



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

VALTÂNIA LEITE BARROS

**REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
REDE CEGONHA NO ESTADO DO PIAUÍ**

TERESINA – PI

2018

VALTÂNIA LEITE BARROS

**REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO
DA REDE CEGONHA NO ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia Menezes Oliveira.

Colaboradora: Me. Íris Mary Meneses do Amaral.

TERESINA – PI

2018

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

Barros, Valtânia Leite.

B277r Redes de atenção a saúde : análise do processo de implantação da Rede Cegonha no Estado do Piauí / Valtânia Leite Barros. -- 2018.
85 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, 2018.

“Orientação : Profa. Dra. Rita de Cássia Meneses Oliveira.”

Bibliografia

1. Saúde da Mulher. 2. Mortalidade Materna. 3. Mortalidade Neonatal. 4. Mortalidade Infantil. 5. Rede Cegonha. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 618.79

Elaborado por Fabiola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

VALTÂNIA LEITE BARROS

**REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
REDE CEGONHA NO ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

DEFESA em: 14/11/2018.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dra. Rita de Cássia Oliveira Menezes
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Examinador Interno: Dr. Joaquim Vaz Parente
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Examinador Externo: Dra. Carmen Viana Ramos
Centro Universitário Uninovafapi

Nós não somos o que gostaríamos de ser.

Nós não somos o que ainda iremos ser.

Mas, graças a Deus,

Não somos mais quem nós éramos.

(Martin Luther King)

AGRADECIMENTOS

O processo de produção de uma dissertação não é possível sem as contribuições, o apoio, o afeto, o cuidado, enfim, das muitas pessoas com as quais dividimos nosso cotidiano de trabalho e de vida pessoal. Assim, mesmo na impossibilidade de nomear todos que mereciam este agradecimento e correndo o risco de ser traída pela memória, destacarei os que se fizeram mais presentes e que foram fundamentais para que chegasse esse momento de estar aqui agradecendo.

Agradeço a Deus pelas bênçãos e pela presença constante em minha vida, e por ter me presenteado com uma família maravilhosa.

À minha mãe, aos meus irmãos e ao meu querido e amado Pai (*in memoriam*) pelos valores, amor e exemplo de vida que nos proporcionou, considero, o meu maior mestre (meu Pai).

Ao meu amado esposo Gutemberg Ferreira Gomes, que sempre me apoia e colabora incansavelmente com os seus ensinamentos.

Aos meus queridos e amados filhos: Gabriel e Vitória, pelo carinho e compreensão pelas vezes que fiquei ausente de nosso convívio para cumprir os compromissos propostos pelo curso.

Aos formadores da UFPI e em especial a Profa. Dra. Lis Cardoso pela competência e habilidade com as quais coordena este mestrado, e porque sempre nos orientou e nos apoiou durante todo o percurso do nosso estudo.

Aos colegas do mestrado agradeço pela amizade, companheirismo e pelas contribuições.

À Universidade Federal do Piauí e à Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, por me proporcionar esta oportunidade de participar no mestrado, liberando-me do trabalho, também por ter autorizado por meio da Superintendência de Atenção à Saúde (SUPAT) o acesso ao acervo documental e aos bancos de dados alimentados pelas áreas técnicas que foram pertinentes para este estudo.

Aos meus amigos (as) da SESAPI: Eliandra Silva, Cristiane M. Fé, a Colaboradora Íris Amaral, Zenira Martins, Auzenir M. Fé, Ana Eulálio, Inácio, Veronesia. Vocês contribuíram muito em todos os momentos, ajudaram na reflexão acerca da definição do meu projeto de pesquisa, na coleta dos dados, na definição dos indicadores; enfim, agradeço à toda a equipe da SESAPI e das demais áreas, tais como DUCARA, na pessoa da Francisca, SUPAT, Márcia, Carol, Mônica, Valda.

A todos os colegas colaboradores da equipe da Diretoria de Planejamento/SESAPI, pelo apoio e compreensão com minhas ausências para concluir este estudo.

À Prof^a. Dra. Rita de Cássia Menezes, por compartilhar comigo suas experiências e pela sua leveza em me deixar livre nas minhas escolhas.

À Prof^a. Dra. Carmen Viana, pelas orientações pertinentes e maravilhosas que subsidiaram muito a condução do estudo.

Aos membros da Banca Examinadora, pela confiança, carinho e contribuição no aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Tito Lívio da C. Lopes, pela colaboração na análise estatística dos dados do meu estudo.

Muito obrigada!

RESUMO

A Rede Cegonha é uma rede temática instituída em 2011, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Muitos fatores foram considerados para sua instituição, dentre eles o fato dos indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda serem elevados. O objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de implantação da Rede Cegonha (RC) no Estado do Piauí. Como metodologia utilizada, tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva desenvolvido mediante a realização de pesquisa exploratória, bibliográfica e documental. Na análise descritiva, apresentaram-se os dados resumidos em média, mínimo, máximo, mediana e proporção, organizadas em tabelas. Na análise inferencial foram utilizados dois testes: o teste qui-quadrado, utilizado para verificar diferenças entre proporções, cuja hipótese nula é a igualdade das proporções; e o teste não paramétrico de Mann-Kendall, para testar a hipótese nula de não tendência. Os dados foram analisados por meio do *software* estatístico R versão x 64 3.5.0. Todos os testes foram aplicados considerando-se 0,05 como nível de significância, assim para p-valor < 0,05 rejeita-se a hipótese nula do teste em análise. Como resultados foram operacionalizadas 4 das 5 fases do Programa – Fase 1: todos os municípios do Estado aderiram à Rede Cegonha, incluindo as duas formas de adesão. Fase 2: o desenho regional foi construído a partir de uma lógica ascendente, participativa e coletiva de planejamento integrado; o Ministério da Saúde aprovou três planos regionais com programação de custeio para leitos. Fase 3: a contratualização se deu em parte das unidades de saúde das três regiões cujos planos foram aprovados pelo Ministério da Saúde. Fase 4: foram muitas as ações realizadas em cada um dos componentes, tanto por parte dos municípios como pelo Estado. Fase de Certificação: não foi realizada. Pelos resultados de alguns indicadores observa-se que houve aumento na proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal no Estado e redução da mortalidade infantil e materna. Como conclusão, constatou-se que a implantação da Rede Cegonha – RC – no Estado do Piauí foi operacionalizada a partir de quatro das cinco fases propostas, duas em sua totalidade e duas parcialmente. A RC se mostrou um arranjo organizativo com potência para melhorar a atenção à saúde das gestantes e recém-nascidos, tendo contribuído para redução da mortalidade materna e infantil no Estado e para a redução da fragmentação do sistema de saúde, constituindo-se numa estratégia indutora para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher. Mortalidades materna, neonatal e infantil. Rede Cegonha.

ABSTRACT

The Cegonha Network (Rede Cegonha) is a thematic network established in 2011 by the Ministry of Health, through Ordinance No. 1459, of June 24, 2011. Many factors were considered for its institution, among them the fact of maternal and infant mortality indicators in the Brazil are still high. The objective of this research was to analyze the implementation process of the Stork Network (Rede Cegonha) - RC in the State of Piauí. As a methodology, it was a quantitative approach of the descriptive type developed through exploratory, bibliographic and documentary research. In the descriptive analysis, the summarized data were presented in average, minimum, maximum, median and proportion, organized in tables. In the inferential analysis two tests were used: the chi-square test, used to verify differences between proportions, whose null hypothesis is the equality of proportions; and the non-parametric Mann-Kendall test to test the null hypothesis of non-trend. Data were analyzed using statistical software R version x 64 3.5.0. All tests were applied considering 0.05 as the significance level, so for $p\text{-value} < 0.05$, the null hypothesis of the test under analysis is rejected. As a result, 4 of the 5 phases of the Program - Phase 1: Program were implemented: all municipalities in the state joined the Stork Network, including the two forms of membership; Phase 2: the regional design was built from an upward, participatory and collective integrated planning logic, the Ministry of Health approved three regional plans with costing schedule for beds; Phase 3: contracting took place in part of the health units of the three regions whose plans were approved by the Ministry of Health; Phase 4: many actions were taken in each of the components, both by the municipalities and by the state. Certification Phase: not performed. The results of some indicators show that there was an increase in the proportion of pregnant women with 7 or more prenatal consultations in the state and a reduction in infant and maternal mortality. In conclusion, it was found that the Stork Network in the state of Piauí was operationalized from four of the five phases proposed, two in their totality and two partially. The RC was an organizational arrangement with the potential to improve the health care of pregnant women and newborns, contributing to the reduction of maternal and infant mortality in the state and to the reduction of the fragmentation of the health system, constituting an inductive strategy for the consolidation of Health Unic System.

KEY-WORDS: Women's health. Maternal, neonatal and child mortality. Stork net.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Territórios de Desenvolvimento (TD).....	40
Figura 2 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Piauí.....	40
Figura 3 – Diagrama sobre a relação de fontes de informações complementares.....	44
Figura 4 – % de gestantes por número de consultas pré-natais, anos 2011 e 2017.....	61
Figura 5 – Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos por região de saúde 2010 a 2017)	63
Figura 6 – Série histórica da taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos no Estado do Piauí, nos anos de 2010 a 2017.....	64
Figura 7 – Taxa de mortalidade neonatal por 1000 NV por região, nos anos de 2010 a 2017 .	65
Figura 8 – Matriz SWOT/FOFA	66

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Regiões de Saúde e municípios do Estado do Piauí, que adeririam ao programa da Rede Cegonha por modalidade de adesão, e municípios que elaboraram o diagnóstico regional no período de 2011 a 2017 48
- Tabela 2** – Indicadores da matriz diagnóstica loco-regionais utilizados na análise da situação de saúde da mulher e da criança constantes no diagnóstico estadual do Piauí 49
- Tabela 3** – Regiões de saúde do Estado do Piauí que elaboraram e aprovaram o Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Cegonha e os que elaboraram mas não aprovaram – 2012 a 2017 51
- Tabela 4** – Número de hospitais/maternidades das regiões de saúde com Plano de Ação contemplado com recurso financeiro do Ministério da Saúde que firmaram contrato de prestação de serviços 55
- Tabela 5** – Série histórica do percentual (%) de gestantes que fez consultas de pré-natal 7 ou mais vezes. Piauí, 2010 a 2017 61

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Total do financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região Entre Rios 52
- Quadro 2** – Total do financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região Planície Litorânea..... 53
- Quadro 3** – Total de financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região vale dos Rios Piauí e Itaueira 53
- Quadro 4** – Relação das atividades realizadas pelo Programa Rede Cegonha no Estado do Piauí nos anos de 2011 a 2017 por componente da RC..... 57
- Quadro 5** – Potencialidades e Fragilidades na Implantação da Rede Cegonha no PI com Aplicação do Método SWOT 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC – Acolhimento com Classificação de Risco
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CGBP – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CPN – Centro de Parto Normal
DRSAI – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DUP – Diretoria de Unidade de Planejamento
GCERC – Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha
GCMRC – Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LACEN – Laboratório Central
MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAR – Planos de Ação Regional
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
POA – Plano Operativo Anual
PPI – Programação Pactuada Integrada
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RC – Rede Cegonha

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RMM – Razão de Mortalidade Materna
SAMU – Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria Estadual da Saúde
SESAPI – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUPAT – Superintendência de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TD – Territórios de Desenvolvimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCI – Unidade de Cuidado Intermediário
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no Brasil: processo histórico.....	21
3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)	27
3.2.1 Conceitos e Determinantes	27
3.3 Rede Cegonha (RC)	32
3.3.1 Objetivos Diretrizes e Fases de Operacionalização da Rede Cegonha.....	32
3.3.2 Implantação e Monitoramento da Rede Cegonha.....	38
3.3.3 Redes e Regiões de Saúde no Piauí	38
3.4 Modelo de atenção à saúde no Piauí	40
3.4.1 Perfil Demográfico e Socioeconômico do Piauí.....	40
4 METODOLOGIA.....	43
4.1 Delineamento do Estudo	43
4.2 Local e Período do Estudo	43
4.3 Instrumento para Coleta de Dados	44
4.4 Operacionalização do Estudo	44
4.5 Análise Estatística.....	45
4.6 Aspectos Éticos e Legais.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1 Operacionalização das fases da Rede Cegonha	47
5.1.1 Fase 1 – Adesão e Diagnóstico.....	47
5.1.2 Fase 2 – Desenho Regional da Rede Cegonha	50
5.1.3 Fase 3 – Contratualização.....	54
5.1.4 Fase 4 – Qualificação	56
5.1.5 Resultado de indicadores de atenção e mortalidade para avaliação do impacto das da fase de qualificação.....	60
5.1.6 Fase 5 – Certificação	65
5.2 Potencialidades e Fragilidades na Implantação da Rede Cegonha.....	66

6 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE	79
ANEXOS.....	82

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população (MENDES, 2012)

As principais características das RAS são a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centralidade nas necessidades em saúde de uma população; centro de comunicação na atenção primária à saúde; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (SILVA, 2011).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as Redes Temáticas. A Rede Cegonha é uma rede temática que foi instituída em 2011, como uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459 (BRASILg, 2011). Muitos fatores foram considerados para sua instituição, dentre eles o fato dos indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil no Brasil ainda serem elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos e o compromisso internacional assumido pelo Brasil como parte do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) é a redução em três quartos da Razão de Mortalidade Materna até 2015, tendo como referência o nível estimado para 1990, o que representa valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (SANTOS, 2013).

