).

A acessibilidade e a inclusão das famílias nos serviços de saúde geram segurança resolutividade de problemas. Tal resolutividade deve ser focada, prioritariamente, por atividades de promoção da saúde e proteção de doenças e agravos, condizentes com a filosofia da atenção básica em saúde (DA SILVA; SILVA; DA HORA SALES, 2014).

Contudo, ainda persistem questões relacionadas a dificuldades de acesso, à baixa qualidade de atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo entre o pré-natal e parto, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes, principalmente quanto aos aspectos relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com os recém-nascidos (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O início precoce do pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para a prevenção das possíveis complicações gestacionais (DOMINGUES *et al.*, 2012). A assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo

planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. O Ministério da Saúde preconiza a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (ANDREUCCI; CECATI, 2011).

A qualidade da assistência prestada à gestante durante o controle Pré-Natal contribui para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. As ações de saúde desenvolvidas no Pré-Natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação (MAEDA *et al*, 2014). Nesse sentido, torna-se imprescindível sensibilizar e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade de aprimorar o processo de comunicação, para que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal (COSTA *et al*, 2013).

A educação em saúde é um espaço privilegiado de encontro de subjetividade em que ocorre a possibilidade de construção de conhecimentos que se efetiva em transformações da realidade da gestante que se traduz em qualidade de vida para si e seu conceito (COSTA *et al*, 2013).

O parto normal é método natural de nascer e, como tal, possui a proteção das forças da natureza. Se a mãe for jogada à própria sorte, em mais de 92% das vezes ela terá o seu filho sem problemas. A sua recuperação é imediata, pois, logo após o nascimento, poderá levantar-se e atender seu filho. As complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. A amamentação do recém-nascido se torna mais fácil e, mais saudável a ele; a infecção hospitalar é muito menos frequente no parto normal (QUEIROZ *et al.*, 2005).

No entanto, o índice de parto cesáreo tem crescido especialmente em gestações sem indicações clínicas justificáveis para essa prática cirúrgica, o que tem mudado o cenário obstétrico. Dentro dos parâmetros mundiais, o Brasil é um dos países com maior prevalência de partos cesáreos, sendo que desde a década de 70 existe uma tendência a supervalorização desta via. Isso se deve ao fator do aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do suporte médico no pré e pós-parto que valoriza o procedimento cirúrgico em detrimento das condições fisiológicas de parturição, bem como à divulgação errônea da ideia de que a cesariana não representa riscos (RATTNER; TRENCH, 2005). Com isso, é comum perceber a escolha materna e profissional pelo parto cesáreo (CHAVES, 2014), marcado pela concepção higienista, este modelo é centrado no profissional médico como condutor do processo e na tecnologia como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu ritmo natural (PASHE *et al*, 2014).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente realizada para reduzir o risco de complicações materna e/ou fetal durante a gravidez e trabalho de parto. Mesmo com o

avanço na qualidade e segurança deste ato cirúrgico ofertado à gestante e seu filho nas situações de maior complexidade, essa prática não é sinônimo de ausência de riscos coadjuvantes (PATAH; MALIK, 2011). Vale salientar que a opção das mulheres pela cesárea contribui para o alto índice deste tipo de parto. Em muitos casos a gestante opta pelo parto cesáreo independentemente de suas condições clínicas obstétricas. As razões para essa escolha frequentemente permeiam pelo medo da dor e mudanças na musculatura do canal vaginal. A ideia é que a cesárea eletiva, agendada com antecedência, permitirá um parto sem dores, desde que recebam também fortes analgésicos depois da cirurgia. O outro conceito é que a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo da mulher continuarão intactas com a cirurgia cesariana, enquanto que o parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Com isso, humanizar a assistência de enfermagem materna infantil é de vital importância porque garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, assegurando-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para que possa escolher com tranquilidade o local, o tipo de parto, os profissionais, o acompanhante, a posição de parição, entre outras, respeitando sempre a participação da família em todo esse processo.

Um estudo do Ministério da Saúde mostra que a realização de parto cesáreo aumentou no país de 38% em 2000 para 52,3% em 2010. Este aumento ocorreu em todas as regiões, tendo o Nordeste um crescimento de 25,6% em 2000 para 44,3% em 2010. Segundo a OMS, o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. Essa organização preconiza que o total de cesáreas em relação ao número total de partos realizados nos serviços de saúde seja de 15%. Todavia, este procedimento cirúrgico deve ser realizado apenas quando há riscos para a mãe ou para o bebê (BRASIL, 2010).

Diante dos números alarmantes de cesarianas no País, não será possível reduzirmos as mortes maternas e neonatais se não implementarmos as boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas de forma radical nas maternidades, incluirmos as enfermeiras obstétricas na condução dos partos de baixo risco.

### **2.4.3 Situação da capacidade instalada hospitalar**

Atualmente a rede hospitalar de Mato Grosso do Sul é constituída por 69 estabelecimentos que dispõem de leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos) em todo o Estado, sendo 51 hospitais locais e 18 hospitais regionais, inclusos no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde/CNES. Em relação aos leitos obstétricos, identificamos no CNES a existência 597 leitos credenciados ao SUS, que contemplam tanto o atendimento das gestantes de baixo quanto de alto risco (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

Sob o ponto de vista da atenção neonatal, a Rede Cegonha enfrenta um duplo desafio: o primeiro, de ampliar a rede de atenção quanto à sua estrutura, buscando enfrentar situações de insuficiência de leitos neonatais, por exemplo, através do financiamento de obras e equipamentos, e de apoio ao custeio, que permitiram a abertura de 1.839 novos leitos neonatais (UTI E UCI) e a qualificação com incentivos de custeio para mais 4.589 leitos no país (JUNIOR, 2014). Em relação à necessidade de leitos neonatais, costuma-se considerar que seriam necessários em média um leito intensivo e três semi-intensivos para cada 1.000 nascimentos por ano (FIORI, 1991).

Entre 2011 e 2013, foram criados e qualificados, no marco da Rede Cegonha, 847 leitos de UTI adultos para gestantes e puérperas e 2.204 leitos de UTI neonatal, além da criação de 2.020 leitos de Unidades de Cuidado Intermediário (UCI), em todo o País, com custeio adicional para essa qualificação, colocados, integralmente, sob regulação pública dos gestores locais (JUNIOR, 2014).

No Estado de Mato Grosso do Sul, em 2013, foi incorporados ao teto da Média e Alta Complexidade (MAC) o valor de R\$ 1.774.630,00 para a qualificação dos leitos de GAR, R\$ 2.088.619,43 para qualificação dos leitos de UTI Adulto, UTI neonatal recebeu a ordem de R\$ 3.202.976,84 e UCI neonatal o montante de R\$ 4.507.020,00, conforme dados da Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS (BRASIL, 2014).

#### **2.4.4 Indicadores de Gestão**

##### **2.4.4.1 Investimento Estadual no Setor**

A questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, persiste um contencioso no que se refere à descentralização. Em primeiro lugar pela aparente inapetência do Ministério da Saúde, particularmente nos primeiros anos da década de 1990, em abrir mão de poder. Segundo, porque em um país com a dimensão territorial como a do Brasil, com elevado grau de desigualdades entre regiões e estados e, dentro de um mesmo estado, entre municípios, é, no mínimo, difícil que

o processo descentralizador ande com a mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional ou até mesmo que possa ser tratado de maneira uniforme (UGA *et al*, 2003).

Além disso, os critérios utilizados para a distribuição dos recursos federais aos estados e aos municípios podem, segundo a maneira em que forem conduzidos, ser insuficientes para diminuir as iniquidades na alocação dos recursos públicos.

No dia 16 de janeiro de 2012, ocorreu a regulamentação da Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 (EC 29). Esta emenda constitucional dispunha sobre regras para o financiamento da saúde e sobre como se daria a distribuição de encargos entre os Entes Federativos. Depois de uma espera de quase doze anos, advém a Lei Complementar nº 141 de 11 de janeiro de 2012 (RESENDE, 2012).

Ainda na Lei Complementar nº 141, são estabelecidas algumas consequências quanto ao não cumprimento, total ou parcial, da aplicação dos recursos mínimos. Caso ocorra aplicação dos recursos mínimos inferior ao estabelecido na Lei, deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Na persistência do descumprimento, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse de recursos a Estados e Municípios.

#### **2.4.4.2 Plano Diretor de Regionalização (PDR)**

A regionalização é um processo organizado de utilização dos recursos em uma área geográfica, que irá assegurar ao paciente acesso ao nível de cuidado que ele necessita, mantendo o uso eficiente dos recursos disponíveis, sem a desnecessária duplicação dos mesmos. Requer coordenação e avaliação do estado e, regionalmente, requer participação de serviços de emergência, transporte e terapia intensiva (SOUZA, 2004).

O Plano Diretor Regionalizado (PDR) no Estado de Mato Grosso do Sul, atualmente em vigor, conforme resolução CIB nº. 90 de 11 de novembro de 2014.

A partir de então foram organizadas equipes com representantes técnicos da SES, para visitar as regiões de saúde. Essas equipes levantaram informações que se constituíram num diagnóstico das 11 macrorregionais, abordando aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, da rede instalada de saúde, dos instrumentos de gestão (planejamento, financiamento, educação permanente, regulação, controle, avaliação e auditoria) e do controle social.

Mato Grosso do Sul encontrava-se adiantado no caminho da pactuação, pois os debates do PDA geraram ações voltadas para a organização das redes, o que permitia a visualização do chamado Mapa de Saúde, instituídos pelo Decreto federal nº 7.508 de 28 de Junho de 2011.

#### **2.4.4.3 Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial.**

Vivemos, hoje, um cenário de consolidação do SUS, no qual a organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Esses desafios expressam a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, antes desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as ações de gestão necessárias para que essa inclusão se concretize. No período compreendido entre 1998 e 2001, o Ministério da Saúde empreendeu grandes esforços para a consolidação do SUS, organizando as redes assistenciais, ampliando o acesso da população aos diferentes serviços de saúde e ampliando a qualidade e a resolutividade da assistência prestada. Para tanto, o Ministério adotou duas linhas de ação estratégicas e fundamentais: a ampliação da atenção básica e a regionalização e organização da assistência à saúde (BRASIL, 2006b).

Dentre essas ações, encontram-se as de regulação da atenção à saúde, que são responsáveis por disponibilizar, nos casos de internação, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência do problema, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (BRASIL, 2010).

As Centrais são os locais que recebem as solicitações de atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do SUS, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços (BRASIL, 2010a), sendo espaços privilegiados para observação do sistema e podem ser capazes de ações efetivas e ágeis, facilitando o acesso aos serviços e propiciando um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Portanto, a regulação da assistência à saúde é uma estratégia de serviço adequada à necessidade do usuário, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada através de complexos reguladores, que façam congregiar unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos, entre outros.

Desse modo, a regulação é definida como um conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta, conforme a necessidade da população, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, a fim de garantir o acesso com qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção à saúde (DO NASCIMENTO *et al*, 2009).

De fato, a efetivação dessa política depende da existência da rede assistencial estruturada e com o fluxo estabelecido, utilizando instrumentos de acompanhamento e monitoramento de conformidades, na questão da operacionalização, ou seja, instituído o complexo regulador.