As Redes de Atenção à Saúde são descritas como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência (ARRUDA et al 2015).

Eugênio Vilaça Mendes (2010) as caracteriza como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, com responsabilidades

sanitárias e econômicas a população adstrita e gerando valor para essa população. (MENDES, pág. 4, 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê entre seus objetivos a assistência à saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (SANTOS, 2009). São muitos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, porém, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (BRASILk, 2010).

A complexidade do processo de constituição de um sistema de saúde unificado e integrado se expressa, principalmente, pela diversidade de contextos regionais presentes no país e às distintas necessidades de saúde da população entre as regiões. Soma-se a isso o desafio de lidar com a inter-relação entre acesso, escala, qualidade, custo, efetividade e o elevado peso da oferta privada, com seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde (SILVA, 2009).

As Redes de Atenção à Saúde (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 (BRASILk, 2010).

A RC consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis tem por objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, colaborando, assim, para a redução da mortalidade materna e mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal (BRASILg, 2011).

Embora a Rede Cegonha seja uma proposta do governo federal, é de competência dos Estados e municípios sua execução, apresentando-se como uma possibilidade para se avançar e melhorar a atenção integral à saúde da população em foco, especificamente nas questões relacionadas aos aspectos éticos e legais, em relação à prescrição de métodos anticoncepcionais e ao desenvolvimento de ações educativas que motivem o vínculo dessa população às unidades de saúde e o direito ao parto humanizado (BRASILg, 2011).

Os elevados índices de mortalidade materna representam problema relevante para o Brasil, em especial para o Piauí, por apresentar razão de mortalidade materna bem acima dos parâmetros considerados desejáveis pelas Nações Unidas. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil, em 2016, conforme relatório do SIM/DATASUS foi de 64,4/100.000 NV, bem acima, portanto da meta da ONU que é 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Na região nordeste, no mesmo ano, foi de 78/100.000 NV. Quanto às causas, predominam as obstétricas diretas com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas e aborto clandestino que lideram o ranking dos principais motivos das mortes (BRASIL, 2016).

O Piauí, no mesmo período (2016), apresentou uma RMM de 95,8//100.000 NV, sendo as principais causas de morte materna: eclâmpsia, hipertensão, hemorragias e infecções puerperais (SIM 2016), classificadas como obstétricas diretas, representando 75% do total de óbitos maternos ocorridos, as quais são consideradas evitáveis com melhor assistência pré-natal e adequada atenção ao parto e puerpério (BRASIL, 2016).

Com vistas à redução da mortalidade materna, a Cúpula do Milênio da ONU, em 2000, estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo o objetivo quinto: melhorar a saúde das gestantes e tendo como meta reduzir a mortalidade materna em 75%, de 1990 a 2015, portanto, 5,5% ao ano (MORSE et al., 2011).

Para o Brasil, em 2015, seria uma razão igual ou menor que 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (ESCALANTE; VIOLA; ALVES, 2010), entretanto, em 2015, o Brasil apresentou uma RMM de 65,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, não cumprindo a meta estabelecida (NICHOLAS e col., 2015).

O governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), para atingir o quinto objetivo, o adotou medidas importantes, como o lançamento em 2004, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal, estabelecendo compromissos para efetivação dos direitos reprodutivos (BRASILf, 2006a) e em 2011, a estratégia Rede Cegonha (BRASILg, 2011).

O ano de 2015 marca o fim da iniciativa aos ODM e início dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma iniciativa global que sucederá os ODM e convocam o mundo para um esforço de eliminação da morte materna evitável entre os anos 2016 e 2030. O terceiro ODS tem como meta reduzir a RMM global para menos de 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015). A Rede Cegonha continua sendo uma estratégia importante para o alcance dessa meta no Brasil.

A adesão à RC no Estado do Piauí se deu por meio da resolução CIB nº 105 (PIAÚÍc, 2011), que aprovou os critérios de priorização das regiões de saúde do PI, para

realização do diagnóstico e elaboração dos Planos de Ação Regional da RC. Esta mesma resolução também aprovou a criação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, conforme publicado na portaria SESAPI/GAB nº 006-B de 10 de novembro de 2011 (PIAUÍ, 2011).

O Governo Estadual do Piauí aderiu a esse programa por intermédio da Secretaria Estadual da Saúde – SES e se comprometeu através daquele ato a implementar as ações da RC de forma gradativa em todo o Estado respeitando os critérios epidemiológicos tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional, bem como realizar as ações em parceria com as gestões federal e municipais definindo as responsabilidades de cada ente nos Planos de Ação municipal, regional e estadual.

Os objetivos da Rede Cegonha são muito relevantes haja vista que pretende por meio de um novo modelo de atenção e de organização da rede de atenção à saúde reduzir a mortalidade materna e mortalidade infantil no Estado. Para atingi-los, essa estratégia tem que ser muito bem planejada e executada considerando as prerrogativas da portaria que a instituiu suas diretrizes, realização das ações de todos os componentes e o cumprimento, em sua operacionalização, de todas as cinco fases constantes em sua normativa.

Percebe-se, por essas prerrogativas, que a implantação da Rede Cegonha é um processo de gestão complexo que exige o conhecimento da realidade a partir de um conjunto de indicadores, a execução de novas ações e serviços, um processo de governança tripartite, a criação de espaços coletivos que agregue gestores, trabalhadores e usuários e, especialmente, um monitoramento e avaliação de todo o processo e resultado obtido tendo como foco a redução da mortalidade materna e mortalidade infantil.

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político, ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (BRASILd, 2007).

Acreditando que a estratégia Rede Cegonha supre parte dessas deficiências, tendo grande relevância na organização das ações assistenciais materna e infantil e por ser servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), no exercício da função de gerente de planejamento, despertou-me o interesse em analisar o processo de implantação da Rede Cegonha no Estado do Piauí por compreender que esta estratégia se constitui num processo de planejamento estruturado cujo conhecimento do resultado de sua implantação poderá contribuir para a avaliação da eficácia e efetividade dos processos de trabalho disseminados bem como das estratégias preconizadas e previstas para o funcionamento dessa Rede no Estado vendo se está contribuindo para a organização das ações e serviços em Rede de Atenção à Saúde e mais

especificamente na rede de atenção obstétrica e neonatal que resultem conseqüentemente na ampliação do acesso aos serviços e na melhoria da assistência à mulher, gestante e ao recém-nascido

O objetivo deste estudo foi de analisar o processo de implantação de uma Rede de Atenção à Saúde, no caso específico a Rede Cegonha, quando nos propomos a analisar se a implantação das ações previstas para cada uma de suas fases de operacionalização foram cumpridas e se as ações e serviços realizados contribuíram para a organização da Rede de Atenção Materna e Infantil no Estado do Piauí assim como analisar os resultados a partir do conhecimento do impacto das ações da Rede Cegonha na assistência obstétrica e neonatal a partir de indicadores de atenção e de mortalidade.

Desse modo, este estudo tem como perguntas de pesquisa: As fases da implantação foram cumpridas? As ações da Rede Cegonha contribuíram para a melhoria da assistência obstétrica e neonatal?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de implantação da Rede Cegonha – RC a partir da implementação das fases de operacionalização e dos indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil.

2.2 Objetivos Específicos

1) Descrever as fases de operacionalização da implantação da Rede Cegonha; 2) Identificar e caracterizar o processo de adesão à Rede Cegonha pelas Regiões de Saúde; 3) Verificar o cumprimento do desenho programado nos Planos de Ação das regiões de saúde que receberam recursos financeiros da União; 4) Conhecer o impacto das ações da Rede Cegonha na assistência obstétrica e neonatal a partir de indicadores de atenção e de mortalidade materna e mortalidade infantil antes e subsequente à implantação da Rede Cegonha no Estado do Piauí.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no Brasil: processo histórico

Tradicionalmente, em vários países, os serviços de saúde foram sendo organizados em torno da atenção às doenças. No Brasil, o sistema de saúde se estruturou de forma fragmentada com a expansão da assistência médica, no início da década de sessenta, através da previdência social. Consolidou-se um padrão de assistência à saúde essencialmente hospitalar e curativa, ou seja, voltado para os eventos agudos das enfermidades, havendo uma articulação do Estado com os interesses do capital internacional por meio da expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares. A demanda pela assistência médica era imperativa, exigindo maior dedicação à sua organização (MATTOS, 2006).

A fragmentação da política de saúde, implantada durante o regime militar até meados da década de 80, caracterizou-se por uma centralização na esfera federal, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), das ações e serviços de assistência médica de base hospitalar dissociados das ações de promoção e prevenção da saúde, que eram responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais (SANTOS, 2008).

Nesse período, a estrutura de prestação de serviços à saúde era constituída pelos segmentos: a) previdenciário, que envolvia os estabelecimentos próprios do INAMPS e contratados no setor privado; b) médico sanitário, vinculado ao Ministério da Saúde, que mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para ações específicas como combate ao câncer e atendimento psiquiátrico e a rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que atendia, com ações de saneamento básico e assistência médica, as regiões mais distantes e pobres; c) o segmento dos hospitais universitários, vinculado ao Ministério da Educação; d) o segmento das forças armadas e do funcionalismo público, com uma rede própria de hospitais e ambulatórios; e) o segmento estadual e municipal da atenção médico-hospitalar e de saúde pública, composto por centros de saúde e unidades de emergência nos locais de maior porte e condição econômica; f) o privado autônomo, voltado inicialmente para a população de alto poder aquisitivo e posteriormente, a assistência médica suplementar (SILVA, 2012).

Entre as principais causas da fragmentação dos serviços de saúde de uma região, a OPAS (2010) refere: a segmentação institucional do sistema de saúde; descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; predomínio de programas focados nas doenças, riscos e problemas específicos (programas verticais) que não estariam integrados ao

sistema de saúde; modelo de atenção centrado na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; problemas da quantidade, qualidade e distribuição de recursos; práticas de financiamento de alguns organismos de cooperação/doadores internacionais que promovem os programas verticais e fragmentados.

Deve-se ressaltar que a preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e na fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas com o propósito de disponibilizar serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar as ações curativas com as preventivas desde a década de 1920, na Inglaterra (SILVA, 2011).

Observa-se uma diversidade na intensidade da fragmentação nos diferentes países. Em 2008 a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) destacava como causas determinantes desse processo as seguintes: a segmentação do sistema de saúde; a fragmentação dos níveis de atenção em decorrência do processo de descentralização; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; a insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (SILVA, 2011).

Na América Latina, de acordo com Conill e Fausto (2007) *apud* Silva (2011), a segmentação e a fragmentação têm como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado. Destacam que em muitos países do continente latino americano são fatores importantes a focalização da Atenção Primária à Saúde (APS), restrita à população de baixa renda e constituída de um pacote básico de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade.

De acordo com Mendes (2011), as propostas mais recentes de integração em redes têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos – país que tem como característica, na primeira metade dos anos 1990, dispor de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado. Essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal. No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, Estados, Municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O processo de amadurecimento obtido com a implantação e implementação do sistema em cenários sociais diversificados, com distintos graus de organização administrativa, política, econômica, social e cultural, possibilitou avanços, bem como desafios e problemas que, apesar das conquistas alcançadas, ainda persistem e desafiam os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Somente no final da década de 1980, com a luta pela unificação do sistema de saúde e criação formal do SUS é que se propõe um modelo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública (LAVRAS, 2011). Em 1990, preconizava-se nos instrumentos legais a proposta de organização da prestação de serviços de saúde na perspectiva de Redes Hierarquizadas e Regionalizadas de Saúde (OUVERNEY, 2008).

Desde a implantação do SUS, vários progressos têm sido alcançados, trazendo um conceito de saúde ampliado, relacionado às condições de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Nesta perspectiva, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença e ampliam-se para a prevenção, o melhoramento das condições de vida e a atenção integral à saúde (PINHEIRO; FERLA; MATTOS, 2006).

Uma das conquistas alcançadas, no que diz respeito ao direito à saúde e autonomia das mulheres, é o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), primeiro programa a incorporar o conceito de integralidade (BITTENCOURT, 2013). De acordo com Costa (2012), as mulheres são incluídas nesta política como sujeitos de direito, seja na esfera reprodutiva, seja no seu bem-estar ou mesmo na sua participação na sociedade, cujas demandas de saúde ampliam a concepção e as práticas do serviço que se relacionam com as identidades sociais e culturais.