#### **2.4.4.4 Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)**

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto propõe mecanismos de controle mais eficazes e cria instrumentos para pactuação e monitoramento das ações realizadas nas três esferas de governo. Destarte, pretende-se que o acordo de colaboração firmado entre a união, estados e municípios nas regiões de saúde seja expresso por meio de um instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera, constituído de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O processo de Planejamento Regional Integrado deve ser coordenado pelas Comissões Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculadas à Secretaria da Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (SES) para efeitos administrativos e operacionais, observando-se as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) o que possibilitará a organização, acompanhamento, controle e avaliação das pactuações regionais.

Tal planejamento resultará no acordo de colaboração entre os entes federativos para organizar a rede de atenção à saúde, firmado por meio do COAP, onde estarão definidas as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação a ações e serviços de saúde, indicadores e metas de saúde, avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados, forma de controle e fiscalização da execução e o que mais for necessário para implementação integral da rede regional de saúde.

O COAP tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde resultando na integração do plano de saúde destes entes, fundamentado nas pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Conterá as seguintes disposições essenciais:

- Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- Indicadores e metas de saúde;
- Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

No contrato o seu conteúdo sofre modificações constantes em função da implantação e/ou extinção de ações e serviços, conforme pactuação entre os entes federados nas Comissões Intergestora Regional / CIR, na Comissão Intergestora Bipartite / CIB e na Comissão Intergestora Tripartite / CIT.

O objeto desse Contrato é a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos 3 entes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários através das redes de atenção à saúde para conformar o SUS (DOBASHI, 2014).

#### **2.4.4.5 Ouvidorias**

As ouvidorias estão presentes no nível municipal, estadual e federal do SUS e ficou estabelecido que devam representar uma forma de interação permanente entre o sistema de saúde e os usuários com o propósito de promover a sua participação.

Através da captação de reclamações, denúncias e sugestões, a ouvidoria deve ser capaz de avaliar a satisfação do usuário e detectar os problemas mais incidentes na saúde local (ANTUNES, 2008).

A implantação de um serviço de ouvidoria ativa foi uma inovação importante, com ligações telefônicas a todas as gestantes que fizeram parto pelo SUS, já com mais de 100 mil ligações na primeira avaliação, permitindo a identificação de problemas de estrutura e de

processo a partir da lógica do usuário, incluindo: descumprimento de direitos, como do acompanhante, da visita aberta e da analgesia, além da detecção de casos de violência física e verbal, com repasse das informações aos gestores locais e instalação de processos de auditoria conforme o caso (JUNIOR, 2014).

O processo de implantação de ouvidoria em Mato Grosso do Sul permitiu estabelecer maior comunicação entre a população e o SUS para acolhimento de manifestações e busca de soluções e informações sobre os serviços de saúde pública. (DOBASHI *et al*, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Comparar os indicadores de mortalidade e morbidade materno-infantil antes e após a implantação da Rede Cegonha.
- Comparar os indicadores de atenção antes e após a implantação da Rede Cegonha.
- Comparar os indicadores de capacidade instalada hospitalar antes e após a implantação da Rede Cegonha.
- Comparar os indicadores de gestão antes e após a implantação da Rede Cegonha.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo**

Trata-se de um estudo do tipo ecológico. Foram utilizados dados secundários das bases de dados da Secretaria Estadual de Saúde e DATASUS, que são de domínio público e estão disponíveis integralmente para as Instituições de Ensino e Pesquisa. Um estudo ecológico utiliza como unidade de análise um agregado que geralmente sintetiza ocorrências de óbito ou doença no tempo, em uma determinada área ou população (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2003).

### **4.2 Local e período da pesquisa**

O estudo foi realizado com base em dados secundários relativos à saúde materno-infantil provenientes dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul. O Estado está localizado no sul da região centro-oeste do país, ocupa uma área de 57.145.532 quilômetros quadrados, com população de 2.449.341 habitantes distribuídos em 79 municípios, conforme censo demográfico 2010. Limita-se com os Estados de Goiás ao nordeste, Minas Gerais ao leste, Mato Grosso ao norte, Paraná ao sul, São Paulo ao sudeste, Paraguai ao oeste e sul e a Bolívia ao noroeste.

Os dados foram separados por macrorregiões de saúde, por microrregião e por municípios, em dois períodos distintos: janeiro de 2011 a março de 2012 e janeiro de 2013 a março de 2014, correspondendo respectivamente aos períodos de 1 ano e três meses antes e 1 ano e três meses após a implantação da Rede Cegonha no Estado. O período de abril de 2012 a dezembro de 2012 foi excluído por corresponder a nove meses (período de uma gestação), durante o qual houve a implantação da estratégia Rede Cegonha no Estado.

### **4.3 Instrumento / procedimento para coleta de dados**

Os indicadores da Matriz Diagnóstica da Estratégia Rede Cegonha, proposta pelo Ministério da Saúde (MARTINELLI, 2014) foram os dados elencados para a análise neste estudo. Estão propostos 4 grupos de indicadores na Matriz Diagnóstica da Estratégia da Rede Cegonha:

1. Indicadores de mortalidade e morbidade

- Número de nascidos vivos e percentual de mais de 7 consultas no pré-natal;
- Incidência de sífilis congênita;
- Número absoluto de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);
- Número absoluto de óbitos Maternos por município.

## 2. Indicadores de atenção

- Cobertura de equipes de Saúde da Família;
- Tipo de parto: Percentual de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara com idade gestacional > 32; Idade da mãe;
- Percentual de gestantes captadas até a 12<sup>a</sup> semana de gestação;
- Percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses;
- Percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada.

## 3. Situação da capacidade instalada hospitalar

- Número de leitos obstétricos totais e por estabelecimento de saúde;
- Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco;
- Identificação dos leitos UTI neonatal existentes;
- Identificação dos leitos UTI adulto existentes.

## 4. Indicadores de gestão

- Percentual de investimento estadual no setor saúde;
- Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado;
- Contrato Organizativo Ação Pública (COAP);
- Identificação de centrais de regulação: (I) urgências e emergências-SAMU; (II) de internação; (III) consultas e exames;
- Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.

O estudo foi conduzido com informações obtidas das bases de dados da Secretaria Estadual de Saúde, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI),

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Relatório Anual de Gestão (RAG), Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e Central Estadual de Regulação (CERA). Todos esses sistemas são alimentados pelas Declarações de Óbito (DO), Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Dados obtidos no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) dos municípios. As informações sobre a população tiveram como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contagem populacional de 2010. No quadro 1 podem ser visualizados os indicadores e as suas respectivas bases de dados.

Quadro 1: Indicadores da Matriz Diagnóstica da Estratégia da Rede Cegonha e as bases de dados em que tais indicadores foram buscados.

| <b>INDICADOR DA MATRIZ DIAGNÓSTICA</b>  | <b>BASE DE DADOS</b>      |
|---|---------------------------|
| Número de nascidos vivos e percentual de mais de 7 consultas no pré-natal;;   | SINASC                    |
| Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida);   | SINAN                     |
| Número absoluto de óbitos infantis (neo-natal e pós-neonatal);  | SIM                       |
| Número absoluto de óbitos Maternos por município  | SIM                       |
| Cobertura de equipes de Saúde da Família  | SES                       |
| Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara com idade gestacional > 32; Idade da mãe   | SINASC/<br>SISPRENATALWEB |
| Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação   | SISPRENATALWEB            |
| Percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses  | DATASUS                   |
| Percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada                                     | SI-PNI                    |
| Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde   | CNES                      |
| Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco | CNES                      |
| Identificação dos leitos UTI neonatal existentes;   | CNES                      |
| Identificação dos leitos UTI adulto existentes  | CNES                      |

|  |      |
|--|------|
| Percentual de investimento estadual no setor saúde   | RAG  |
| Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado;  | SES  |
| Contrato Organizativo Ação Pública (COAP);   | SES  |
| Identificação de centrais de regulação: (I) urgências e emergências-SAMU; (II) de internação; (III) consultas e exames | CERA |
| Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital   | SES  |

#### 4.4 Organização dos dados

Para análise foi realizada uma estatística descritiva a após análises bivariadas através de Qui-quadrado, utilizado o software SPSS 21.0. Todos os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos para mostrar os resultados obtidos, quando comparadas as fases antes e após a implantação da Rede Cegonha.

Foram selecionados dados e números relacionados aos indicadores propostos na Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, que foram organizados através de uma tabela Excel. Os dados de cada município do estado foram registrados, os quais na sequência foram agrupados por microrregiões de saúde do estado e posteriormente, para fins de análise no estudo, por macrorregiões de saúde: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

Quanto à macrorregião de Campo Grande, houve uma particularidade para a análise de dados. Pois no período antecedente à implantação da Rede Cegonha, esta macrorregião tinha os municípios de Corumbá e Ladário como parte de sua macrorregião. Contudo a partir de junho de 2012 estes dois municípios se tornaram uma macrorregião de saúde com o nome de Macrorregião de Corumbá. Para fins do estudo, esta nova macrorregião já no período anterior à implantação da Rede Cegonha, foi analisada separadamente da macrorregião de Campo Grande.

#### 4.5 Aspectos Éticos

Trata-se de um estudo que acessou as bases de dados de domínio público da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, através do site: [www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br), portanto foi dispensado o termo de consentimento livre esclarecido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, através do Parecer nº 497.429 datado de 17/12/2013, estando de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2010 do Conselho Nacional de Saúde). Por se tratar de estudo que utilizou apenas dados secundários, elaborou-se o Termo de Compromisso para utilização de informações de bancos de dados (APÊNDICE A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Rede Cegonha foi implantada em todos os 79 municípios de Mato Grosso do Sul, propondo ações inéditas frente à assistência materno-infantil, como a distribuição dos testes rápidos e alocação de recursos a todos os municípios.

Os resultados serão apresentados e discutidos de duas formas: os dados sobre sífilis congênita, número absolutos de óbitos maternos, infantil e neonatal, investimento em saúde, implantação de ouvidorias e leitos obstétricos, estão descritos no corpo da dissertação e os dados referentes ao número de partos cesáreos e vaginais, e números de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal em forma de artigo científico.

Alguns dados da Matriz Diagnóstica não foram possíveis serem analisados devido à atualização de sistema que não permitiu a fidedignidade das informações no período proposto. Dados referentes ao programa Sis prenatalweb, não foram encontrados, como cesáreas em primíparas com idade gestacional maior que 32 semanas, percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação.

Tal dificuldade se deve ao fator de transição que o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que é o responsável pela execução do Sis prenatal, pois teve que executar após a publicação da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que passa a cadastrar todas as gestantes através deste programa, contudo por diversos fatores (dificuldade de inserção das usuárias no sistema, programa do DATASUS com várias atualizações e dificuldades das equipes no cadastro), os dados do Sis prenatalweb não foram digitados, comprometendo a veracidade dos números. Assim, esses indicadores foram excluídos do estudo.

Referente ao indicador do número de casos de sífilis congênita (SC), no Estado de Mato Grosso do Sul, ocorreram 157 casos no período anterior a implantação da RC (3,7/1000 nascidos vivos) e 281 no período posterior (6,67/1000 nascidos vivos), conforme apresentados na Tabela 2. Neste mesmo período no Estado houve 42.152 nascidos vivos anteriormente a implantação da RC e 42.116 no período posterior.

Em relação à sífilis congênita, os resultados são superiores aos encontrados por outros autores. No Brasil a incidência é de 3,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2011, as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente (CHAVES, 2014). O Centro-Oeste é o que tem o menor número proporcional de recém-nascidos com a doença: 1,8 casos (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Outros estudos mostram alguns estados brasileiros onde no ano de 2008 no Rio Grande do Norte que foi de 4,3 (CARVALHO, 2014), no Estado do Espírito Santo, de 2000 a

2005, encontrou uma taxa média anual de incidência de SC de 5,6 (HOLANDA et al, 2011), o Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 nascidos vivos), Ceará (6,8) e Sergipe (6,7) no ano de 2011 (CHAVES, 2014).

**Tabela 2:** Registro da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para a variável sífilis congênita, antes e depois da implantação da Rede Cegonha.

| Variável  | Macrorregião |         |          |             | Total |
|---|--------------|---------|----------|-------------|-------|
|   | Campo Grande | Corumbá | Dourados | Três Lagoas |       |
| <b>Sífilis Congênita (Soma dos 15 meses antes e depois)</b> |              |         |          |             |       |
| Antes   | 105          | 0       | 44       | 8           | 157   |
| Depois  | 176          | 3       | 86       | 16          | 281   |
| Variação %  | 67,62        | -       | 95,45    | 100,00      | 78,98 |

A notificação compulsória da sífilis gestacional é obrigatória no Brasil desde 1986 (CASAL *et al*, 2011 ). Os casos de SC demonstram, claramente, deficiências nos serviços de saúde, sobretudo da atenção pré-natal, uma vez que o diagnóstico e o tratamento oportunos são considerados como medidas relativamente simples e eficazes em sua prevenção. As medidas de controle adotadas no Brasil visam reduzir o número de casos para 1 em cada 1.000 recém-nascidos, número ainda muito longe de ser alcançado (BRASIL, 2007).

Como a sífilis é facilmente diagnosticada pelo VDRL e, com eficácia tratada pela penicilina, a não realização do pré-natal é considerada como um dos principais fatores responsáveis pelos casos de sífilis congênita. A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas também representa importante fator para explicar diversos casos de sífilis congênita (DA GAMA AZEVEDO, 2006).

Indo de encontro com os protocolos internacionais a Rede Cegonha, estabelece a possibilidade da utilização de teste rápido para diagnóstico de sífilis na gestante e no parceiro, por profissionais capacitados, nas unidades de saúde, na etapa I do diagnóstico de sífilis.

O comprometimento da mulher surge a partir do momento em que ela tem um acesso adequado ao serviço pré-natal, em que as propostas do programa são informadas, enfim, em que ela se sente integrada e responsável pelo cuidado. Esses elementos

contribuem para humanização na atenção obstétrica, porém isso está longe de ser alcançado, visto que o atendimento às gestantes continua sendo executado de forma fragmentada, impessoal e sem diálogo pela maioria das equipes de saúde. Logo, a reversão desse quadro deve ocorrer com a sistematização do atendimento pré-natal, tendo a humanização como real direcionador do atendimento e a atenção sendo focalizada nas mulheres mais vulneráveis (MARTINELLI, 2014).

No estado de Mato Grosso do Sul, ações referentes ao incremento das notificações e comprometimento dos profissionais de saúde da atenção hospitalar, vem sendo realizadas, fato este que justifica o aumento da incidência da SC de 3,7 para 6,67/1.000, pois qualificam estes profissionais a procederem as notificações imediatamente após o diagnóstico através do teste rápido de sífilis na admissão desta gestante e, conseqüentemente após a confirmação do exame no bebê, ações essas aprimoradas através da Rede Cegonha para todas os hospitais prestadores de serviços de assistência obstétrica.

No que se refere aos números de óbitos maternos, óbitos neonatais e óbitos infantis, observou-se redução dos números absolutos de óbitos no segundo período estudado (Tabela 3).

Há uma tendência da redução da mortalidade materna no mundo todo, onde o número total de mortes maternas caiu de 543.000 para 287.000, entre 1990 e 2010. Da mesma forma, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) mundial, em 1990, era de 400 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos e reduziu para 210 por 100.000 nascidos vivos em 2010, representando um declínio médio anual de 3,1% no número de óbitos maternos (WHO, 2012).

Na estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil, apresentou em 2006 a RMM de 74 óbitos por 100 mil nascidos vivos (SOMBRIO *et al*, 2011) passando em 2008, para uma RMM de 58 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, que representa 1800 óbitos e que nessa realidade existe a possibilidade de uma morte materna a cada 860 gestações (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

No Piauí, no que se refere à mortalidade materna no ano de 2009, o Superprojeto Estadual do QualiSUS Rede apresentou no Piauí exibiu que a RMM gira em torno de 88,4/100 mil nascidos vivos, enquanto que na região Nordeste é de 72,1/100 mil nascidos vivos (SESAPI, 2012).

Em Mato Grosso do Sul, como apresentado na Tabela 3, houve uma queda de 46,51% no número absoluto de óbitos maternos, com a redução de 43 para 23 casos confirmados no período avaliado, sendo que a RMM em 1997 era de 55,3, diminuindo em

37,1 no ano de 2000 e tendo um aumento significativo em 2004 para 84,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos (LAURENTI, 2004). Nos períodos analisados no presente estudo a RMM passou de 80,47 no período anterior à implantação para 44,35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

**Tabela 3:** Resultados referentes à soma da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para as variáveis: óbito materno, óbito infantil e neonatal, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.

| Variável   | Macrorregião |         |          |             | Total  |
|--|--------------|---------|----------|-------------|--------|
|  | Campo Grande | Corumbá | Dourados | Três Lagoas |        |
| <b>Óbito materno (Soma dos 15 meses antes e depois)</b>  |              |         |          |             |        |
| Antes  | 21           | 7       | 8        | 7           | 43     |
| Depois   | 15           | 0       | 4        | 4           | 23     |
| Variação %   | -28,57       | -100,00 | -50,00   | -42,86      | -46,51 |
| <b>Óbito infantil (Soma dos 15 meses antes e depois)</b> |              |         |          |             |        |
| Antes  | 291          | 59      | 277      | 61          | 688    |
| Depois   | 284          | 54      | 271      | 60          | 669    |
| Variação %   | -2,41        | -8,47   | -2,17    | -1,64       | -2,76  |
| <b>Óbito neonatal (Soma dos 15 meses antes e depois)</b> |              |         |          |             |        |
| Antes  | 206          | 45      | 181      | 42          | 474    |
| Depois   | 176          | 43      | 163      | 38          | 420    |
| Variação %   | -14,56       | -4,44   | -9,94    | -9,52       | -11,39 |

A mortalidade materna pode ser considerada um excelente indicador de saúde, não apenas da mulher, mas da população como um todo. Por outro lado, é também um indicador de iniquidades, pois não somente é elevada em áreas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, quando comparada aos valores de áreas desenvolvidas, quanto, mesmo nestas, existem diferenças entre os diferentes estratos socioeconômicos (GONÇALVES *et al*, 2008).

A nossa realidade está muito aquém das atuais propostas tecnológicas para a prevenção da Mortalidade Materna (MM). No Brasil, este sério problema de saúde pública está atrelado às subnotificações, às condições de alto risco para MM, a maioria delas de causas diretas e evitáveis, e à falta de implementação de estratégias efetivas. Fatores

culturais, médico-profissionais e político-sociais são predominantes e facilmente reconhecidos, mostrando as iniquidades existentes. A estruturação do planejamento familiar, incluindo prevenção da gravidez de alto risco e daquelas não desejadas, enfrentamento crítico do problema do aborto e redução global das taxas de cesárea ainda são prioridades na assistência à saúde da mulher brasileira. A operacionalização efetiva destas prioridades deverá melhorar o panorama da MM em nosso país (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006).

A mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde, em nível federal, estadual e municipal. Em grande número de municípios, há “Comissões de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas”, que investigam os casos de morte materna declarada ou suspeita, sendo que, em muitos deles, são pesquisadas todas as mortes de mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em Mato Grosso do Sul, foi instituído pela Resolução nº 31/SES/MS de 29 de abril de 2013 o Comitê Estadual De Prevenção Da Mortalidade Materna E Infantil.

Apesar da queda importante na taxa de mortalidade infantil (TMI) na última década, especialmente em função da redução da mortalidade pós-neonatal, as taxas ainda são consideradas elevadas. Em Mato Grosso do Sul, esta taxa que em 1980 era de 49,8 passou para 26,1 em 1997 (IBGE, 2013), e no período analisado no presente estudo esta taxa que era de 16,32 antes passou para 15,88 após a implantação da Rede Cegonha, ficando abaixo de outros estados brasileiros, no Rio Grande do Sul a TMI é de 20/1000 NV (SILVA, 2012), Paraíba de 22,9 e Alagoas de 30,2 (IBGE, 2013), que se apresentaram acima da TMI do Brasil (16,8/1000 NV) em 2010.

A política de saúde brasileira para enfrentamento da melhoria dos indicadores de saúde inclui a organização da Atenção Primária em Saúde, desde 1994 o Ministério da Saúde tem priorizado a Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento desse nível de atenção. Em 2008, dados do Ministério da Saúde apontavam mais de 29 mil equipes de saúde financiadas por meio dos incentivos federais específicos para essa Estratégia, o suficiente para uma cobertura potencial de quase metade da população brasileira (HAMANNII, 2012).

Com o aumento da cobertura de ESF, podemos observar a evolução da Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul, onde em 1998, possuía apenas 8 equipes implantadas em 7 municípios e 27.600 pessoas atendidas. Em 2013 eram 511 equipes cadastradas em 79 municípios, totalizando 64,69% de cobertura populacional (DOBASHI *et al*, 2014).

No presente estudo são 440 equipes implantadas antes da RC, e apresentou um aumento de 59 equipes após a implantação, com uma cobertura populacional de 64,86% da

população em Mato Grosso do Sul. O número de equipes cadastradas no sistema é superior ao número de equipes implantadas.

Em 2012, após habilitação e implantação de novas equipes de saúde da família e agente comunitário de saúde – ACS, a cobertura da Atenção Básica aumentou de 75% para 95%, nos municípios brasileiros (Brasil, 2012; Brasil, 2009; Brasil, 2001).

O trabalho do ACS no Estado de Mato Grosso do Sul teve início em 1996, em 12 municípios, com 146 agentes e 83.950 pessoas assistidas. Hoje são 79 municípios (100%), com 4.508 ACS, atendendo 93,14% da população (DOBASHI *et al*, 2014).

Ao funcionar, adequadamente, as unidades básicas do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade em atua, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (JUNIOR, 2003).

**Tabela 4:** Evolução das Equipes de Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul.

| Equipes de Saúde da Família                         | Mês/Ano         |               |                 |               |
|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
|   | Janeiro de 2011 | Março de 2012 | Janeiro de 2013 | Março de 2014 |
| Municípios com ESF implantados                      | 77              | 78            | 78              | 79            |
| Teto de equipes permitidas pelo Ministério da Saúde | 984             | 1017          | 1026            | 1253          |
| Equipes de ESF Cadastradas no sistema               | 448             | 464           | 493             | 505           |
| Equipes de ESF implantadas                          | 440             | 460           | 489             | 499           |
| Proporção de cobertura populacional estimada (%)    | 60,85           | 61,33         | 64,21           | 64,86         |

Fonte: MS/SAS/DAB, 2015.

Uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações etc. Elas fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno. Foi atribuído à Central de Internação o papel de controlar a capacidade instalada, os leitos disponíveis na rede assistencial, a ocupação

de vagas e a viabilização do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade e às internações (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

No Mato Grosso do Sul, a aprovação do projeto para a implantação do Complexo Regulador ocorreu no mês de Março de 2007, com a posterior publicação da portaria Ministerial nº 1.736 de 10 de julho de 2007 estabelecendo o desenho estadual com um complexo regulador macrorregional autônomo, solidário, integrado e em cogestão com a Secretaria Estadual de Saúde. No 2º trimestre de 2008, inauguram-se os complexos reguladores de Dourados e Três Lagoas e o de Campo Grande no 4º trimestre do mesmo ano, realizando as ações através de processos regulatórios (DOBASHI *et al*, 2014).

A estrutura que o Estado de Mato Grosso do Sul disponibiliza atualmente para realizar a regulação do acesso aos serviços de saúde que estão sob sua gestão/ está estruturada da seguinte forma: Tratamento Fora do Domicílio - (interestadual); urgência e emergência - (gestão compartilhada com SMS Campo Grande) - regula o acesso da população própria e referenciada aos leitos complementares (UTI, isolamento, ortopedia, etc.) do SUS ou contratados; e outros serviços quem regula o acesso da população, seja própria ou referenciada, é o Complexo Regulador Estadual (CERA), procedimentos como consultas especializadas, exames de média e alta complexidade, cirurgias.

Os estados e municípios, ao fazer adesão à implementação das políticas de saúde, traçam planos a serem cumpridos para atingir as metas. Ao fazer os planos, como agora, na adesão à Rede Cegonha, existe a necessidade de pensar ações que garantam a vinculação da gestante, no início do pré-natal, à maternidade onde se realizará o parto. Para que essa ação seja realizada, é necessário que os três níveis, de forma conjunta, façam o diagnóstico da rede obstétrica existente de fato, avaliem estrutura, processos e resultados para que se planeje a garantia do acolhimento e atendimento à gestante dentro de cada realidade.

Referentes aos leitos obstétricos e UTI neonatais, bem como leitos canguru, o Complexo Regulador do estado não apresenta nenhuma especialização, e tem como referência para os municípios do interior o Hospital Rosa Pedrossian para referência em Obstetrícia e o Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul com leitos especializados em UTIN, ambos localizados na capital Campo Grande.

O acesso aos serviços e às informações sobre o funcionamento do SUS destaca-se, desta forma, como indicador de satisfação e qualidade, estando envolvidos nesse processo não só os gestores de saúde, como também os funcionários e profissionais de saúde do SUS (VIEIRA DA SILVA, 2010).

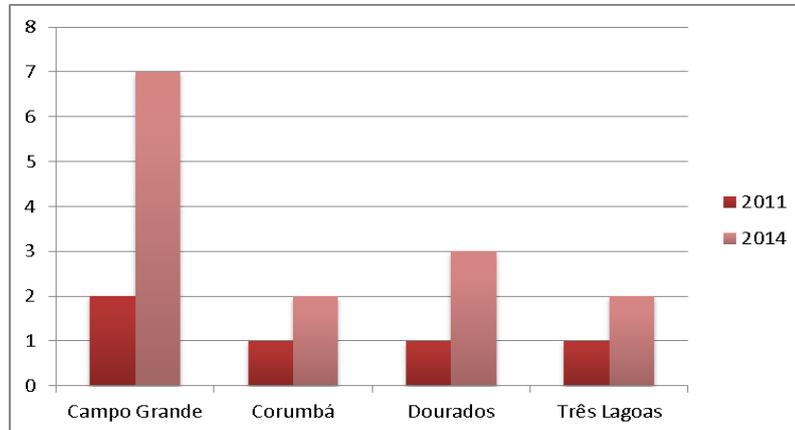
Partindo deste pressuposto de que a melhoria do acesso, da qualidade dos serviços e o implemento das políticas de saúde dependem da participação efetiva da população na identificação de problemas e na busca de soluções (GONÇALVES; SOARES; BERBERINA, 2014), o Ministério da Saúde implanta as ouvidorias públicas que devem conhecer os anseios da sociedade, dar voz aos que não têm vez, aos invisíveis, promover o acesso à informação como um dever do Estado e um direito do cidadão com o intuito de transformar a cultura do segredo e da segregação na cultura da transparência e da democracia participativa (THEOPHILO, 2013).

O trabalho da Ouvidoria do SUS é importante por identificar as desconformidades do Sistema Único de Saúde e as necessidades dos usuários, assegurando à sociedade mecanismos para interagir e fiscalizar as ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública do Estado de Mato Grosso do Sul e fortalecendo os espaços democráticos de participação.

A ouvidoria foi criada como a missão de atuar como um meio permanente de interlocução com o usuário a fim de elevar o seu papel ao de agente participador no processo de aprimoramento dos serviços prestados pelo SUS no âmbito do estado, através de canais de contatos ágeis e eficazes (CARVALHO, 2014). Mais que a escuta, também a organização do fluxo para encaminhamentos a posteriori para as instâncias competentes, conforme cada categoria acolhida e também o feedback da resolução da demanda/sugestão/informação do usuário. Além disso, o apoio à implantação das ouvidorias municipais e também às ouvidorias locais, em espaços estratégicos de assistência, tais como grandes hospitais das cidades de referência (DOBASHI *et al*, 2014).

Conforme apresentado na Figura 4 é possível identificar a evolução da implantação das ouvidorias em Mato Grosso do Sul, sendo que a macrorregião de Campo Grande apresentou o maior número de ouvidorias implantadas, passando de 2 em 2011 para 7 municípios em funcionamento. Todas as outras três macrorregiões de saúde (Corumbá, Dourados e Três Lagoas), passaram de um para dois municípios implantados em suas macrorregiões, em 2014 após a implantação da Rede Cegonha, não é possível afirmar que as implantações destas ouvidorias possuem ligação direta com o programa.

**Figura 4** - Evolução da implantação de ouvidorias, por macrorregiões em Mato Grosso do Sul.



O Ministério da Saúde define as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010). É uma proposta que visa estabelecer conexões entre os diferentes tipos de atenção à saúde, desde o nível mais básico até o nível mais especializado.

Estudos afirmam que embora a regionalização tenha tentado organizar a assistência à saúde em seus diversos componentes, no estado do Rio Grande do Norte é desigual, conseqüentemente há um descompasso entre a política de regionalização estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte e a realidade da assistência à saúde que se dá nos lugares (DANTAS, 2014).

Após homologação na reunião da CIB e aprovação no Conselho Estadual de Saúde, houve a decisão pela construção do Plano Diretor de Atenção à Saúde nas Macrorregiões – PDA. O primeiro PDA foi elaborado no período de fevereiro a outubro de 2011 na Macrorregião de Dourados; de outubro de 2011 a fevereiro de 2012 na macrorregião de Três Lagoas e no período de Março a junho de 2012 na Macrorregião de Campo Grande que, posteriormente se desmembrou de Corumbá e Ladário, municípios que passaram a constituir a quarta macrorregião de saúde em Mato Grosso do Sul (DOBASHI *et al*, 2014).

O PDR/MS tem o objetivo de distribuir e ordenar os espaços territoriais do estado, tendo como fundamento uma tipologia de organização de serviços por níveis de atenção à

saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2013). A atual configuração do PDR/MS compreende 04 regiões ampliadas de saúde, que abrangem um total de 11 microrregiões. A distribuição das regiões de saúde se deu de tal forma que os 79 municípios são responsáveis pela Atenção Primária à Saúde, as 11 microrregiões em seus polos, pela Atenção Secundária, e as 4 Regiões de Atenção à Saúde, também em seus polos, pela Atenção Terciária (MATO GROSSO DO SUL, 2013).

Na Rede Cegonha, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.459/2011, foram priorizadas as qualificações dos seguintes tipos de leito: leitos obstétricos para gestação de alto risco (GAR), UTI adulto, UTI neonatal e UCI neonatal convencional (BRASIL, 2014).

Os leitos de UTI Adulto e Neonatal, incluído cuidado intermediário convencional e intermediário neonatal canguru, no Estado de Mato Grosso do Sul, esta distribuída conforme Tabela 5.

**Tabela 5:** Distribuição de leitos SUS, segundo tipo em Mato Grosso do Sul.

| Tipos de Leitos  | Macrorregião |         |          | Total       |     |
|--|--------------|---------|----------|-------------|-----|
|  | Campo Grande | Corumbá | Dourados | Três Lagoas |     |
| UTI Adulto Tipo II                                       | 59           | 07      | 35       | 10          | 111 |
| UTI Adulto Tipo III                                      | 57           | -       | 10       | -           | 67  |
| UTI Neonatal Tipo II                                     | 26           | -       | -        | -           | 26  |
| UTI Neonatal Tipo III                                    | 10           | -       | -        | -           | 10  |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional | 37           | -       | 15       | -           | 52  |
| Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional | 09           | -       | -        | -           | 09  |

O crescimento populacional em Mato Grosso do Sul, sofreu uma variação de 1,19%, conforme apresentado na Tabela 6, sendo a macrorregião de Três Lagoas com maior variação em crescimento populacional (1,65%), seguida da macrorregião de Campo Grande e Dourados, 1,16 e 1,15%, respectivamente. Corumbá é a macrorregião com menor crescimento populacional, e é composta por apenas dois municípios (Corumbá e Ladário). Observou-se que de maneira mediana as macrorregiões de saúde tiveram um crescimento na mesma faixa caracterizando uma isonomia do desenvolvimento local.

**Tabela 6:** Registro da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para as variáveis população e investimento estadual no Setor Saúde, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.

| Variável   | Macrorregião       |         |          |             | Total   |
|--|--------------------|---------|----------|-------------|---------|
|  | Campo Grande       | Corumbá | Dourados | Três Lagoas |         |
| <b>População</b>   |                    |         |          |             |         |
| 2011   | 1336775            | 123320  | 741947   | 251255      | 2453297 |
| 2013   | 1352334            | 124264  | 750445   | 255403      | 2482446 |
| Variação %   | 1,16               | 0,77    | 1,15     | 1,65        | 1,19    |
| <b>Investimento estadual no setor Saúde (Total de investimentos nos 15 meses antes e depois)</b> |                    |         |          |             |         |
| Antes  | R\$ 827.025.993,09 |         |          |             |         |
| Depois   | R\$ 903.916.841,73 |         |          |             |         |
| Variação %   | 9,30               |         |          |             |         |

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta ou valor total de investimento, seguido do percentual de variação entre os momentos de análise.

O investimento em saúde teve uma variação de 9,30%, no período estudado, passando de R\$ 827.025.993,09 em 2011 e no primeiro trimestre de 2012, para R\$ 903.916.841,73 para 2013 e segundo trimestre de 2014. O Governo de Estado de Mato Grosso do Sul, teve seus Relatórios Anuais de Gestão aprovados tanto pelo Conselho Estadual de Saúde quanto pelo Tribunal de Contas do Estado, nos anos em estudo, com exceção do primeiro trimestre de 2014 que será prestado contas, analisado e apreciado durante o ano de 2015, pelos entes competentes.