Com base nas estratégias do PAISM, dando prioridade pelo Governo à saúde da mulher, o Ministério da Saúde lança em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Um importante avanço desta Política é o reconhecimento da diversidade do universo feminino e sua proposta de atender as necessidades de saúde das mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, com deficiência, idosas, adolescente e mulheres em situação carcerária (BITTENCOURT, 2013).

No contexto mundial, grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países na década de 1980. Tais reformas caracterizam-se pela expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos. Nessa década, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Nesse contexto a integralidade surge como um diferencial em meio às ideias neoliberais que pregavam um Estado “enxuto” em quase todo o mundo capitalista. No Brasil, fortaleceu-se a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (MENDES, 2011).

É importante referir que a consolidação do SUS, além de estabelecer a universalização do acesso à equidade, à integralidade e ao controle social como diretrizes organizativas, preconizava a descentralização e a regionalização, todas consagrados na Constituição Federal de 1988. A ampliação do acesso aos serviços, a inovação na gestão e o aumento da participação da população favoreceram o processo de descentralização com ênfase na municipalização.

Porém, apesar da importância, considerada a primeira descrição completa de uma rede regionalizada de saúde, sofre resistências por parte dos médicos por contrariar sua autonomia, uma vez que a proposta limita as suas atividades aos procedimentos recomendados pelos sistemas de saúde. Ao contrário, o modelo flexneriano estimula a autonomia, a individualidade e a relação absoluta e direta entre o médico e sua clientela, sem intermediação do governo (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No contexto mundial, grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países na década de 1980. Tais reformas caracterizam-se pela expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos. Nessa década, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Inojosa (2008) considera que o modo de produção anteriormente ditado pelos princípios do taylorismo e fordismo demandavam ser substituídos por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados. Franco (2006) salienta que esse discurso converge para a perspectiva de que o cuidado envolve, especialmente, os aspectos relacionais, construídos no contato e às vezes confronto, entre os trabalhadores e usuários da rede e dos serviços de saúde, no ato de lidar com as necessidades, compreender e produzir significados sobre suas naturezas e do processo de mútua implicação com a relação e com os encontros que se estabelecem nesse espaço.

Estes princípios almejados vêm se produzindo em torno da concepção composta por linhas de cuidado, entendidas como fluxos seguros a todos os serviços que venham a atender as necessidades dos usuários, ou seja, conjunto de saberes, utilização de tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas dos

ciclos de vida ou de outros critérios médico-sanitários, a serem ofertados oportunamente, de forma articulada e contínua pela rede de saúde nos diversos pontos de atenção.

Desse modo, a realidade brasileira aponta para a necessidade de uma reestruturação da atenção à saúde, enfatizando o avanço das políticas de saúde da mulher e da criança, visando implementar estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção materno-infantil nos itens pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

No Brasil, em 1990, a RMM foi de 140 óbitos por 100.000 NV, enquanto que no ano 2000 declinou para 84,5 óbitos por 100.000 NV. Embora a RMM tenha sofrido uma redução de 55,5 óbitos por 100.000 NV neste período, mesmo assim o número de mortes maternas permanece elevado. A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs em setembro de 2000 oito objetivos denominados Objetivos do Milênio, onde uma das metas determinadas foi melhorar a saúde das gestantes (Relatório ODM, 2010).

Apesar do pré-natal estar presente no topo de todas as ações relacionadas à assistência da mulher, alguns problemas ainda ficaram pendentes, como o acesso ao serviço médico em algumas regiões do país, a qualidade da atenção, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção, a elevada taxa de mortalidade materna e altos índices de esterilização. Mesmo com a redução da taxa de mortalidade materna de 68,9 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos em 1980 para 45 óbitos em 1996, o Brasil ainda permanecia com índices altíssimos de mortalidade materna quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que, nesses países, ocorriam menos de 10 mortes para cada 100.000 nascidos vivos (CASSIANO et al, 2014).

Até a década de 1980 os programas de saúde voltados para as mulheres enfatizavam o ciclo gravídico-puerpural, tendendo a biologizar o corpo e a saúde. Desse período em diante, os debates e compromissos internacionais firmados pelo Estado no sentido da afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, a atuação dos movimentos sanitaristas e feministas em favor da ampliação da perspectiva de saúde e a inclusão de ativistas na formulação de políticas públicas impulsionaram mudanças na concepção das políticas de saúde que abordassem de forma integral a saúde da mulher (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Novos debates em torno dos paradigmas de abordagem de políticas de saúde para as mulheres são realizados nos anos 2000. Segundo Oliveira e Artmann (2009), por um lado os desafios de implementação de políticas de integralidade em saúde fazem com que as políticas públicas para as mulheres oscilem entre a integralidade e o foco materno-infantil. Por outro, a mudança de atores, organizações e instituições em disputa na formulação da agenda

das políticas de saúde implica e, em parte, explica os focos diferenciados das políticas desenhadas.

Uma Rede de Atenção à Saúde direcionada aos segmentos materno-infantil de forma mais sistemática no SUS foi proposta como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos resultados indicadores neste segmento populacional, estabelecendo diretrizes para sua organização, visando solucionar, estrategicamente, a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, aspirando proporcionar ao usuário um serviço de qualidade com eficiência e efetividade (SILVA, 2009).

Fernandes e Vilela (2014) chamam a atenção para alterações dos perfis epidemiológicos populacionais e mudanças significativas nos perfis de morbimortalidade da população mundial. No Brasil, este cenário também chama atenção as melhorias ocorridas no campo da saúde materno infantil, com diminuições nas últimas décadas, particularmente no seu componente pós-neonatal, de maior significância, quando comparado ao componente neonatal.

Quanto à razão de mortalidade materna, em 1990 eram 143,0/100.000 nascidos vivos caindo para 66,0 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos em 2012. Neste sentido, o cuidado materno-infantil vem exercendo grande protagonismo, com nítidas melhorias dos condicionantes que interferem diretamente na saúde dessa população. Pela história da saúde materno-infantil e da própria história da saúde pública no Brasil, observa-se que foram múltiplas as ações desenvolvidas com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde dessa população, mesmo antes da criação do SUS. Entretanto, com a organização do sistema de saúde e as estratégias de mudanças no modelo de atenção à saúde, voltados à prevenção e promoção da saúde, este impacto é sentido com maior intensidade (FERNANDES; VILELA, 2014).

Objetivando vencer esses desafios e cada vez mais melhorar o atendimento à gestante e à criança, priorizando a atenção continuada à saúde, é que o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde-materno infantil (CASSIANO et al., 2014).

Os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira contribuíram para a construção de novas políticas públicas. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno-infantil.

A Rede Cegonha (RC) foi proposta na busca por um novo padrão capaz de realizar mudanças no modelo de atenção obstétrica, garantindo assim um atendimento humanizado e seguro às gestantes, tornando-as protagonistas do processo de gestação e parto.

3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

3.2.1 Conceitos e determinantes

No entender de Castells (2002), a concepção de “rede”, independente da qualificação que a acompanhe, tem crescentemente sido adotada quando se pensa o planejamento e a gestão de um sistema, política pública ou questão social complexa. Em seu conceito genérico, constituem novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação, baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Desenvolvida em campos epistêmicos diversos, as redes poderão se articular com a perspectiva de emaranhado ou fluxo, de hierarquia ou poliarquia, dependendo da população, logística e modelos de atenção adotados pela gestão (SILVA, 2011).

A construção de Redes de Atenção à Saúde foi proposta pela primeira vez, com a missão de buscar formas de organizar serviços de saúde para toda a população de uma dada região, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa, pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial (SILVA, 2011).

Contudo, a noção de redes de atenção é considerada proposta recente, já que foram inicialmente conhecidas na implementação de sistemas integrados de saúde, na primeira metade dos anos 1990, nos Estados Unidos. No Brasil, a medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, associando-se em um primeiro momento à medicina preventiva, durante o regime militar, que posteriormente seria chamado de movimento sanitário. As discussões da integralidade da atenção no Brasil surgem como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária nos anos 1970 em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2011).

De acordo com Di Giovanni (2013), as redes devem ser voltadas para as necessidades de cada espaço singular de forma regional, devendo se organizar por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos e serem construídas por meio de planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos. Essa noção surge como alternativa para melhorar um cenário no qual há o predomínio de um sistema fragmentado, de alto custo, pouca análise de prioridades e planejamento de ações.

Silva e Magalhães Junior (2013) idealizam o conceito de rede como

[...] uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, pág. 81, 2013).

Entretanto, antes da formação de redes é necessário que haja a organização do território geograficamente em regiões de saúde planejadas. Assim, entende-se regiões de saúde como

[...] espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASILa, pág. 01, 2011).

Embora seu conceito venha sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS, a implementação das RAS no país é recente. Apesar da nova configuração do sistema de saúde, proposta na constituição Federal de 1988, somente em 2010 estabelecem-se diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS. Nesse documento, são conceituadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASILk, pág. 04, 2010).

Para Kuschnir e Chorny (2010), a proposta de organização de redes de atenção à saúde tem sido incluída no campo do cuidado integrado, assumindo distintos significados e diferentes formas de utilização por diversos atores, além de agrupar uma série de intervenções que variam em seus objetivos e propósitos, tendo em comum a busca de mecanismos de integração do cuidado.

De acordo com Santos e Andrade (2008), “as redes são sinônimo de integração; sem integração não há rede” (SANTOS; ANDRADE, pág. 38, 2008). Eles referendam que a integração dos serviços em redes, sejam elas organizadas por especialidade, por nível de atenção, ciclo de vida ou outros critérios, deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, além de produzir economia, expansão dos serviços e melhoria do acesso, evitando duplicidade e repetição desnecessária de exames e procedimentos.

Diante da diversidade de contextos, Kuschnir e Chorny (2010) citam que não seria possível descrever um modelo organizacional único para as redes, nos quais vários esquemas seriam possíveis, sendo fundamental que, quaisquer que sejam os mecanismos ou instrumentos utilizados, devem ser respaldados por uma política de Estado que impulse as redes como estratégia para o alcance de serviços mais acessíveis e integrais. Deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou

as populações.

Após a Pactuação Tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança de até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 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; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Todas as redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde.

Nas políticas públicas, dentre estas as de saúde, as redes têm sido propostas para administrar o entrelaçamento entre recursos e problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e participação cidadã, ou seja, onde existem as relações em questão de resolubilidade e qualidade da eficácia (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

No conceito do Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde extrapolam a limitação da pirâmide hierárquica e se configuram a partir de territórios. Neste sentido, agrega a definição de Silva e Magalhães Junior (2008), que descrevem rede de atenção à saúde como uma malha que faz interconexão e integração entre os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008), organizando-os para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

As redes devem ser construídas a partir de uma relação dialética entre os princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços. O desenho das redes de atenção à saúde deve ser flexível e considerar a demanda existente, tendo em vista as heterogeneidades municipais e regionais no que se refere à capacidade instalada de serviços, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde. É necessário o estabelecimento de territórios sanitários, áreas geográficas que comportam uma população com necessidades e características epidemiológicas e sociais próprias, assim como recursos de saúde necessários para atendê-la.

Mendes (2011) advoga que as redes de atenção em saúde apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiam seus recursos e são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica. Dessa forma, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e

terciário, convocando para uma atenção integral sob coordenação da Atenção Primária.

Ao mencionar o aspecto organizativo das redes, Oliveira e Artmann (2009) ressaltam a hierarquização de serviços, representada por uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade para resolver problemas clínicos e de saúde pública, apoiada por uma variada rede de serviços especializados. A hierarquização é um modo de organizar sistemas de saúde que além de assegurar acesso e integralidade, dão viabilidade financeira a essas políticas públicas.

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos Fleury e Ouverney (2007), pode-se definir as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população.

Conforme Silva (2011), as redes de atenção à saúde são definidas como:

Malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção de saúde (SILVA, pág. 15, 2011).

Mendes (2012) considera que as RAS se constituem como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem oferecer uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população.

As principais características propostas são: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centralidade nas necessidades em saúde de uma população, centro de comunicação na atenção primária à saúde, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (SILVA, 2011).

Silva e Magalhães Junior (2008) propõe classificação divisória dos elementos constitutivos das redes de atenção à saúde, elencando três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Para assegurar resolutividade nas redes de atenção, alguns determinantes e fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Economia de Escala ocorre:

[...] quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o

volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. (BRASIL, 2010).

A qualidade na atenção em saúde pressupõe, segundo a supracitada Portaria nº 4.279: a) segurança, em reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar; b) efetividade, ao utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios; c) centralidade na pessoa, respeitando seus valores e expectativas, envolvidos e proativos no cuidado à saúde; d) pontualidade, que diz respeito ao cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos; e) eficiência, ao evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas; f) equidade, características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, que não devem resultar em desigualdades no cuidado a saúde. (BRASIL, 2010).

Para além destes pontos, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, aborda ainda os conceitos de suficiência e acesso:

Suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso pode ser definido como a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. (BRASIL, 2010).

No que diz respeito aos componentes, a definição de Silva e Magalhães Junior (2008) aponta como indispensáveis os seguintes elementos: espaço territorial de uma população; serviços e ações de saúde com diferentes características e densidades tecnológicas; logística para identificar e orientar os usuários nas malhas da rede; e sistemas de regulação, com normas e protocolos a serem adotados para orientar o acesso, definir competências e responsabilidades, nas quais a articulação entre esses diferentes componentes estaria associada a um modelo de atenção.

Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, assim como a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento.

3.3 REDE CEGONHA (RC)

3.3.1 Objetivos, Diretrizes e Fases de Operacionalização da Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC) foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida. No mesmo ano, a Portaria nº 1.473/MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASILh, 2011).

A proposta da RC é subsidiada por marcos legais que promovem a integração da rede de serviços, entre elas a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata sobre as condições de promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS; e a Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, que é a Lei de Acompanhante, que garante às parturientes o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (COSTA, 2012).

Seguindo a lógica das redes temáticas, a RC surge para promover a integração das ações e serviços de saúde, buscando o cuidado eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção por meio de uma nova linha de cuidado da mulher e da criança. Parte do princípio que as mortalidades materna e infantil, especialmente a neonatal, embora tenha sofrido redução, permanecem elevadas. Paradoxalmente há uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas, em um contexto de habitual desrespeito aos direitos das mulheres na hora do parto – nomeado de violência obstétrica – e junto com um grande percentual de cesarianas já caracterizado como uma epidemia nacional (CAVALCANTI et al, 2013).

Portanto, a RC sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permitem vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança e dignidade. Prioriza, entre outros, a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança (CAVALCANTI et al, 2013).

De acordo com Biet e Pires (2015), o parto humanizado visa resgatar o nascimento como um evento natural e propõe uma abordagem acolhedora, com estímulo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor por ocasião do parto, com vistas a humanizar a assistência prestada à mulher em sua parturição. Para Possati et al (2017), a humanização da assistência tem importante papel no sentido de garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora.

Entre os objetivos da RC, destaca-se o de reduzir a mortalidade materna e mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal, fomentando 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 ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal (BRASILg, 2011).

As Diretrizes da Rede Cegonha são: I. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV. Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; V. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASILg, 2011).

Apresenta como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos: o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a participação e a mobilização social; e compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil (DI GIOVANNI, 2013).

Prevê ações para a ampliação e melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto e transporte, da realização de boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade (CASSIANO et al, 2014).

A Rede Cegonha apresenta quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à criança; transporte e regulação. Cada um desses componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde. O componente pré-natal garante que as gestantes sejam atendidas nas UBS, estimula a captação precoce, garante os exames de pré-natal de risco habitual e alto risco, além de garantir a vinculação da gestante da UBS à maternidade. No componente parto e nascimento, propõe garantir leitos suficientes, o direito

ao acompanhante (inclusive do sexo masculino), boas práticas e conselho gestor atuante. O componente puerpério e atenção à criança estimula o aleitamento materno, o acompanhamento da criança de 0 a 24 meses, busca ativa das crianças vulneráveis e planejamento reprodutivo. No componente transporte e regulação, estabelece apoio financeiro às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto (BRASILg, 2011).

Para que esse fluxo de vinculação funcione é necessário articulação contínua entre os níveis de atenção do sistema de saúde. A Rede deve ser organizada para a população de um determinado território de forma a garantir, dentre outras, a vinculação da gestante à unidade de referência e a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade (BRASILg, 2011).

A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases: I – Adesão e diagnóstico, II – Desenho Regional da Rede Cegonha, III – Contratualização dos Pontos de Atenção, IV – Qualificação dos componentes e V – Certificação.

A fase I – Adesão e diagnóstico tem como objetivo a apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito federal e Municípios e a definição do processo gradativo de implementação, regionalmente organizado, a partir do diagnóstico da situação epidemiológica de atenção à saúde materna e infantil, bem como apresentação em CIR e CIB e homologação.

A fase II – Desenho Regional da Rede Cegonha é a etapa na qual há a elaboração do Desenho Regional, com o qual será realizada a análise da situação de saúde da mulher e da criança, incluindo dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.

Na fase III – Contratualização dos Pontos de Atenção o objetivo é a elaboração do Desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal. A construção desse desenho deverá seguir as diretrizes e as orientações do processo de construção do Desenho Regional da Rede Cegonha, culminando com a elaboração de Planos de Ação Municipais. Também nesta fase será o momento de realizar a contratualização entre o gestor e os serviços de saúde sob sua gestão, a qual deverá ser orientada pelos indicadores, metas, responsabilidades e recursos definidos nos Planos de Ação Regional e Municipais.

A fase IV – Qualificação dos componentes tem como objetivo implementar as ações definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 da Portaria nº 1.459/2011, e constantes nos Planos de Ação Regional e Municipais.

E para finalizar, a fase V – Certificação tem como objetivo certificar a Rede Cegonha nas Regiões de Saúde. Essa certificação será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º da Portaria nº 1.459/2011, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. (BRASILg, 2011).

De acordo com Oliveira e Celento (2016), a Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro; e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Estas ações estão inseridas nos seus quatro componentes estruturantes (pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação).

Na Rede Cegonha a vinculação é instituída pela Lei nº 11.634 de 2007, segundo a qual a gestante deve ser atendida no momento do parto na unidade de referência de seu território. Porém, de acordo com Barreto (2013), esse objetivo de fato se concretizará somente quando o modelo “vaga sempre” for devidamente implantado e efetivado.

Segundo Giovanella (2012), a continuidade do cuidado é um problema mundial a ser enfrentado, pois é necessário reorganizar a fragmentação para todo o ciclo (gravidez, parto, pós-parto e infância), sendo o período pós-parto o momento de maior vulnerabilidade para a mãe e o recém-nascido (RN).

Nesse sentido, a continuidade do cuidado para RC é “o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde” (BRASILg, pág. 03, 2011), bem como adoção da linha de cuidado por meio de ação contínua e permanente desde o acolhimento da mulher em idade fértil nas unidades de atenção primária até a atenção puerperal, neonatal e das crianças até vinte e quatro meses, incluindo todas as fases do cuidado à saúde (BRASILg, 2011).

Ressalte-se que o conceito de continuidade do cuidado é definido de forma distinta entre os autores. Starfield (2002) considera que está relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de consultas, bem como os mecanismos de transferências de informações para a tomada de decisão a este tratamento, sem criação de vínculo terapêutico ao longo do tempo. Para Loyola (2012), o cuidado continuado é destinado a pacientes que passaram da fase clínica aguda e não trabalham com a possibilidade de morte, sendo uma convalescença monitorada que se inicia dentro do hospital, mas que vai sair dele.

Braga e Sena (2012) citam que a vinculação e a continuidade do cuidado pós alta

hospitalar é importante para a qualidade de vida da criança e da família, podendo tratar e prevenir complicações que interfiram no crescimento e desenvolvimento.

Bick, Bastos e Diniz (2008) mostram em estudo realizado no Reino Unido que os cuidados após o parto continuam com prioridade baixa que reflete, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, uma linha de divisão entre a vida e a morte do RN e da mãe. Apontam que a aparente invisibilidade no período pós-parto, tanto nesse período quanto nos demais, está diretamente ligada à continuidade do cuidado, sendo essencial para reduzir as taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil. O período pós-parto é o momento de maior vulnerabilidade para a mãe e o RN, e a falta de cuidados neste período é uma lacuna importante a ser enfrentada, pois colabora para a quebra da continuidade do cuidado.

Um dos princípios que norteia o SUS é a integralidade da assistência sendo, portanto, necessária a articulação contínua das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade. Todavia, para que isso ocorra, Fratini (2007) considera necessário que o sistema de referência e contrarreferência esteja implantado, onde um serviço informa ao outro sobre a situação de saúde, doença ou tratamento do indivíduo.

Na opinião de Fratini, Saupe e Massaroli (2008), o processo de referência e contrarreferência precisam estar claros para a usuária durante a gestação, de modo a evitar peregrinação, de forma a garantir acesso aos diversos níveis de assistência com universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção.

O termo referência, segundo Holanda (2010) significa a ação de referir; o que se pretende referir (HOLANDA, 2010). A contrarreferência então é entendida como a ação de reencaminhar, redirecionar. No campo da saúde, o sistema de referência e contra referência é a articulação entre os três níveis de atenção do SUS – primária, secundária e terciária –, sendo o encaminhamento para a unidade de maior complexidade (referência) e o retorno para a de menor complexidade (contra referência), (FRATINI, 2007).

Na Rede Cegonha a referência é a unidade hospitalar/maternidade onde será realizado o parto. A contra referência é o seu retorno à Unidade Básica de Saúde (UBS) para o acompanhamento de puerpério, bem como de crescimento e desenvolvimento da criança (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A pesquisa “Nascer no Brasil” (LANSKY et al, 2014) aponta que a peregrinação para o parto e a falta de referência para gestação de alto risco foram considerados como fortes fatores associados aos óbitos neonatais. Como citam Cavalcanti et al (2013), “a partir do entendimento de que as morbimortalidades materna e infantil são eventos complexos, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país”

(CAVALCANTI et al, pág. 02, 2013).

Apesar de se observar avanços que se refletem nos resultados obtidos na saúde da mulher e da criança, esse processo tem se dado de forma lenta. Mesmo que se observe redução da mortalidade infantil, com significativo decréscimo de óbitos nas últimas duas décadas, as regiões Nordeste e Norte ainda concentram elevados índices de mortes, semelhantes aos apresentados pelos países mais pobres da América Latina, contribuindo de maneira importante para a menor velocidade de redução do indicador (CAVALCANTI et al, 2013).

De acordo com Merighi e Gualda (2009), este indicador reflete as condições de assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal, cujos fatos que promovem esta situação destacam características socioculturais e econômicas da população, patologias próprias do estado gravídico, estrutura fragmentada do sistema de saúde, ineficiência do sistema de referência e contrarreferência, uso abusivo de tecnologia e intervenções obstétricas que favorecem a morbidade, a exemplo das taxas de cesárea, bem como a qualidade dos serviços de pré-natal, que constitui o ponto de estrangulamento da assistência. Também destacam a formação dos profissionais de saúde, com foco nos currículos biocêntricos, segundo os quais o ensino de campo ocorre em ambiente que não encoraja a mudança ou favorece a humanização. Assim, para evitar a maioria dessas mortes, ainda são necessários maiores esforços, buscando trilhar caminhos para que se possa provocar mudanças na assistência.

Monteschio et al (2014) mostrou em seu estudo haver associação entre local de residência com assistência, constatando que 17,7% das puérperas entrevistadas precisaram procurar mais de um local para assistência ao parto. Para Cunha et al (2010), enquanto não existir uma rede de assistência organizada, aumentará a peregrinação de gestantes em busca de atendimento, resultando numa desorganização do serviço de saúde.

Mendes (2011) considera que a organização em rede precisa se estruturar e alguns fundamentos, dentre eles está a qualidade e acesso e territórios sanitários. Nesse processo constam tarefas importantes e desafiadoras para os gestores: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento da RC, resultando na construção do Modelo Lógico para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia.

3.3.2 Implantação e Monitoramento da Rede Cegonha

O monitoramento e a avaliação são partes integrantes do círculo da formulação de políticas, sendo fundamental ao planejamento e à gestão, aos processos decisórios e de formação das pessoas envolvidas. São ferramentas de gestão com objetivo de subsidiar a tomada de decisão dos gestores a partir da identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços de saúde realizados. Desenvolvidas a partir da utilização de sistemas de informações ou de outros instrumentos de avaliação desenvolvidos especialmente com essa finalidade. De acordo com Mendes (2011), o monitoramento pode ser definido como o “acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços” (MENDES, pág.193, 2011).

De acordo com a portaria 1.473, de 24 de junho de 2011, o monitoramento e a avaliação são de responsabilidade das três esferas de governo: federal ficando à União, por intermédio do Ministério da Saúde, a responsabilidade em todo território nacional; ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, no território estadual de forma regionalizada; e ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, no território municipal (DI GIOVANNI, 2013).

3.3.3 Redes e Regiões de Saúde no Piauí

Segundo o Decreto 7.508 de 2011, Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASILa, 2011).