**5.1 – Artigo: Rede Cegonha no Estado do Mato Grosso do Sul: Análise do número de consultas de pré-natal e tipo de parto.**

**Título em inglês: Stork Network in the State of Mato Grosso do Sul: Analysis of the number of prenatal consultations and type of delivery.**

**Autora**

- 1. Patrícia Marques Magalhães<sup>1</sup>**

**Co - Autoras**

- 2. Vera Lúcia Kodjaoglanian<sup>2</sup>**
- 3. Mara Lisiane de Moraes dos Santos<sup>3</sup>**
- 4. Adriane Pires Batiston<sup>4</sup>**

**Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.**

---

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Anastácio/MS. Especialista, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFMS. Travessa da Usina, 97 – Santo André 79200-000 - Aquidauana/MS. (67) 9986-1272 - enfpatricia\_mm@hotmail.com

<sup>2</sup>Fiocruz Mato Grosso do Sul. Rua Gabriel Abrão, 92 - Jardim das Nações 79.081-746 - Campo Grande/MS (67) 3346-4480; 9981-2447 - esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

<sup>3</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Doutora. Rua Bahia, 498, centro, 79002-530 - Campo Grande – MS. (67) 8121 0152 – maralisi@globo.com

<sup>4</sup>Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFMS. Campo Grande/MS. (67) 9254-3123 - apbatiston@hotmail.com

**RESUMO**

**OBJETIVO** Analisar os resultados iniciais da implantação da Rede Cegonha (RC) no Estado de Mato Grosso do Sul por meio da análise dos indicadores propostos pela Matriz Diagnóstica, em relação ao número de consultas de pré-natal e tipo de partos. **METÓDO:** Estudo do tipo ecológico, onde foram analisados os dados dos 15 meses anteriores e 15 meses posteriores à implantação da RC no Mato Grosso Do Sul. As análises foram submetidas ao teste do qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%, utilizando as bases de dados nacionais do DATASUS e estaduais localizadas na home page da Secretaria Estadual de Saúde. **RESULTADOS:** Entre os períodos analisados, houve no Estado um incremento 6,55% de partos cesáreos. Houve redução de 13,8% das mulheres que nunca realizaram uma consulta pré-natal de e aumento de 3,1% das gestantes que realizaram de 1 a 6 consultas. **CONCLUSÃO:** No período de 13 meses após a implantação da RC foi observado aumento no número de partos cesáreos e na captação das gestantes para o pré-natal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cesárea; Políticas Públicas de Saúde; Saúde da Família; Saúde Materno-infantil; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

**ABSTRACT:**

**OBJECTIVE** To analyze the initial results of implementation of the Stork Network (RC) in the State of Mato Grosso do Sul through the analysis of the indicators proposed by the Diagnostic Matrix in the number of prenatal consultations and type of delivery. **Method:** Study of ecological type, where the data of the previous 15 months and 15 months after the implementation of RC in Mato Grosso do Sul were analyzed. The analyzes were submitted to the chi-square, considering the significance level of 5% . using national and state DATASUS data bases located on the home page of the Department of Health. **RESULTS:** Among the analyzed periods, there was an increase in the state 6.55% of cesarean deliveries. There was a reduction of 13.8% of women who never held a prenatal consultation and an increase of 3.1% of pregnant women who were 1-6 queries. **CONCLUSION:** In the 13 months after the implementation of RC was observed increase in the number of cesarean deliveries and capture of pregnant women for prenatal care.

**KEYWORDS:** Cesarean section; Health Public Policy; Family Health; Maternal and Child Health; Program Evaluation and Health Projects.

## INTRODUÇÃO

A experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida das mulheres; um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel<sup>1</sup>. Este momento vem levantando questionamentos desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres, pois são fatores complexos que cercam o parto e sua assistência. <sup>2</sup>.

A atual organização da atenção obstétrica tem um relevante papel nas elevadas taxas de cesárea observadas no Brasil e no mundo. As principais justificativas levantadas pelos obstetras são a conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal e a falta de preparo da mulher para o parto<sup>3</sup>.

Desde o início do século XX, a saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública com a implantação de diversos programas, que foram se consolidando ao longo dos anos. Esses programas apresentaram estratégias propostas de acordo com as necessidades da época, no entanto, nem todas as ações foram positivas para o cenário materno infantil. Entre elas podemos destacar o incentivo à cesariana, procedimento que até hoje permanece com taxas muito altas em todo país e que contribui de forma negativa para a saúde da mãe e da criança<sup>4</sup>.

A assistência ao parto no Brasil é predominantemente caracterizada por internação e por intervenções diversas, refletindo em taxas elevadas de cesarianas. Entre os partos realizados no sistema Único de Saúde, 44% são cesarianas, e este número dobra no sistema privado de saúde, chegando a 80%, ambos indicadores estão muito distantes da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que considera aceitável um percentual máximo de 15% de cesarianas. De acordo com o Ministério da Saúde, a realização de cesarianas no país aumentou de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010 <sup>5</sup>.

Em relação a este e outros desafios da área da saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido implementadas em busca de um enfrentamento sistematizado e mais resolutivo dos principais problemas de saúde atuais. Estão associadas à maior flexibilidade, integração e interdependência entre organizações estatais, sociais e empresariais, constituindo uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria Nº 1.594, de 24 de junho de 2011. Essa estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade de atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, da assistência à criança até 24 meses de vida<sup>7</sup>, bem como a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno infantil<sup>8</sup>. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação<sup>7</sup>.

Cada um desses componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde, entre elas: oferecer o teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez; orientar e ofertar métodos contraceptivos; fornecer o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; garantir o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; qualificar os profissionais de saúde; criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; oferecer o Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno<sup>9</sup>.

A Rede Cegonha é, até então, a estratégia mais completa já elaborada pelo Governo Federal no que se refere à saúde materno-infantil. Suas ações abrangem estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos

contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade<sup>10</sup>. O resultado desse grande esforço conjunto em todos os estados brasileiros foi a adesão de 5.488 municípios à Rede Cegonha (até o final de 2013), dando cobertura à aproximadamente 2,5 milhões de gestantes brasileiras, representando mais de 80% do seu total no SUS<sup>11</sup>.

Sendo assim, propõe um novo modelo que visa produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento; promoção da saúde infantil e materna; prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis; e normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família.<sup>12</sup>

Considerando-se que no estado do Mato Grosso do Sul todos os municípios implementaram a Rede Cegonha em 2012, como parte das ações do Contrato Organizativo de Ação Pública, faz-se necessário a análise da implantação de uma política pública de saúde tão abrangente, que justifique a utilização de recursos federais, mudança de práticas assistenciais e melhoria de indicadores de saúde. Assim, este estudo teve como objetivo analisar os primeiros resultados da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul por meio dos indicadores número de consultas pré-natal e tipos de parto propostos pela Matriz Diagnóstica antes e a após a implantação da Rede Cegonha.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, onde foram utilizados dados secundários das bases de dados da Secretaria Estadual de Saúde e DATASUS. No estudo foram comparados indicadores da Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, dos municípios de Mato Grosso do Sul, este, localizado no sul da região Centro-Oeste do país, ocupa uma área de 357.145.534 quilômetros quadrados. As análises foram feitas separadamente, segundo as Macrorregiões de Saúde do Estado: Macrorregião de Campo Grande (34 municípios), de Corumbá (2 municípios), de Dourados (33 municípios) e de Três Lagoas (10 municípios).

Para o estudo foram coletados dados de dois períodos distintos, antes e após a implantação da Rede Cegonha no Estado: janeiro de 2011 a março de 2012 e janeiro de 2013 a março de 2014, correspondendo respectivamente aos períodos de 1 ano e três meses antes e 1 ano e três meses após a implantação da Rede Cegonha no Estado. O período de abril de 2012 a dezembro de 2012 foi excluído por corresponder a nove meses (período de uma gestação), durante o qual houve a implantação da estratégia Rede Cegonha no Estado.

A construção do banco de dados foi através de informações coletadas no DATASUS, banco de indicadores do Estado e na home page oficial da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul.

As variáveis analisadas neste artigo foram o número de consultas de pré-natal dos nascidos vivos e tipo de parto (partos cesáreos e partos vaginais), ambos indicadores de atenção utilizados na construção da matriz diagnóstica para implantação e acompanhamento da Rede Cegonha.

A comparação entre os momentos analisados (antes e após a implementação da Rede Cegonha) em relação às variáveis número de nascidos vivos com nenhuma, 1 a 6 ou de 7 ou mais consultas e tipos de parto, em cada uma das macrorregiões de Mato Grosso do Sul e no total, foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Foi considerado o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, através do Parecer nº 497.429, estando de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

## **RESULTADOS**

Em relação ao tipo de parto, observou-se que após a implantação da RC houve uma variação percentual positiva de 6,55% nos partos cesáreos em todo o estado de MS, sendo que quando analisadas as macrorregiões, o percentual variou de 4,46 a 12,57%.

De forma contrária, houve variação negativa de 3,64 a 20,20% no percentual de partos vaginais nas quatro macrorregiões estudadas (Tabela 1).

**Tabela 1:** Ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para a variável tipos de parto, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.

| Variável               | Macrorregião          |             |             |             | Total        |
|------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|                        | Campo Grande<br>% (n) | Corumbá     | Dourados    | Três Lagoas |              |
| <b>Tipos de partos</b> |                       |             |             |             |              |
| <b>Vaginal</b>         |                       |             |             |             |              |
| Antes                  | 39,4<br>(8743)        | 46,0 (1109) | 48,4 (6629) | 33,6 (1306) | 42,2 (17787) |
| Depois                 | 37,5<br>(8425)        | 37,6 (885)  | 42,8 (5681) | 28,8 (1162) | 38,4 (16153) |
| Variação %             | -3,64                 | -20,20      | -14,30      | -11,03      | -9,19        |
| <b>Cesáreo</b>         |                       |             |             |             |              |
| Antes                  | 60,6<br>(13423)       | 54,0 (1302) | 51,6 (7056) | 66,4 (2583) | 57,8 (24364) |
| Depois                 | 62,5<br>(14022)       | 62,4 (1467) | 57,2 (7596) | 71,2 (2874) | 61,6 (25959) |
| Variação %             | 4,46                  | 12,67       | 7,65        | 11,27       | 6,55         |
| Valor de p             | <0,001                | <0,001      | <0,001      | <0,001      | <0,001       |

Na Tabela 2 estão apresentados o número de nascidos vivos com nenhuma, de 1 a 6 e com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo as Macrorregiões do Estado de Mato Grosso do Sul antes e após a implantação da RC. No período após a implantação da Rede Cegonha, ocorreu redução significativa do número de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, e aumento do percentual das que realizaram de 1 a 6 consultas. Em relação ao número de nascidos vivos com sete ou mais consultas, de maneira geral, não houve diferença significativa entre os períodos.