O Desenho da Rede de Atenção à Saúde, proposto pela Gestão Estadual do SUS, foi esboçado de forma a articular as diferentes diretrizes técnicas e legais do Ministério da Saúde que orientam a constituição das Redes Temáticas de Atenção a Saúde, bem como compatibilizar os Pontos de Atenção à Saúde da Rede identificados e previstos no Plano Estadual, com a agregação macrorregional definida no PDR em vigência (PIAUIh, 2016).

A primeira iniciativa de agrupamento regional dos 224 municípios, com vistas à construção do desenho de Regionalização da Saúde do Estado do Piauí, remonta ao ano de 2004, quando à luz das diretrizes das NOAS 2001 e 2002, a Secretaria Estadual de Saúde construiu o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí – PDR/2004.

A publicação da portaria normatizando o Pacto pela Saúde em 2006 introduziu novas regras e priorizou a constituição de Regiões de Saúde cuja concepção, já esboçada na Lei

8.080/1990, foi significativamente ampliada para além da mera aglomeração física e geográfica de municípios. Com o reforço do Decreto 7.508/2011, a Região de Saúde passou a ser concebida como espaço vivo de produção de sujeitos e de vida, bem como espaço determinante na construção de relações e interações entre sujeitos e desses com o ambiente social, político, cultural e econômico em que viviam, portanto, como lócus de produção do binômio saúde versus doença.

Cabe ressaltar, no entanto, que além das inovações decorrentes do disposto na portaria do Pacto pela Saúde/2006, a incorporação das diretrizes do processo de Territorialização do Governo do Estado do Piauí, definidas pela Secretaria de Planejamento do Estado do Piauí e normatizadas por meio da Lei Complementar GE nº 87/2007 que instituiu 11 Territórios de Desenvolvimento (TD) e 04 Macrorregiões de Saúde, tornou-se condição imprescindível para a nova modelagem do Plano Diretor de Regionalização do Estado no âmbito da saúde, formal e legalmente revisado em 2009 (figura1) Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí e atualização do desenho em 2015, com a conformação de 4 Macrorregiões de Saúde do Estado do Piauí (Figura 1) e (Figura 2).

Figura 1 – 11 Territórios de Desenvolvimento –TD



Fonte: Lei Complementar nº 87/2007 que instituiu a Regionalização no Estado do Piauí.

Figura 2 – 04 Macrorregiões de Saúde



Fonte: PDR, PI, 2015.

3.4 Modelo de Atenção à Saúde no Piauí

3.4.1 Perfil Demográfico e Socioeconômico do Piauí

O Estado do Piauí possui uma área de 251.577.738 Km², distribuídos em 224 municípios que juntos perfazem uma população de 3.118.360 habitantes, dos quais 1.528.423 são do sexo masculino e 1.589.938 do sexo feminino. Apresenta uma densidade populacional igual a 12,40 e uma população rural de 1.067.401 habitantes, representando cerca de 34,23% da população do Estado. A população urbana é de 2.050.959 (65,77%) habitantes, predomina sobre a população rural, fato justificado, principalmente, pela concentração populacional na cdo Estado (IBGE, 2010).

Localizado na Região Nordeste do Brasil, tem como limites o oceano Atlântico ao norte; Ceará e Pernambuco ao leste; Bahia ao sul e sudeste, Tocantins ao sudoeste e Maranhão ao oeste e noroeste. É o terceiro maior Estado dessa Região, atrás apenas da Bahia e do Maranhão. Sua área corresponde a 2,95% do território nacional (11^o em extensão) e a 1,64% da população brasileira. O crescimento demográfico é de 0,9% ao ano. A renda per capita é da ordem de R\$ 750,00. O

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com média de 0,646. Quando comparado aos outros 26 Estados da federação ocupa a 24^a posição (IBGE, 2010).

O índice de analfabetismo é o segundo maior do país (23,4%), somente Alagoas possui índice de analfabetismo superior (24,6%). Outro problema de ordem social no Piauí se refere ao saneamento ambiental: cerca de 26% das residências não possuem água encanada, 40% não dispõem de rede de esgoto e 50% não contam com coleta de lixo.

Extremamente conexo à pobreza, estes problemas afetam, na maioria das vezes, a população de baixa renda, juntamente com outros riscos, como a subnutrição e a higiene inadequada. Ressalta-se que as diversas medidas de saneamento relativas ao acesso à água de boa qualidade e tratamento/eliminação adequada das excretas permitiram a redução drástica da incidência de doenças infecto parasitárias nos países industrializados. Nos chamados países em desenvolvimento, entretanto, essas doenças ainda representam causa importante de morbidade e mortalidade, especialmente entre crianças (PEREIRA et al, 2018).

Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) podem estar associadas ao abastecimento de água deficiente, esgotamento sanitário inadequado, contaminação por resíduos sólidos ou condições precárias de moradia. As variáveis utilizadas são o número de internações hospitalar total e por categorias de doenças, por local de residência e a população total residente (PEREIRA et al, 2018).

No que diz respeito à oferta de Serviços e de Ações de saúde, apresenta, na Atenção Básica, ampla cobertura de 99,36% da Estratégia de Saúde da Família. Somente 65 municípios do Estado, ou seja, 28%, apresentam cobertura da ESF menor que 100% (DATASUS, 2018).

Para o atendimento à saúde da população, o Estado conta com uma rede assistencial composta de 2.650 estabelecimentos de saúde, dos quais 60,83% são públicos, aí incluídos 106 Hospitais Gerais, 22 Hospitais Especializados, 17 Maternidades e leitos obstétricos em 49 hospitais gerais. Na Atenção Básica o Estado possui atualmente: 152 Academias da Saúde habilitadas, 82 NASF Tipo I, 58 NASF Tipo II, 99 NASF Tipo III. Conta ainda com 03 NASF Intermunicipais; 943 Equipes de Saúde da Família habilitadas, 46 Equipes de Saúde da Família (PROVAB); 304 Equipes de Saúde da Família do Programa Mais Médicos, 1.010 Equipes de Saúde Bucal Modalidade I, 55 Equipes de Saúde Bucal Modalidade II, 7.166 Agentes Comunitários, 31 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e 62 CAPS (DATASUS, PIAUÍ, 2018).

Para a prestação da assistência hospitalar, o Piauí conta atualmente com 3,02 leitos por 1.000 habitantes considerando-se a totalidade dos leitos disponíveis e, na rede hospitalar do SUS, de uma disponibilidade de 2,76 leitos por 1.000 habitantes. Nesta direção há ainda, a

necessidade de introduzir novos mecanismos e instrumentos de gestão, com particular atenção à rede hospitalar estadual, na perspectiva de estruturação de um modelo de gestão por resultados dos prestadores de cuidados especializados, compatível com o perfil assistencial e com o sistema de referência e contra referência adotado.

No atendimento à gestante e à criança, o Estado conta com 1.429 leitos obstétricos, na sua grande maioria disponibilizados na rede pública. Deste total, 1.031 destinados ao atendimento a mulheres que realizaram partos, 398 para atendimento de intercorrência clínica e 466 leitos para unidade de terapia intensiva (UTI). Do total de UTI's, 10 são maternas, 20 são do tipo neonatal e 52 são UTI's intermediárias (CNES, PIAUÍ, 2018).

Em 2017, a mortalidade infantil no Piauí foi 15,5/1.000 nascidos vivos e a mortalidade materna de 75,05/100.000 nascidos vivos, conforme dados constantes no DATASUS.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritiva, desenvolvido mediante a realização de pesquisa exploratória e documental. Esse tipo de pesquisa utiliza-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2008).

A pesquisa se valeu de levantamento teórico e documental sobre Redes de Atenção à Saúde, políticas públicas e social, leitura e observação dos registros das 65 atas do Fórum Estadual da Rede Cegonha e 12 atas do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (APÊNDICE 1), e também de informações dos sistemas do DATASUS e dos profissionais da SESAPI, com levantamento de dados qualitativos e quantitativos.

O estudo se deu a partir da análise das cinco fases de operacionalização da RC: adesão e diagnóstico, desenho regional da RC, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação (BRASILh, 2011).

A análise qualitativa do processo de operacionalização da RC baseia-se na matriz SWOT, tendo como foco as potencialidades e fragilidades na implantação da RC no estado do PI. Efetua-se uma síntese das análises dos cenários internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças).

Quanto às técnicas de pesquisa, aplicou-se à esta pesquisa a análise de conteúdo, análise estatística e métodos de análise não paramétrica.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), por meio da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SUP, que coordenou o processo de implementação do Programa Rede Cegonha no Estado. Outros setores dessa SESAPI também disponibilizaram dados que complementam os fornecidos pela SUPAT.

A SESAPI está situada em Teresina - PI, na Av. Pedro Freitas, S/N bairro São Pedro, possui 3 superintendências, 9 diretorias, 23 gerências e 60 coordenações. Estão sob sua gestão

estadual 6 hospitais estaduais e 11 hospitais regionais e 05 hospitais Especializados/ Escola. A coleta de dados do presente estudo foi realizada no período de janeiro a junho de 2018.

4.3 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário construído pela autora, que reúne informações das fases de implantação do programa da RC. O acervo de documentos referente ao desenvolvimento do programa como planos, relatórios, planilhas, 65 atas das reuniões do Fórum e 12 do Grupo Condutor Estadual da RC e relatórios dos sistemas de informação em saúde, subsidiaram a alimentação do referido instrumento (APÊNDICE 2).

Assim, entende-se que produto da análise deste estudo utilizou às fontes de informações complementares a luz de seu marcos teórico, normativos e metodológico (Figura 3).

Figura 3 – Diagrama sobre a relação de fontes de informações complementares.



4.4 Operacionalização do Estudo

Os dados da pesquisa foram coletados, inicialmente, por meio de informações obtidas com técnicos responsáveis pela Coordenação do Programa Rede Cegonha no Piauí. Foi disponibilizado por essa coordenação todo o acervo institucional referente ao desenvolvimento do programa. Em seguida elaborou-se um instrumento para consolidar as ações referentes às fases de implementação do Programa.

Os dados complementares como os referentes às obras e aos recursos financeiros foram coletados nos relatórios dos setores responsáveis por essas ações, e os dados dos indicadores foram obtidos nos sistemas de informação monitorados pela SESAPI. Antes do início do acesso aos documentos, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASILm, 2012).

4.5 Análise Estatística

As variáveis utilizadas foram a implantação da Rede Cegonha enquanto variável dependente e as cinco fases de sua operacionalização como variáveis independentes: adesão e diagnóstico, desenho regional, contratualização, qualificação dos componentes e certificação.

Na análise descritiva, apresenta-se os dados resumidos em média, mínimo, máximo, mediana e proporção, organizadas em tabelas; ainda na descrição utilizaram-se gráficos de barras simples e com duplo eixo e gráfico de linha para apresentar as séries históricas.

Na análise inferencial foram utilizados dois testes: o teste qui-quadrado, utilizado para verificar diferenças entre proporções, cuja hipótese nula é a igualdade das proporções; e o teste não paramétrico de Mann-Kendall para testar a hipótese nula de não tendência.

Os dados foram analisados por meio do *software* estatístico R versão x 64 3.5.0. Todos os testes foram aplicados considerado 0,05 como nível de significância, assim para $p\text{-valor} < 0,05$ rejeita-se a hipótese nula do teste em análise.

O teste não paramétrico de Mann-Kendall foi utilizado a fim de detectar tendência temporal significativa nas séries históricas de mortalidade materna, taxa de mortalidade neonatal, infantil, número de gestantes que tiveram 7 consultas pré-natais ou mais e tipo de parto por região de saúde, nos anos de 2010 a 2017. O teste identifica se a partir do ano 2010 houve um crescimento, decaimento ou se não houve tendência significativa dos dados ao longo do tempo até o ano 2017.

A estatística de *kendall's tau* é à medida que quantificará a correlação dos indicadores com o tempo. É uma medida de correlação de postos, ou seja, verifica a semelhança entre as ordens dos dados quando classificados por cada uma das quantidades.

A correlação de Kendall será baixa quando as observações tiverem uma classificação diferente (ou completamente diferente no caso de correlação igual a -1) comparadas as duas variáveis. Quanto mais próximo de 1, a correlação é mais intensa e

crescente, quanto mais próximo de -1, a correlação é mais forte, porém decrescente e valores próximos de 0 a correlação é nula. Assim, se a correlação for negativa e o teste de Mann-Kendall for significativo, isso indica que houve uma tendência significativa decrescente, se for positivo a tendência é crescente.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto foi cadastrado com o CAEE 78559517.8.0000.5214 na Plataforma Brasil e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí. Todavia, conforme recomendação do CEP o projeto de pesquisa se enquadraria na Resolução nº 510/2016, Artigo 1º, Parágrafo único, o que dispensa parecer considerando que não serão registradas e nem avaliadas pelo sistema CEP/ CONEP:

I - pesquisa de opinião pública com participantes não identificados; II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; III - pesquisa que utilize informações de domínio público; IV - pesquisa censitária; V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e VI - pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica; VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e VIII - atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização. (CONEP, pp. 01-02, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Tem como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal.