**Tabela 2:** Registro da ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para as variáveis , número de nascidos vivos com 7 ou mais consultas, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.

| Variável                      | Macrorregião |             |             |             | Total        |
|-------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|                               | Campo Grande | Corumbá     | Dourados    | Três Lagoas |              |
| <b>Nenhuma</b>                |              |             |             |             |              |
| Antes                         | 1,5 (323)    | 2,9 (69)    | 3,4 (456)   | 1,0 (37)    | 2,1 (885)    |
| Depois                        | 1,3 (285)    | 3,0 (71)    | 2,9 (388)   | 0,5 (19)    | 1,8 (763)    |
| Variação %                    | -11,76       | 2,90        | -14,91      | -48,65      | -13,79       |
| Valor de p                    | 0,097        | 0,816       | 0,035       | 0,016       | 0,002        |
| <b>De 1 a 6 consultas</b>     |              |             |             |             |              |
| Antes                         | 28,2 (6256)  | 56,2 (1353) | 39,0 (5250) | 29,1 (1131) | 33,4 (13990) |
| Depois                        | 33,6 (7539)  | 37,0 (869)  | 36,2 (4798) | 30,3 (1218) | 34,3 (14424) |
| Variação %                    | 20,51        | -35,77      | -8,61       | 7,69        | 3,10         |
| Valor de p                    | <0,001       | <0,001      | <0,001      | 0,271       | 0,005        |
| <b>Sete ou mais consultas</b> |              |             |             |             |              |
| Antes                         | 70,3 (15568) | 41,0 (987)  | 57,7 (7772) | 69,9 (2716) | 64,5 (27043) |
| Depois                        | 65,1 (14587) | 60,0 (1411) | 60,9 (8080) | 69,3 (2786) | 63,9 (26864) |
| Variação %                    | -6,30        | 42,96       | 3,96        | 2,58        | -0,66        |
| Valor de p                    | <0,001       | <0,001      | <0,001      | 0,529       | 0,058        |

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta) e do percentual de variação entre os momentos de análise. Valor de p no teste do qui-quadrado.

Quando analisada a associação entre a realização de 7 ou mais consultas e a ocorrência do parto vaginal, ambos indicadores preconizados na Matriz Diagnóstica da RC, não houve associação estatisticamente significativa. (Tabela 3).

**Tabela 3:** Ocorrência, por macrorregião do Mato Grosso do Sul, para a variável parto vaginal com 7 ou mais consultas, entre partos vaginais, antes e depois da implementação da Rede Cegonha.

| Parto vaginal com 7 ou mais consultas | Macrorregião   |            |             |             | Total           |
|---------------------------------------|----------------|------------|-------------|-------------|-----------------|
|                                       | Campo Grande   | Corumbá    | Dourados    | Três Lagoas |                 |
| Antes                                 | 55,5<br>(6128) | 33,4 (462) | 42,8 (3610) | 56,3 (917)  | 49,5<br>(11117) |
| Depois                                | 51,3<br>(5450) | 43,9 (485) | 44,3 (3168) | 54,2 (785)  | 48,7<br>(9888)  |
| Variação %                            | -11,06         | 4,98       | -12,24      | -14,39      | -11,06          |
| Valor de p                            | <0,001         | <0,001     | 0,061       | 0,254       | 0,099           |

## DISCUSSÃO

Os principais achados do estudo foram o aumento das taxas de parto cesáreo, a redução de gestantes que não realizaram nenhuma consulta pré-natal e aumento das que realizaram 1 a 6 consultas pré-natais.

Em relação aos tipos de parto, as taxas de parto cesáreo identificados nos períodos analisados foram superiores em relação aos dados nacionais, que registraram 52% no ano de 2014<sup>13</sup>. Há dados do Ministério da Saúde do ano de 2010 que demonstraram altos índices de partos cesáreos em diferentes regiões do país, sendo de 58,2% na região Sudeste, 58,1% no Sul, 57,4% no Centro-Oeste, 44,3% no Nordeste e 41,8% no Norte. Observa-se que no Centro-Oeste as taxas de parto cesáreo em 2010 foram semelhantes

aos resultados encontrados neste estudo no período anterior à implantação da RC no Estado, e inferiores às taxas do período posterior. Há evidências de que no País as taxas de parto cesáreo estão aumentando nos últimos anos, passando de 38% no ano 2000 para 52,3% em 2010.<sup>14</sup>

Estudos têm demonstrado elevadas taxas de parto cesáreo em outros estados, sendo 72,5% em Minas Gerais<sup>15</sup>, 69,8% no Rio Grande do Sul<sup>16</sup>, 88,1% no Rio de Janeiro<sup>16</sup> e 46% no Maranhão<sup>17</sup>. Observa-se que nas regiões mais desenvolvidas do país, as taxas de parto cesáreo são superiores, o que pode estar relacionado ao fato de que no sistema privado de saúde as taxas de parto cesáreo são superiores em relação às encontradas no sistema público de saúde<sup>13, 16,17</sup>.

As elevadas taxas de parto cesáreo no Brasil identificadas neste estudo e por vários pesquisadores são preocupantes, e estão muito acima dos 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde e dos 30% estabelecidos como limite pelo Ministério da Saúde<sup>18</sup>. Embora esse problema seja identificado em muitos países, as taxas de parto cesáreo no Brasil foram as maiores entre 137 países membros da ONU<sup>19</sup>.

Atualmente, estudos na área de obstetrícia propõem estratégias alternativas de atendimento às parturientes, utilizando métodos não invasivos, que visam resgatar a humanização da assistência e o conforto à parturiente<sup>13</sup>. Em todo o Brasil fica evidente o crescimento das cesarianas, realizadas muitas vezes arbitrariamente, o que pode acarretar em maiores riscos a saúde da mulher e do feto. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde buscarem estratégias que possam reduzir o número de partos cesáreos, além da conscientização dos profissionais obstetras, sendo necessária a aplicação de rigorosos critérios clínicos para a indicação da cirurgia cesariana, além de ações educativas voltadas especificamente para esses profissionais<sup>15</sup>.

Na atualidade, é possível inferir que as taxas de cesáreas variam de acordo com a localidade, os tipos de serviços de saúde, as características da população atendida e os

profissionais que prestam a assistência obstétrica. Todavia, outros fatores menos comentados colaboram para o incremento na realização desse procedimento: o temor materno da ansiedade e dor do trabalho de parto, a preocupação parental com o bem-estar fetal, a experiência negativa com partos anteriores, o fato de já ter sido submetida a uma cesárea sem complicações, a conveniência de um parto agendado para a equipe de saúde e a paciente, o medo de litígio pelos médicos e, especialmente, a percepção equivocada sobre os benefícios da Cesárea<sup>18</sup>.

Na escolha do tipo de parto devem ser respeitadas as indicações clínicas e considerar-se os riscos para a gestante e para a criança. Além disso, as análises das taxas de cesárea não estão descoladas do modelo assistencial em vigor, tampouco das características sociais e culturais de determinada sociedade <sup>19</sup>.

As mulheres poderiam optar pelo parto vaginal; no entanto, a falta de atenção humanizada e a indução levam, muitas vezes, as mulheres a optarem pelo parto cesariano. Além disso, o despreparo das mulheres para o parto vaginal interfere diretamente no sistema emocional da gestante ou parturiente, diminuindo a confiança dela na capacidade de ser protagonista do seu parto<sup>20</sup>. Uma das explicações apresentadas para o aumento da ocorrência de cesarianas em todo mundo tem sido o desejo das mulheres por esse tipo de parto. No entanto, autores salientam que essa preferência frequentemente oculta questões subjacentes, que determinam a sua decisão <sup>21</sup>.

No que se refere ao número de consultas de pré-natal, observamos que após a implantação da RC no estado, houve melhoria deste indicador, com redução do número de gestantes que não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal e respectivo aumento das gestantes com 1 a 6 consultas pré-natais. Esses resultados demonstram que a captação da gestante para o início do pré-natal está mais efetiva, entretanto, não repercutiu positivamente no aumento das taxas de parto vaginal.

O Brasil vem registrando o aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto, aumentando de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas em

2003, e atualmente o número estipulado pelo Ministério da Saúde (MS), é de 6 consultas por parto<sup>20</sup>. Embora os resultados demonstrem melhora na captação da gestante para o pré-natal após a implantação da RC, a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde ainda não foi alcançada, e estes números no Mato Grosso do Sul são inferiores aos identificados em outros locais do país. Estudo de coorte realizado em Pelotas-RS, de 1982-2004, evidenciou que o número médio de consultas pré-natal aumentou de 6,7 para 8,1 e a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre de gravidez diminuiu de 14,8% para 7%<sup>22</sup>, já a cobertura pré-natal no Recife para quatro ou mais consultas alcançou 88,3%<sup>23</sup>. Estudos similares mostram quem em Palmas – TO a média foi de 6,4 consultas<sup>24</sup>, Rio Grande – RS de 7,4 consultas, em Jundiá – SP de 7,9 consultas e Juiz de Fora – MG, apenas 27,6% dos pré-natais foram considerados adequados apresentando início ainda no primeiro trimestre de gestação e concluído com 6 ou mais consultas<sup>25</sup>. A cidade do Rio de Janeiro apresentou resultado superior ao apresentado nestes estudos, onde 82% das gestantes apresentaram início precoce do acompanhamento pré-natal até a 14<sup>o</sup> semana, onde 69% delas apresentaram 7 ou mais consultas de pré-natal, com apenas 9% apresentado apenas 3 consultas.<sup>26</sup>

Quanto ao acesso à atenção pré-natal, nos serviços de saúde, estudos apontam que a partir da implantação do programa SIS Pré-natal houve melhora significativa dos registros, mas ainda não atende a totalidade das mulheres das áreas de abrangência das unidades de atendimento. Lacunas e desigualdades na atenção pré-natal, parto e pós-parto persistem devido à inadequada interlocução entre os serviços de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. É necessário maior investimento na atenção básica, considerando-se imprescindível interferir, sobretudo, na forma como ocorre o relacionamento e o vínculo entre as UBS e UBSFs/USFs com os hospitais e serviços, para a prevenção e promoção da saúde materna e perinatal e implementação de estratégias para ampliar a captação precoce das gestantes e qualificar os registros dos profissionais de saúde no programa<sup>27</sup>.

Embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil<sup>18</sup>, ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo entre pré-natal e parto, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes, principalmente, quanto aos aspectos relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido<sup>20</sup>. O aumento da captação das gestantes com maior número de consultas de pré-natal só repercutirá em melhora dos indicadores de saúde materno-infantil se a qualidade do pré-natal for garantida nessas consultas. Observamos que na macrorregião de Corumbá houve aumento significativo do número de consultas pré-natal, onde 42,9% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas após a implementação da RC, entretanto, ainda assim, houve aumento significativo do número de cesáreas. O vínculo com a gestante, a consulta com informações de qualidade, esclarecimentos sobre os tipos de parto e orientações transmitidas pelos serviços de saúde durante o pré-natal podem influenciar o tipo de parto<sup>22</sup>.

A Rede Cegonha prevê, a qualificação de profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a criação de estruturas de assistência, que funcionarão em conjunto com a maternidade, como a Casa da Gestante e os Centros de Parto Normal. Embora tenham sido previstas, tais ações ainda não foram realizadas em todo o Estado. As ações para qualificação dos profissionais para atenção materno-infantil foram realizadas, entretanto, não repercutiram na melhoria do indicador tipo de parto. Há de se considerar que a RC é uma política pública de saúde complexa e recente, não permitindo uma série histórica de cesáreas que poderia permitir neste momento a visualização de resultados positivos sobre este indicador.