A operacionalização desse Programa deve se dar por cinco fases descritas neste trabalho com o propósito de analisar a sua implantação no Estado do Piauí. O impacto do Programa para a assistência obstétrica e neonatal foi avaliado através do resultado de alguns indicadores de atenção à saúde.

5.1. Operacionalização das Fases de Implantação da Rede Cegonha

5.1.1 Fase 1 – Adesão e Diagnóstico

Essa fase consistia na adesão do estado e municípios ao Programa Rede Cegonha, na apresentação desse Programa pelo Ministério da Saúde aos gestores do Estado e municípios, apresentação e análise da matriz diagnóstica, pela Secretaria de Estado da Saúde- SES à Comissão Integestores Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestora Regional- CIR, conforme previa a portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011).

Em relação ao quantitativo de municípios e regiões de saúde por modalidade de adesão e percentual de municípios que elaboraram o diagnóstico regional verificou-se o resultado apresentado na (Tabela 1).

Tabela 1 – Regiões de Saúde e municípios do Estado do Piauí, que adeririam ao programa da Rede Cegonha por modalidade de adesão, e municípios que elaboraram o diagnóstico regional no período de 2011 a 2017.

Região	Nº de municípios	Tipo de adesão		Elaboração do Diagnóstico regional	
		Regional	Integrada	Sim	Não
1. Planície Litorânea	11	11	00	X	
2. Cocais	22	00	22	X	
3. Carnaubais	16	00	16	X	
4. Entre Rios	31	31	00	X	
5. Vale do Sambito	14	00	14	X	
6. Vale do Rio Guaribas	42	00	42	X	
7. Vale do Canindé	14	00	14	X	
8. Serra da Capivara	18	00	18	X	
9. Vale dos Rios Piauí e Itaueira	28	28	00	X	
10. Tab. Alto do Parnaíba	05	00	05	X	
11. Chapada das Mangabeiras	23	00	23	X	
12. Estado do Piauí	224	70	154	11	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela SUPAT/SESAPI, 2012.

No que se refere à Tabela 1, das onze regiões de saúde do estado do Piauí, três aderiram à RC na modalidade de adesão regional, correspondendo a 27,27% do total das regiões de saúde do Estado, perfazendo um total de 70 municípios. Os demais, 154 municípios, optaram pela forma integrada de adesão. Todas as 11 regiões, embora tenham feito a adesão por modalidades diferentes, possuem diagnósticos que seguiram a elaboração de forma regional, segundo o Relatório SESAPI, 2012.

A Secretaria de Estado da Saúde – SES, para o cumprimento da fase I, realizou a adesão do Estado por meio da Resolução CIB nº 105 de 2011, articulou a apresentação do Programa pelo Ministério da Saúde (MS) para a sua equipe de profissionais, instituiu o Grupo Condutor Estadual da RC por meio da Portaria SESAPI/GAB nº 006-B de 10 de novembro de 2011 (PIAÚÍe, 2011), substituída pela Portaria SESAPI/GAB nº 00115/2012, de 28 de março de 2012 (PIAÚÍf, 2011).

O diagnóstico foi elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha – GCERC, que fez a apresentação e análise na CIB e na CIR como requisito para homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha, a qual se deu por meio da Resolução CIB nº 105 CIB/PI de 09 de novembro de 2011. Todas as etapas de operacionalização desta fase do Programa foram realizadas, segundo o Relatório SESAPI, 2012.

O estudo de Santos (2013), intitulado “Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto”, mostra que no ano de 2012, 24 Estados

brasileiros haviam aderidos à Rede Cegonha na modalidade regional, correspondendo a 82 regiões de saúde. Desse total, 2 foram regiões do Piauí. Embora só apareça nesse estudo duas regiões do Piauí, na realidade foram 3 regiões que aderiram nessa modalidade em 2012. Cabe ressaltar que os Estados do Maranhão e de Rondônia, até o ano de 2012, não realizaram adesões à Rede Cegonha quanto à tipologia de Adesão Regional (SANTOS, 2013).

O estudo de Giovanni (em 2013) aponta que em setembro de 2013 o Piauí contribuiu para que 100% dos Estados brasileiros tivessem aderido à RC no que se refere aos componentes da Atenção Básica.

Os dados mostram que a Fase I – Adesão e Diagnóstico da Rede Cegonha no Piauí foi operacionalizada em sua totalidade dando cumprimento ao que exigia a portaria do Programa. (Tabela 1).

O diagnóstico regional das regiões de saúde foi elaborado utilizando dados demográficos e epidemiológicos, conforme preconizava a portaria do Programa da RC, os quais são apresentados em quatro grupos (Tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores da matriz diagnóstica loco-regionais utilizados na análise da situação de saúde da mulher e da criança constantes no diagnóstico estadual do Piauí.

Grupo de Indicador	Indicadores da Matriz Diagnóstica	Indicadores Constantes no Diagnóstico Regional	
		Sim	Não
Indicadores de Mortalidade e Morbidade	Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)	X	
	Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)	X	
	Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município	X	
	Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)	X	
	% de óbitos infantis-fetais investigados	X	
Indicadores de Atenção	% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados	X	
	Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal	X	
	Cobertura de equipes de Saúde da Família	X	
	Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe	X	
	% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação	X	
	% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses	X	
	% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada	X	

Continua

% de gestantes com todos os exames preconizados X

Grupo de Indicador	Indicadores da Matriz Diagnóstica	Indicadores Constantes no Diagnóstico Regional	
		Sim	Sim
Situação da Capacidade Hospitalar Instalada	Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde	X	
	Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco	X	
	Identificação dos leitos UTI neonatal existentes	X	
	Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto	X	
	% de investimento estadual no setor saúde	X	
Indicadores de Gestão	PDR atualizado	X	
	PPI atualizada	X	
	Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial	X	
	Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital	X	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela SUPAT/SESAPI, 2012.

Além desses indicadores, constava no diagnóstico, informações referentes à demanda assistencial, ao dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria, segundo o Diagnóstico Situacional da Saúde da Criança e da Mulher no Estado do Piauí – Ênfase Na Gestante e no Recém-Nascido, (PIAUÍd, 2011).

5.1.2 Fase 2 – Desenho Regional da Rede Cegonha

Após a primeira fase de adesão e diagnóstico, tem-se a segunda fase que objetiva a elaboração do Desenho Regional da RC. A portaria da Rede Cegonha prevê a elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado na CIR e homologação pela CIB.

Na tabela 3, está apresentado o quantitativo de planos elaborados e aprovados, como também àqueles somente elaborados e não aprovados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Regiões de saúde do Estado do Piauí que elaboraram e aprovaram o Plano de Ação Regional – PAR da Rede Cegonha e os que elaboraram, mas não aprovados pelo MS – 2012 a 2017.

Região	PAR elaborado e aprovado pelo MS		PAR elaborado e não aprovado pelo MS	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Planície Litorânea	X			
2. Cocais			X	
3. Carnaubais			X	
4. Entre Rios	X			
5. Vale do Sambito			X	
6. Vale do Rio Guaribas			X	
7. Vale do Canindé			X	
8. Serra da Capivara			X	
9. Vale dos Rios Piauí e Itauera	X			
10. Tab. Alto do Parnaíba			X	
11. Chapada das Mangabeiras			X	
12. Estado do Piauí	03	00	08	00

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela SUPAT/SESAPI, 2012.

Os dados da Tabela 3 mostram que 27,27% do total das regiões de saúde do Estado, ou seja, três regiões elaboraram o Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Cegonha enquanto oito regiões (72,73% do total de regiões) elaboraram o Plano de Ação Regional (PAR), mas ainda não foram aprovados pelo Ministério da Saúde.

O PAR é o instrumento no qual consta a Programação da Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil, e subsidia a elaboração dos Planos de Ação Municipal dos municípios integrantes da região, previsto na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. (BRASILg, 2011).

O Desenho Regional da Rede Cegonha no Estado do Piauí foi construído a partir de uma lógica ascendente, participativa e coletiva de planejamento integrado, tendo como ponto de partida a proposta de desenho compatível com as características, necessidades e especificidades das regiões de saúde que integram a conformação territorial das regiões e macrorregiões, segundo o previsto no plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí, de 2009, e atualizado em dezembro de 2015. (PIAÚÍg, 2015).

O Desenho de RAS enquanto proposta da SES/PI foi apresentada aos gestores municipais em Fóruns Técnicos e legais – reuniões da CIR (Comissões Intergestores Regionais) e submetidas a análises e discussão, incorporando, nesta construção, alterações, acréscimos e/ou sugestões apresentadas pelos gestores municipais que foram incluídas na proposta. (PIAÚÍd, 2011).

Os Planos de Ação da Rede Cegonha – PAR – da região Entre Rios e Planície Litorânea foram aprovados mediante Resolução CIB-PI nº 046/2012 (PIAÚÍa, 2012) e pela Resolução Nº

045/2012 (PIAUÍb, 2012), respectivamente. Foram analisados pelo Ministério da Saúde em 31 de julho de 2012, o qual deu parecer favorável e autorizou o repasse de recursos financeiros para o custeio de leitos por meio da Portaria nº 1.857, de 29 agosto de 2012. O PAR da região Vale dos Rios Piauí e Iatueira teve parecer técnico do Ministério da Saúde favorável em maio de 2012 e aquele assegurou recurso orçamentário mediante Portaria nº 1.616 de julho de 2012.

O Desenho Regional da Rede Cegonha foi contemplado nos Planos de Ação Regional e aprovado pelo Ministério da Saúde de acordo com os parâmetros estabelecidos, com programação para custeio imediato de leitos existentes e custeio de leitos após a ampliação e habilitação (BRASILi, 2012).

Independente da forma como os planos regionais foram elaborados, seguindo as diretrizes da Rede Cegonha observa-se que o número de regiões com planos aprovados pelo Ministério da Saúde foi baixo. Cabe ressaltar que o Estado do Piauí avançou na elaboração dos planos, porém não conseguiu avançar com a mesma proporção no que desrespeito à aprovação dos planos pelo Ministério da Saúde. Tal resultado pode ser atribuído ao processo burocrático entre os entes federados e pouco empenho da gestão estadual para que o processo avançasse.

Foi previsto financiamento para as unidades e leitos (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Total do financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região Entre Rios.

Estabelecimen to de saúde	Tipo leito / serviço	Leitos custeio imediato	Valor anual (R\$)	Custeio após ampliação / habilitação do leito	Valor programado (R\$)	Valor repassado pelo MS (R\$)
	UTI neonatal	20 leitos	2.110.088,40	20	5.256.000,00	00,00
Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER)	UCI neonatal	20 leitos	1.839.600,00	01	91.980,00	91.980,00
	GAR	48 leitos	3.276.240,00	00		00,00
	UTI adulto gestante	00	00	22	3.153.600,00	00,00
	CPN	00	00	01	960.000,00	960.000,00
	CGBP	00	00	01	720.000,00	00,00
Pronto Socorro Sr. Antônio Pedreira de Martins (Buenos Aires)	UCI neonatal	00	00	07	643.860,00	00,00
	CPN	00	00	01	375.585,00	375.585,00
Maternidade Municipal Wall Ferraz	UTI neonatal	07	738.530,94	03	788.400,00	00,00
	UCI neonatal	00		06	551.880,00	00,00
Pronto Socorro Geral	UCI neonatal	04	367.920,00	00	00	00,00

Continua

Dr. Milton de
Área Leão
(Satélite)

Fonte: Banco de dados da SESAPI/2012.

Quadro 2 – Total do financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região Planície Litorânea.

Estabelecimento de saúde	Tipo de leito/serviço	Custeio imediato	Valor (R\$)	Custeio após ampliação e habilitação do leito	Valor programado (R\$)	Valor repassado pelo MS (R\$)
Hospital Dirceu Arcoverde	UTI neonatal	10 leitos		10	2.628.000,00	2.628.000,00
	UCI neonatal	00		20	1.839.600,00	00,00
	GAR- 48	00		04	273.020,00	00,00
	UTI adulto gestante	10	1.055.404,80	00	00	00
	Canguru	00	00	04	105.120,00	00
	CPN	00		01	960.000,00	00
	CGBP	00		01	720.000,00	00
Maternidade Dr. Marques Bastos	UCI neonatal	10	919.800,00	00	00	00
	GAR	06	409.530,00	00	00	00

Fonte: Banco de dados da SESAPI/2012.

Quadro 3 – Total de financiamento aprovado pelo Ministério da Saúde para custeio imediato e repasse após ampliação e habilitação dos leitos – Região Vale dos Rios Piauí e Itauera.

Estabelecimento de saúde	Tipo de leito / serviço	Custeio imediato	Valor (R\$)	Custeio após ampliação e habilitação do leito	Valor programado	Valor repassado pelo MS
Hospital Tibério Nunes.	UTI neonatal	00	00	10 leitos	2.628.000,00	
	UCI neonatal	00	00	20 leitos	1.839.600,00	
	GAR - 48	00	00	08 leitos	546.040,00	
	UTI adulto gestante	00	00	00	1.055.404,80	
	Canguru	00	00	00	78.840,00	
	CPN	00	00	01	960.000,00	
	CGBP	00	00	01	720.000,00	

Fonte: Banco de dados da SESAPI/2012.

Os recursos aprovados para o custeio de leitos existentes foram transferidos logo após a publicação da portaria que os aprovou. Porém, o repasse para os leitos que iam sendo ampliados, estava condicionado ao funcionamento, cadastro e habilitação dos mesmos junto ao Ministério da Saúde. Poucos foram os leitos que asseguraram até o momento esses recursos, como pode ser

verificado pelos dados dos quadros (1, 2 e 3).

Nessa fase de operacionalização da RC, os pontos positivos foram o planejamento participativo, com representantes da CIR e da SES. Como ponto negativo, a não aprovação dos demais PAR's pelo Ministério da Saúde, embora tenha sido elaborado PAR para as onze regiões de saúde, oito encontram-se em fase de apreciação pelo Ministério da Saúde.

Verifica-se também que não houve uma adequação de leitos à necessidade populacional. Vê-se ainda pelos Quadros 1, 2 e 3 que nem todas as unidades de saúde com recursos orçamentários aprovados para repasse após a implantação de leitos se organizaram para assegurar o repasse do recurso pelo MS, a exemplo de alguns leitos do Território Entre Rios e Planície Litorânea e de todos os programados para o Território Vale dos Rios Piauí e Itaueira, demonstrando fragilidade na gestão estadual e/ou municipal. Essa fase, portanto, não foi implementada em sua totalidade.

5.1.3 Fase 3 – Contratualização dos Pontos de Atenção

A terceira fase possui um elemento de suma importância para dar continuidade ao processo, que é a cooperação entre os municípios da região. Essa fase, é o momento de se realizar a contratualização entre os gestores e os serviços de saúde sob sua gestão, orientado pelos indicadores, metas, responsabilidades e recursos definidos nos Planos de Ação Regional e Municipais.

A Contratualização dos Pontos de Atenção da RC é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o (s) ponto (s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais, formalizado por meio de um instrumento, um contrato, convênio ou similar assinado entre as partes envolvidas. Possibilita entre outras questões explicitar a rede de compromissos entre a direção do Hospital e o Gestor do SUS e serve de instrumento para a pactuação interna de diretrizes e metas que promovam o modelo de atenção obstétrico e neonatal previsto no Programa Rede Cegonha. (BRASILg, 2011).

Os estabelecimentos de saúde que realizaram contrato da Rede Cegonha nos três territórios com recursos financeiros aprovados pelo Ministério da Saúde constam na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de hospitais/maternidades das regiões de saúde com Plano de Ação contemplado com recurso financeiro do Ministério da Saúde que firmaram contrato de prestação de serviços.

Região de Saúde	Número de unidades de saúde pactuadas com a Rede Cegonha	Número de contratos firmados
Entre Rios	05	04
Planície Litorânea	03	00
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	04	00
Total	12	04

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela SUPAT/SESAPI, 2017.

Os dados da Tabela 4 mostram que das 12 unidades de saúde pactuadas para receberem recursos da Rede Cegonha, apenas 04, correspondendo a 33,3% do total dos estabelecimentos, firmaram contratos.

A implementação da contratualização se dava a partir da composição de um grupo de acompanhamento da contratualização funcionando como fomentadores da análise das metas estabelecidas e que deveriam estimular a busca de soluções pelo coletivo atuando como atores do processo de mudança, e não como meros fiscalizadores do cumprimento de um contrato. O instrumento de contratualização adotado no Piauí foi o contrato feito com base no Plano Operativo Anual (POA) no qual era feita a caracterização dos serviços, definidas as metas quantitativas e qualitativas e a programação orçamentária. O POA servia de base para a formalização do contrato.

Os indicadores e as metas da RC foram sugeridos pelo Ministério da Saúde por meio de documentos e realização de oficinas. Dos indicadores sugeridos, o Grupo Condutor Estadual elegeu os que deveriam compor o POA, mas a instituição tinha a liberdade de definir as metas dos indicadores.

O Grupo Condutor Estadual elegeu os seguintes indicadores: taxa de cesárea; apgar < 7 no 5º minuto; contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida; manejo das situações de abortamento garantindo espaço protegido para as mulheres durante a internação; percentual de parto em posição não supina; acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação; recém-nascido (RN) com acompanhante na UCIN e UTIN; gestão participativa e compartilhada na unidade materno e infantil; educação permanente em boas práticas da atenção obstétrica e neonatal; taxa de episiotomia e participação da maternidade no Fórum Perinatal. Esses indicadores foram aprovados na CIB pela Resolução nº 046 de 11/05/2012. (Resolução CIB Nº 046, 2012). (PIAUIÁ, 2012).

A outra etapa da contratualização consistiu na formação do Grupo Condutor

Municipal da Rede Cegonha – GCMRC. O único município que constituiu o GCMRC foi o município de Teresina/PI. Foi instituído pela a Portaria GAB/SMS nº 06/2013 de 06 de agosto de 2013. (PIAUÍ, 2012).

Considerando que a contratualização é o instrumento para a pactuação de diretrizes e metas para a promoção do modelo de atenção obstétrica e neonatal da Rede Cegonha, verifica-se que essa fase se deu de forma fragilizada, haja vista que nem todos os estabelecimentos de saúde firmaram contrato, e àqueles que firmaram, não criaram a Comissão de Acompanhamento de Contrato, não havendo um monitoramento efetivo pela Diretoria de Controle, Avaliação e Auditoria das secretarias municipais e nem pelo Grupo Condutor Estadual. E também pela formação do Grupo Condutor Municipal em um único município num total de 224. Como ponto positivo, destacou-se o acompanhamento de alguns indicadores pelo Fórum Estadual da Rede Cegonha. Essa fase, portanto, não foi implementada em sua totalidade.

5.1.4 Fase 4 – Qualificação dos Componentes

Essa fase de operacionalização da Rede Cegonha se caracterizou pela realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no Artigo 7º da portaria que instituiu esse Programa e pelo cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada um desses componentes e que deveriam constar nos Planos Regional e Municipal, conforme preconiza a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. (BRASILg, 2011).

As ações do pré-natal e puerpério e atenção integral à saúde da criança eram de responsabilidade direta dos municípios. As do componente parto e nascimento e do sistema logístico (transporte sanitário e regulação) eram de responsabilidade principalmente do município sede da Região ou do Estado. À Secretaria Estadual da Saúde cabia proporcionar o apoio técnico por meio de treinamentos, oficinas, orientações, ofertas de insumos e materiais aos municípios para contribuir para a realização de suas ações dos municípios. (BRASILg, 2011. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011).

Nos Planos de Ação Regional aprovados não foram definidas as metas para as ações dos componentes. Por essa razão não foi possível avaliar quantitativamente a evolução das ações preconizadas para o Programa. Por essa razão, nesse trabalho, foram elencadas parte das atividades realizadas pelas gestões federal, estadual e municipal, por componente, extraídas do

Relatório do Grupo Condutor Estadual (Quadro 4).

Quadro 4 – Relação das atividades realizadas pelo Programa Rede Cegonha no Estado do Piauí nos anos de 2011 a 2017 por componente da Rede Cegonha.

Componentes da Rede Cegonha	Ações da Rede Cegonha a serem desenvolvidas em cada um dos componentes	Ações da Rede Cegonha realizadas no Estado do Piauí
PRÉ-NATAL	<p>Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;</p> <p>Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;</p> <p>Qualificação do sistema e da gestão da informação;</p> <p>Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p> <p>Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;</p> <p>Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.</p>	<p>A região da Planície Litorânea foi qualificada pelo Grupo Condutor Estadual para formação do Grupo Condutor Municipal e elaboração do Plano de Vinculação;</p> <p>Treinamento para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco à gestante (ACC) na Atenção Básica em 107 municípios;</p> <p>O acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno foi e vem sendo ofertado na Maternidade Dona Evangelina Rosa (Entre Rios) e no SPMIP (Planície Litorânea).</p> <p>O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha implantou o Plano de Vinculação da Gestante;</p> <p>SES realizou 13 oficinas sobre o SISPRENATAL WEB;</p> <p>Oficinas nos Territórios para implantação do SIAB/ E-SUS e monitoramento diário do Sistema SIM/WEB;</p> <p>Articulação com os municípios com vistas à notificação, investigação oportuna e importação no SIM;</p> <p>Capacitações em testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatites B e C em 06 regiões.</p>
PARTO E NASCIMENTO	<p>Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;</p> <p>Ambiência das maternidades</p>	<p>Ampliação de leitos de UTI neonatal em duas regiões;</p> <p>Implantação de novos serviços: Centro de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puerpera;</p>

Continua

	<p>orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);</p> <p>Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";</p> <p>Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</p> <p>Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.</p>	<p>Reformas em algumas unidades de saúde para adequação da ambiência das maternidades de acordo com a RDC nº 36/2008;</p> <p>Capacitação de gestores e trabalhadores sobre as condutas no parto e nascimento para implantação das boas práticas baseado nas evidências científicas;</p> <p>Treinamento sobre a utilização do partograma;</p> <p>Treinamento sobre o protocolo para o parto e nascimento de risco habitual;</p> <p>Validação pelo Fórum Estadual da Rede Cegonha da Cartilha do Acompanhante</p> <p>Implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal PIAUÍ. SESAPI. Relatório 2011.</p>
--	--	---

Componentes da Rede Cegonha	Ações da Rede Cegonha a serem desenvolvidas em cada um dos componentes	Ações da Rede Cegonha realizadas no Estado do Piauí
<p align="center">PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:</p>	<p>Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;</p> <p>Acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;</p> <p>Busca ativa de crianças vulneráveis;</p> <p>Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p> <p>Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;</p> <p>Orientação e oferta de métodos contraceptivos.</p>	<p>Oficina de manejo do aleitamento materno e manejo da alimentação complementar saudável;</p> <p>Oficinas da Rede Amamenta e Alimenta Brasil;</p> <p>Monitoramento in-loco dos programas e ações de alimentação e nutrição e monitoramento dos BLH – Banco de Leite Humano.</p> <p>Capacitações em testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatites B e C em 06 regiões;</p> <p>Orientação e oferta de métodos contraceptivos.</p>
<p align="center">SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO</p>	<p>Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;</p> <p>Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do Plano de Vinculação da Gestante ao local de ocorrência do parto;</p> <p>Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).</p>	<p>Elaboradas e distribuídas cartilhas e banners para profissionais e usuárias sobre o Plano de Vinculação;</p> <p>Implantação da regulação de leitos obstétricos;</p> <p>Apoio financeiro pelo Ministério da Saúde para custeio de leitos e obras assim discriminadas;</p> <p>Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>Organização do fluxo de encaminhamento dos exames (sorologias) para o LACEN por meio de protocolo e nota técnica;</p> <p>Descentralização do sistema de informação de mortalidade para a MDER e mais 9 territórios;</p> <p>Criação do NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia na MDER e implementação da Regulação de Leitos Obstétricos.</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela SUPAT/SESAPI, 2012.

Embora muitas ações tenham sido realizadas nos quatro componentes, verifica-se pelos registros das atividades que o componente que menos avançou, principalmente com novas ações, a exemplo do teste rápido de gravidez, dos novos exames de pré-natal e vinculação da gestante, foi o componente pré-natal que é de responsabilidade dos municípios.

Das ações de competência principalmente do Estado destacam-se as capacitações, a regulação e o aumento do número de ouvidorias. Porém foram poucos ou muito morosos os avanços na garantia de suficiência de leitos e serviços, a exemplo do pré-natal de alto risco regional e transporte adequado e suficiente. Como ponto positivo destaca-se a implantação de novos serviços como o Centro de Parto Normal, que contribui para a implementação do novo modelo de atenção ao parto e nascimento. Essa fase, portanto, não foi implementada em sua totalidade.

Para verificação do impacto dessas ações na melhoria da assistência obstétrica e neonatal no estado do Piauí, objetivo do Programa Rede Cegonha, apresenta-se abaixo o resultado de alguns indicadores.

5.1.5 Indicadores de Atenção e Mortalidade para Avaliação do Impacto da Fase de Qualificação da Rede Cegonha no Piauí

Consulta de Pré-Natal

Na tabela 5 apresenta-se a série histórica do percentual (%) de gestantes que fez consultas de pré-natal 7 ou mais vezes. Piauí, 2010 a 2017 (Tabela 5).