Alguns tipos de política podem ser mais ou menos difíceis de serem implementadas. No caso das ações voltadas à atenção às gestantes, no âmbito das políticas públicas de saúde, a atenção básica deve estar presente na vida das mulheres em idade gestacional,

visando uma melhor preparação para a gravidez. Nesse sentido, a informação é um forte aliado na obtenção de sucesso e ou fracasso na implementação dessas ações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados mostram que nos 13 meses analisados após a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul não foram observadas redução das taxas de cesárea, acompanhando a tendência de todo o país em relação a este indicador. Paralelamente, verificou-se que a captação das gestantes para o início da assistência pré-natal melhorou após a implantação da Rede Cegonha, uma vez que aquelas gestantes que não realizavam acompanhamento ao longo de sua gestação passaram a ser acompanhadas, evidenciando que a assistência pré-natal deste estado em relação à este indicador evoluiu, mas ainda está aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Reconhecendo os avanços vivenciados no estado de Mato Grosso do Sul em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos seus indicadores de saúde, há ainda um longo e difícil caminho a ser percorrido. O grande desafio que persiste é o de transformar as diretrizes e recomendações presentes em políticas públicas em práticas de atenção à saúde. Para tanto, é necessário a utilização das melhores evidências científicas nas práticas em saúde, atenção humanizada e de qualidade às gestantes. Cabe à gestão pública e aos profissionais dos serviços iniciativas que potencializem tais ações,, bem como potencializar a regulação e fiscalização dos serviços, reduzindo os excessos observados e garantindo os melhores resultados para as mulheres e seus bebês.

Em relação à gestante, é necessário um amplo conjunto de abordagens multiprofissionais para se atingir menores taxas de cesáreas. Os profissionais de saúde precisam intervir sobre as percepções equivocadas ou distorcidas das mulheres sobre o parto vaginal, e desenvolver estratégias que promovam e aumentem a confiança das gestantes sobre sua capacidade de dar à luz naturalmente, e sobre os benefícios deste tipo de parto. Nessa perspectiva, o número de consultas de pré-natal e a qualidade deste

acompanhamento é fundamental para melhores resultados na atenção à gestante e ao bebê.

## REFERÊNCIAS

1. Tedesco RP, Maia NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Ver.Bras. Ginecol. Obstetrícia*. 2004 Nov-Dez; 26 (10); 791-8.
2. Barbosa GP, G.P.; Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'orsi E et al. Parto cesáreo: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Caderno de Saúde Pública*. 2003; 19(6):1611-20.
3. Bailit, JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker?. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 191, n. 3, p. 800-803, 2004.
4. Cassiano ACM et. AL. Saúde materno infantil no /Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. [Revista do Serviço Público] Brasília-DF65 (2): 227-244 abr/jun 2014.
5. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS et al. O perfil obstétrico e neonatal de mulheres no pós-parto em maternidades de São Paulo DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945. [revista na internet] 2015 [acesso em 11 jan 2015] Disponível em: < file:///C:/Users/msfernandes/Downloads/3547-22661-1-PB.pdf >
6. Fleury S, Ouverney AM, Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha [portaria na internet] 2011 [Acesso em 17 dez 2014] Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2011/prt1459\_24\_06\_2011.html >
8. Cavalcanti PCS, Garibaldi-Junior DG, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha *Physis* vol.23 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. [periódico na internet] 2013 [Acesso em: 17 dez 2014] Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-73312013000400014 >
9. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.17, n.44, p.49-59, 2013.
10. Junior HMM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Revista Divulgação em Saúde para debate*. N. 52; P 15-37. Rio de Janeiro, 2014.
11. Pache DF, Vilela MEA, Di Giovanni M, Almeida PVB, Netto TDLF. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Revista Divulgação em Saúde para debate*. N. 52; P 58-71. Rio de Janeiro, 2014..
12. Queiroz MVO et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 6, p. 687-691, 2005.
13. Mafetonii RR, Shimoi AKK. Efeitos da acupressão na evolução do parto e taxa de cesárea: ensaio clínico randomizado. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 1, p. 1-9, 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

15. Chaves, RGR. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: via de parto predominante em outubro e novembro de 2013. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care, v. 5, n. 2, p. 195-201, 2014.
16. Dos Santos PC et al. Análise espacial dos aglomerados de nascimentos ocorridos em hospitais SUS e não SUS do município de São Paulo, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 1, 2014.
17. De Souza N, Kenya VM et al. Avaliação de impacto do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/Minas Gerais (Pro-Hosp). Revista do Serviço Público, v. 65, n. 1, p. 65-85, 2014.
18. Marcolin AC. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea?. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 7, p. 283-289, 2014.
19. Traldi MC, Galvão P, Da Fonseca MRCC. Avaliação do pré-natal de gestantes da região de Jundiaí-SP, Brasil: ÍNDICE DE KOTELCHUCK. Revista Saúde-UnG, v. 8, n. 1-2, p. 22-29, 2014.
20. Melo KDL et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Ver J.res.: Fundam.care.online2014 jul/set. . V. 6, n. 3, p. 1007-10020 [internet]. 2014 [Acesso em 12 dez 2014]. Disponível em: < a [file:///C:/Users/msfernandes/Downloads/3124-20128-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/msfernandes/Downloads/3124-20128-1-PB%20(1).pdf)>
21. Domingues RMSM et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Caderno de Saúde Pública, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.
22. Cesar JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Barros FC, Victora CG, et al. A utilização de serviços de saúde materno-infantil em três coortes de base populacional no Sul do Brasil, 1982-2004. Caderno de Saúde Publica. 2008;24(Suppl 3):s427-s36
23. De Araújo H, Zulmira M. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 467-74, 2011.
24. Silva MB, Monteiro PS. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. Comunicação, ciência e saúde, v. 21, n. 1, p. 21-30, 2010.
25. Vettore MV et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil Prenatal care and management of hypertension in pregnant women in the public healthcare system. Caderno de Saúde Pública, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.
26. Ferrari RAP et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 3, p. 354-359, 2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho envolveu um amplo estudo acerca dos indicadores proposto pela Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, que permitiu a identificação e análise desses números no presente estudo.

Referentes aos indicadores de mortalidade e morbidade, houve redução do percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, e um maior número de casos notificados de sífilis congênitas, apresentando uma redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

O aumento da cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família garantiu que o indicador de atenção fosse positivo, contudo os não houve melhoria das taxas de cesáreas, ocorrendo o aumento destas acompanhando a tendência de todo país em relação a este indicador. Paralelamente, verificou-se que a captação das gestantes para o início da assistência pré-natal melhorou após a implantação da Rede Cegonha, uma vez que aquelas gestantes que não realizavam acompanhamento ao longo de sua gestação passaram a ser acompanhadas, evidenciando que a assistência pré-natal deste estado em relação à este indicador evoluiu, mas ainda está aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Positivamente também foram os achados referentes aos indicadores de gestão e situação da capacidade instalada hospitalar.

É necessário um amplo conjunto de abordagens multiprofissionais para se atingir menores taxas de cesáreas. Os profissionais de saúde precisam intervir sobre as percepções equivocadas ou distorcidas das mulheres sobre o parto vaginal, e desenvolver estratégias que promovam e aumentem a confiança das gestantes sobre sua capacidade de dar à luz naturalmente, e sobre os benefícios deste tipo de parto. Nessa perspectiva, o número de consultas de pré-natal e a qualidade deste acompanhamento é fundamental para melhores resultados na atenção à gestante e ao bebê.

Cabe destacar que este é um estudo inovador, pois propõe a avaliação de uma política implantada recentemente, a Rede Cegonha,

A guisa de conclusão, considerando a Rede Cegonha, como uma política de saúde orientada ao pré-natal, parto, nascimento e acompanhamento da criança até os 2 anos de idade, considerando os números encontrados, tal política ainda necessita de maior envolvimento da equipes de saúde, mudanças de práticas assistenciais de saúde e facilidade do acesso e qualidade do atendimento.

Os resultados finais do estudo serão encaminhados à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), a título de conhecimento, para auxiliar no

entendimento e auxílio de novas estratégias ou manutenção das já existentes para a afetividade da Rede Cegonha.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**, In: **CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO**, 6., 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Elementos de Metodologia Epidemiológica**. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003. Cap.6, p. 149-177.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI-JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001. v. 1.

ANDRADE L. O. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In CAMPOS Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p.845-902.

ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática**. Caderno de Saúde Pública, v. 27, n.6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ANTIQUERA, V.M.A.; LANZA, R.A.C.; MANDÚ, E. N. T. **Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família**. Revista de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 278 - 2843, abri./jun. 2009.

ANTUNES, L. R. **Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde**. Revista de Saúde Coletiva, v. 5, n. 26, p. 238-41, 2008.

BARROSI, A. J. D; ALBERNAZII, E. **Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004**. Revista Saúde Pública, v. 45, n. 2, p. 334-42, 2011.

BRASIL Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 40p ,2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa-Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a política de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: MS; 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS (2009).

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências**. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no**

**âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha.** Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para a implantação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): 2011c.

\_\_\_\_\_. **Balanço da Rede Cegonha. 1ª reunião do Comitê de Mobilização Social da Rede Cegonha.** Brasília (DF): 2011d.

\_\_\_\_\_. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais.** Brasília: MS; 2011e. Vol. 1.

\_\_\_\_\_.Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** *Diário Oficial da União* 2011f; 22 out.

\_\_\_\_\_ Atenção Primária. *Notícia: Ministério da Saúde habilita novas equipes de saúde da Família.* Ministério da Saúde (2012)

\_\_\_\_\_.Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 29 jun.2011g. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 18 dez. 2014.

\_\_\_\_\_.Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **Além da sobrevivência: praticas de atenção ao parto, benéficas para a**

**nutrição e a saúde de mães e crianças/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – 1 ed. 1. Reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo das ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Mato Grosso do Sul – Caderno de Informações para a gestão estadual do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: Conass, 2011.**

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: Ipea, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 27 nov. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2013.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestaosas-2013.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde/ Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 2a Edição.** Brasília; 2002.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P.. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna.** Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia, v. 28, n. 5, p. 310-5, 2006.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O.M. C.; PROGIANTI, J. M. **Adaptando-se a nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade.** Revista Enfermagem. UERJ, v.18, n.1, p. 32-37, 2010.

CAMACHO, R. S, et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto.** Ver. Psiq. Clín. V.33, n.2, p. 92-102, 2006.

CAMPOS A. L. A.; ARAÚJO M. A. L. ; MELO S. P.; GONÇALVES M. L. C.; . **Epidemiologia da Sífilis Gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle.** Caderno de Saúde Pública. 2010; 26 (9):1747-1755.

CARRENO, I.; BONILHA, A.L. L.; COSTA, J. S. D. **Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007.** Revista. Brasileira de Epidemiologia., São Paulo, v. 15, n. 2, Junho2012.

CARVALHO, C. A. **O papel da ouvidoria do SUS.** Prêmio Cecília Donnangelo, p. 15, 2014.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R. S.. **Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

CAVALCANTI, M. L. T. **Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann.** Ciência e Saúde Coletiva, 14 (Supl 1): 1336-1345, 2009.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da rede cegonha.** Dissertação apresentada no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2010.

CHAVES, J. et al. **Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS.** Revista da AMRIGS, v. 58, n. 3, p. 187-192, 2014.

CHAVES, R. G. R.. **Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: Via de parto predominante em outubro e novembro de 2013.** JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care, v. 5, n. 2, p. 195-201, 2014.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito.** Rio de Janeiro: Cepia/Oxford, 2004.

COSTA, G. D. *et al.* **Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** Rev Bras Enferm, Brasília, 62 (1): 113-8 jan./fev. 2009.

COSTA, C. S. C.; VILA, V. da S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 15, n. 2, p. 516-522. [Internet]. 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. . Acesso em: 18 ago. 2013.

COSTA, N. R. **Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 207-225, abr./jun. 1988.

COSTA, C. S. C. *et al.* **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

DA GAMA AZEVEDO, V. N.; LIMA, F. A. S.. **Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita.** Revista Paraense de Medicina, v. 20, n. 1, p. 47, 2006.

DA SILVA, G F.; SILVA, M. J. R. S.; DA HORA SALES, M. L.. **Percepção das gestantes de uma unidade de saúde da família de Maceió- AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 9, n. 33, p. 317-322, 2014.

DA SILVA, L. C. F. P. *et al.* **Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente.** Revista Ambito Jurídico, v. 16, n. 93, p. 1-15, 2011.

DANTAS, A. **A efetividade do plano diretor de regionalização do SUS no Rio Grande do Norte.** Revista da ANPEGE, v. 9, n. 11, p. 21 a 26, 2014.

- DOBASHI, B. F. et al. **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado.**2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro.** Caderno de Saúde Pública, v. 28, n.3, p. 425-437, mar. 2012.
- DO NASCIMENTO, A. A. M. et al. **Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS.** Cogitare enferm, v. 14, n. 2, p. 346-52, 2009.
- DO NASCIMENTO, Á. O. B.; DIÓZ, M. **Caracterização de Mulheres Gestantes Assistidas na Rede Pública de Saúde de Cuiabá/MT.** UNICIÊNCIAS, v. 16, n. 1, 2014.
- DOS SANTOS NETO, E. T. et al. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.** Saúde Soc, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.
- EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. **Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.
- FAUNDES A, CECATTI JG. **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 7 (2): 150-173. Abr/jun, 1991.
- FERRARI, R. A. P. et al. **Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 3, p. 354-9, 2014.
- FERNANDES, R. Z. S.; DE GOUVEIA VILELA, M. F. **Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, 2014.
- FIORI R. M. Regionalização da Assistência Perinatal. In: Miranda LEV and Lopes JMA, eds. **Manual de Perinatologia.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1991.

FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FREITAS, G. L. de, et al. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 11, n. 2, p. 424-8. [Internet]. 2009. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. **Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 5, p. 778-86, 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D.; GOMES, A. M. T. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**. Physis (Rio J.), v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GIL, M. M.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. **Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 66, n. 3, p. 333-337, mai - jun. 2013.

GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MATUO, Y. K. **Mortalidade Materna na perspectiva familiar**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n. 1, p. 50-56, mar. 2006.

GOMES, P. C. et al. **Ações Educativas na Assistência ao Pré-Natal: Vivência em Grupo de Gestantes na Atenção Básica**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 18, p. 55-58, 2014.

GONÇALVES, C. G. de O.; SOARES, V. M. N.; BERBERIAN, A. P. **Unidade de saúde mãe curitibana: satisfação das usuárias**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 38, n. 2, p. 327-343, 2014.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGUI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um**

**município da Grande São Paulo.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 3, p. 349-353, mai - jun. 2008.

GONÇALVES, R. J. et al. **Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano.** Revista Brasileira Educação Médica v. 33, n. 3, p. 382-92, 2009.

GUANAIS, F. C.; MACINKO, J.. **Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil.** J Ambul Care Manage. 32 (2): 115-22, abr./jun. 2009.

HAMANNII, E. M. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família.** Rev Saúde Pública, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

JUNIOR, H. M. M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade.** Revista Divulgação e Saúde para debate. N. 52; P 15-37. Rio de Janeiro, 2014.

JOSEPH K. S.; LISTON R. M; DODDS L.; DAHLGREN L.; ALLEN A. C. **Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services.** CMAJ.2007;177:583-90.

JÚNIOR, K. F. **Programa Saúde da Família comentado.** Goiânia: AB, 2003.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LEITE, R. M. B.; ARAÚJO, T. V. B.; ALBUQUERQUE, R. M.; ANDRADE, A. R. S.; DUARTE NETO, P. J. **Fatores de risco para a mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 27, n.10, p. 1977-1985, out. 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M. de F. M.. **Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002.** J Epidemiol Community Health. 60 (1): 13-19, jan. 2006.

MAEDA, T. de C. et al. **Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal.** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 3, n. 2, 2014.

MANDÚ, E. N. T. **Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil século XX.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 10, n.3, p 358-371, mai./jun 2002.

MARINHO, A. C da N.; PAES, N. A. **Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis.** Revista Escola de Enfermagem USP, v.44, n.3, p. 732-738, set.2010.

MARTINELLI, K. G. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2014; V.36(2):p.56-64, 2014

MATO GROSSO DO SUL. Diário Oficial do Estado [homepage na Internet]. **Resolução Nº 49/SES/201.** [acesso em 30 abr 2013].Disponível <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=109646>

MATO GROSSO DO SUL. **Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família em Mato Grosso Do Sul – 1998 – 2013.** Secretaria Estadual de Saúde. Campo Grande, 2014.

MATO GROSSO DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 (revisado em 2013).** Secretaria Estadual de Saúde. Campo Grande, 2013.

MATO GROSSO DO SUL. **Indicadores do COAP pactuados na CIB 2014-2015.** Disponível em [http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id\\_comp=2692&id\\_reg=501&vltar=lista&site\\_reg=116&id\\_comp\\_orig=2692](http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=2692&id_reg=501&vltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=2692). Acesso em 09 Jan 2014.

MATTOS G. C. M.; LEITE I. C. G.; GRECO R. M. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios.** Ciência e Saúde Coletiva 2014; 19(2):373-382.

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

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à saúde.** 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALI, M. B.; EYER F. P. C. **Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?** Caderno de Saúde Pública, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M., **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Org.). **Saúde reprodutiva na esfera pública e política.** São Paulo: Unicamp, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo, SP. v. 2: 1994.

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma intervenção.1994.** 71 f. Dissertação (Mestrado ao Departamento de Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PATAH L. E. M.; MALIK A. M. **Modelo de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Revista de Saúde Pública. 45 (1): 185-94, 2011.

PASCHE, D. F., DE ALBUQUERQUE VILELA, M. E., DI GIOVANNI, M., ALMEIDA, P. V. B., & NETTO, T. D. L. F. **Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais.** Revista Divulgação e Saúde para debate. N. 52; P 58-71. Rio de Janeiro, 2014.

PEREIRA, S. S. S. **Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, Campo Grande, 2004

Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Saúde Coletiva. **Relatórios de Implantação e Avaliação - PACS**, Santos (SP), 2006.

QUEIROZ M. V. O.; SILVA, N. S. J.; JORGE M. S. B.; MOREIRA T. M. M. **Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará**. Revista Brasileira de Enfermagem. N.58(6):687-91, nov-dez, 2005.

RATTNER, D.; TRENCH, B.. **Humanizando nascimentos e partos**. Senac, 2005.

RESENDE, R. E. M. **A regulamentação da emenda constitucional 29: esperança ou decepção para o financiamento da saúde pública?**. Revista de Direito PGE-GO, v. 26, p. 59-81, 2012.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. Revista Latino-americana de enfermagem, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n.2, p. 477-486, 2007.

RONZANI T. M.; VAN STRALEN C. J. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Revista APS 2003; 6(2):99-107.

SANTOS NETO E. T.; ALVES K. C. G.; ZORZAL M, LIMA R. C. D. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Saúde Sociedade. 2008 Abr-Jun;17(2):107-19.

SANTOS, L. **O SUS e o Contrato Organizativo de Ação Pública**. *Conasems*, Brasília, v. 1, p. 24, 2013.

Secretaria do Estado da Saúde Piauí - SESAPI. **SUBPROJETO ESTADUAL/PI: Região de Saúde Entre Rios/Piauí**. Teresina (PI): SESAPI, 2012

SILVA, D. D. R. da. **Políticas públicas de atendimento à criança: desafio da ação articulada no Projeto Belém Criança (2001-2004)**. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SILVA, V. L. S. da et al. **Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 2, p. 265-274, 2012.

SOMBRIO S. N.; SIMÕES P.W.; MEDEIROS L.R.; SILVA F. R.; SILVA B. R.; ROSA M. I.; FARIAS B. F. **Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005**. *ACM Arq Catarin Med*. 2011; 40(3): 56-62.

SOUZA, D. C. et al. **Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo**. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 453-60, 2004.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. **Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (Supl. 1): 1325-1335, 2009.

SCHERER, M. D. dos A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S.. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n. 16, p 53-66, set 2004/ fev 2005.

TESSER, C. D. **Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic**. *Interface (Botucatu) online*, v. 10, n. 20, p.1-19. Botucatu, 2006. Disponível em: <[http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci\\_bstract](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832006000200004&script=sci_bstract)>. Acesso em: 08 jan 2014.

THEOPHILO, R. L.; ALVES, S. M. C. **O Cidadão e a Ouvidoria Geral do SUS: Análise das Demandas Protocoladas no Disque Saúde em 2011.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 7, n. 1, p. Pág. 41-54, 2013.

UGÁ, M. A. et al. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIDAL, S. A. Desafios, custos e consequências da morbimortalidade perinatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 9-10, jan./mar. 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008.** Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, n. supl. 1, p. s131-s143, 2010.

VICTORA C. G.; AQUINO E. M. L.; LEAL M.C.; MONTEIRO C. A.; BARROS F. C.; SZWARCOWALD C. L. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** Lancet 2011; 32:46.

VILASBÔAS A. L. Q.; TEIXEIRA C. F. **Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas.** Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília: MS; 2007.

WHO/UNICEF, **Relatório de Progresso 2013 sobre o Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada.** United Nations Plaza, New York, USA, 2013.

YAZLLE M. E. H. D.; ROCHA J. S. Y.; MENDES M. C.; PATTA M. C.; MARCOLIN A. C.; AZEVEDO G. D. **Incidências de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto.** Revista de Saúde Pública. 35 (2): 202-206, 2001.

WHO/UNICEF, Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. **A new approach by Who and Unicef.** Who/FRH/MSM/96.11 UNICEF/PZN/1996.

WHO. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.** Geneva: WHO, 2012.

WHO. **Global Health Observatory Data Repository**,  
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2015.

## **APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCOS DE DADOS**

**Título da Pesquisa:** intitulada “Impacto da Rede Cegonha sobre as Taxas de Cesárea e de Mortalidade Materna e Infantil (Neonatal e Pós-neonatal em Mato Grosso do Sul)”

**Nome da Pesquisadora:** Patrícia Marques Magalhães.

**Bases de dados a serem utilizadas:** SINASC, SINAN, SIM, SISPRENATALWEB, SI-PNI, CNES, RAG, CERA, DATASUS, disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, no endereço: [www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br).

Como pesquisadora supra qualificada comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) 12 de Setembro de 2013

Patrícia Marques Magalhães

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

---

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisadora **Patrícia Marques Magalhães**, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), está autorizada a acessar os bancos de dados desta Secretaria, exclusivamente para obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa intitulada “**Impacto da Rede Cegonha sobre as Taxas de Cesárea e de Mortalidade Materna e Infantil (Neonatal e Pós-neonatal em Mato Grosso do Sul)**”, que será apresentada como dissertação para o curso de mestrado mencionado anteriormente.

Campo Grande, 12 de Setembro de 2013.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Antonio Lastoria', is positioned above the printed name.

**Antonio Lastoria**  
Secretario de Estado de Saúde/MS