Os dados da tabela 5 mostram que em quase todas as regiões e no Estado houve tendência significativa (p -valor $< 0,05$) crescente (Kendall's Tau > 0) do percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. Somente a região 3 (Carnaubais) não apresentou essa tendência (p -valor $> 0,05$). A região 5 (Vale do Sambito) apresentou a maior média anual, em que 62,4% das gestantes fizeram 7 ou mais consultas pré-natais. A média estadual foi de 53,6%. O valor mínimo registrado foi na região 10 (Tabuleiro do Alto Parnaíba, com 22,8% e o valor máximo foi registrado na região 5 (Vale do Sambito), com 69,3%.

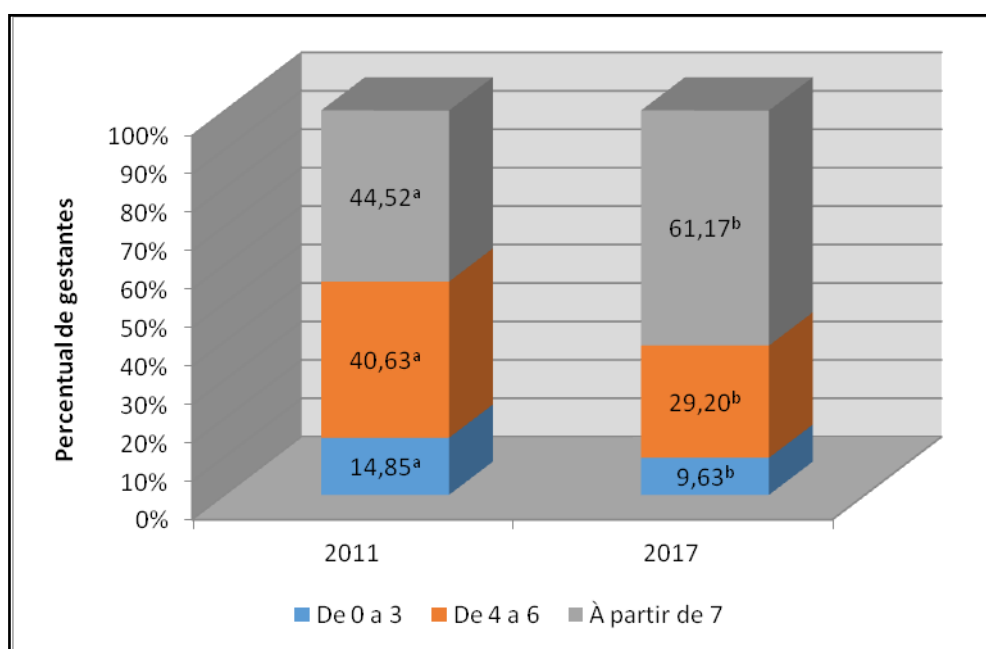
Tabela 5 – Série histórica do percentual (%) de gestantes que fez consultas de pré-natal 7 ou mais vezes. Piauí, 2010 a 2017.

Área de saúde	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Mann-Kendall	
					Kendall's Tau	p-valor
1 Planície Litorânea	41,4	23,0	54,0	42,8	0,99	0,001
2 Cocais	52,7	41,3	61,6	53,1	0,93	0,002
3 Carnaubais	56,7	49,0	63,2	55,9	0,43	0,174
4 Entre Rios	54,4	46,4	61,3	54,5	0,86	0,004
5 Vale do Sambito	62,4	51,7	69,3	65,3	0,79	0,009
6 Vale Rio Guaribas	55,2	43,2	64,8	55,1	0,93	0,002
7 Vale do Canindé	54,5	32,8	66,5	55,7	0,79	0,009
8 Serra Capivara	59,0	48,2	67,1	60,5	0,93	0,002
9 Vale Rios PI e Itauéiras	51,3	39,4	59,7	52,1	0,93	0,002
10 Tab. Alto Parnaíba	47,3	22,8	62,4	48,1	0,93	0,002
11 Chap. Mangabeiras	48,7	34,6	59,4	47,3	0,93	0,002
12 Estado do Piauí	53,6	42,9	61,2	55,6	0,98	0,001

Fonte: Base de dados do SINASC.

A Figura 4 mostra o percentual de gestantes por número de consultas pré-natais, nos anos de 2011 e 2017.

Figura 4 – Percentual de gestantes por número de consultas pré-natais, nos anos de 2011 e 2017. Letras diferentes em colunas diferentes representam diferenças significativas.



Fonte: Base de dados do SINASC.

Observa-se na Figura 4 que a proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal aumentou significativamente de 2011, com 44,52%, a 2017, com 61,17%, demonstrando uma

diferença percentual de 16,65%; já as proporções de gestantes com 0 a 3 e 4 a 6 consultas de pré-natal tiveram reduções significativas.

A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e prevenção de eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções de forma oportuna sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. (Manual Técnico. Brasília: MS, 2006).

A adequação da assistência pré-natal tem sido avaliada há décadas por meio de indicadores com base no número de consultas realizadas e no início do pré-natal. Estudos observacionais têm demonstrado benefícios dessa assistência, geralmente correlacionando maior número de consultas a desfechos mais favoráveis (DOMINGUES et al, 2012).

No Brasil observou-se aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes nos últimos quinze anos, sendo a proporção de gestantes sem acesso a qualquer consulta de pré-natal inferior a 2% no ano 2009.

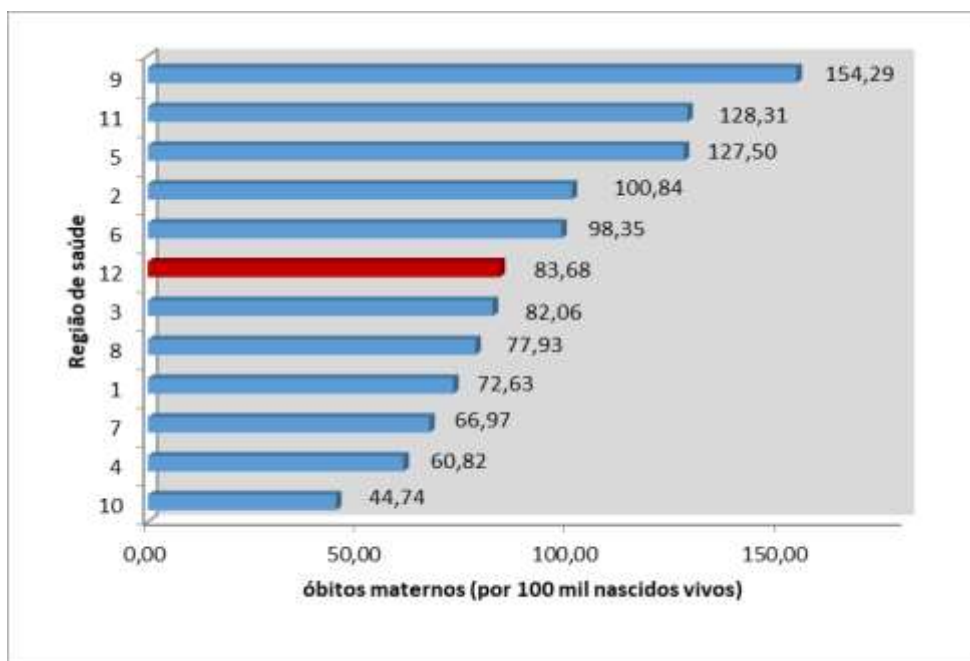
Entretanto, um estudo que avaliou os óbitos em menores de um ano no país, no período 1997 a 2006, utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS, encontrou redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas à uma adequada atenção pré-natal, sugerindo baixa qualidade dessa assistência.

Na última década, diversos estudos têm proposto indicadores de adequação para avaliar a qualidade dos cuidados pré-natais, incorporando outros elementos além da época de início do acompanhamento e do número de consultas recebidas (DOMINGUES et al, 2012).

Mortalidade Materna

A figura 5 mostra a taxa de mortalidade materna por região de saúde do estado do Piauí, nos anos de 2010 a 2017. Pelo gráfico, mostra-se que no período de 2011 a 2017, o Estado do Piauí atingiu a taxa de 83,68 dos óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos. No mesmo período citado, a região Entre Rios, que aderiu à Rede Cegonha, obteve taxa inferior à taxa estadual, assim também como a região Vale do Rio Guaribas. Porém, a região Vale dos Rios Piauí e Itaueira, que também aderiu à Rede Cegonha, obteve a maior taxa de mortalidade materna, com 154,29 óbitos a cada 10.000 nascidos vivos (Figura 5).

Figura 5 – Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos por região de saúde, nos anos de 2010 a 2017.



Fonte: Base de dados do SIM/SINASC

No Brasil, no ano de 1990, a taxa de mortalidade materna foi de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em 2007 verificou-se 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Porém, embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% no período descrito, o número de mortes maternas no país permanece elevado (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

No Estado do Piauí, dados da SESAPI apontam variações da série histórica com aumento global entre os anos de 2006 (76,41) a 2016 (81,84) de 7,1% na RMM/100.000 NV. Porém, observa-se certa homogeneidade dos dados e que houve uma redução de 3,2% entre 2011 (84,55) e 2016 (81,84).

Embora essa redução tenha ocorrido no período pós-implantação das ações estratégicas da Rede Cegonha, neste estudo não se pode atribuí-la a essas ações, uma vez que houve redução em uma região cuja adesão foi integrada, ou seja, contemplava somente dois componentes da Rede Cegonha e principalmente porque não houve redução na região Vale dos Rios Piauí e Itaueira, que foi a primeira região a aderir à Rede Cegonha, e que obteve a maior taxa de mortalidade materna nesse período.

No entanto, os resultados da pesquisa de Moura Fé (2016), no Estado do Piauí, cujo objetivo foi avaliar a mortalidade materna antes e após a implantação das ações estratégicas da Rede Cegonha, os resultados apontaram que, no intervalo de cinco anos antes da implantação das ações da Rede Cegonha houve um aumento de 33,6% na razão de morte materna;

entretanto, foi constatada redução de 20% nos anos correspondentes à implantação das ações da Rede Cegonha (2011 a 2015). Foi identificada uma redução global de 11,4% da RMM no período de 2006 a 2015 de 5% a cada ano a partir de 2011, embora não tenha sido identificada uma diferença estatisticamente significativa entre as médias no intervalo de cinco anos antes e cinco anos depois ($p = 0,542$). Essa redução sugere que ela se deu a partir das ações estratégicas preconizadas pela Rede Cegonha que foram desenvolvidas com vistas à redução da mortalidade materna no Piauí (MOURA FÉ, 2016).

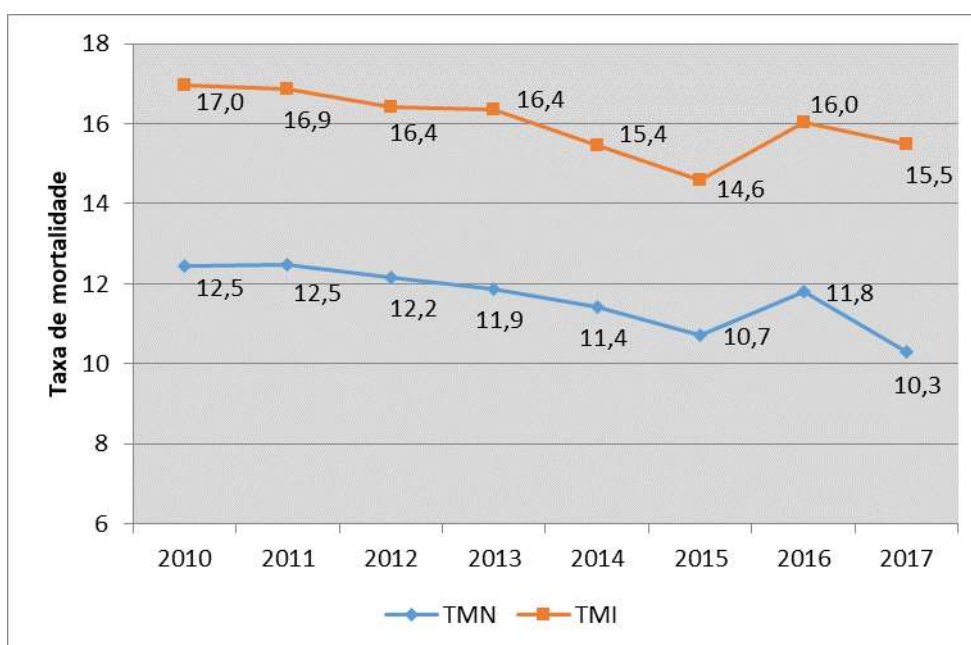
Outro estudo, intitulado “Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto” (SANTOS, 2013), realizada em Brasília, mostra avanços importantes na redução da morte materna em todo o Brasil, considerando o conjunto de estabelecimentos de saúde que aderiram à Rede Cegonha (SANTOS, 2013).

Mortalidade Neonatal e Mortalidade Infantil

Na figura 6, apresenta-se a série histórica das taxas de mortalidade neonatal e infantil no Estado do Piauí, de 2010 a 2017.

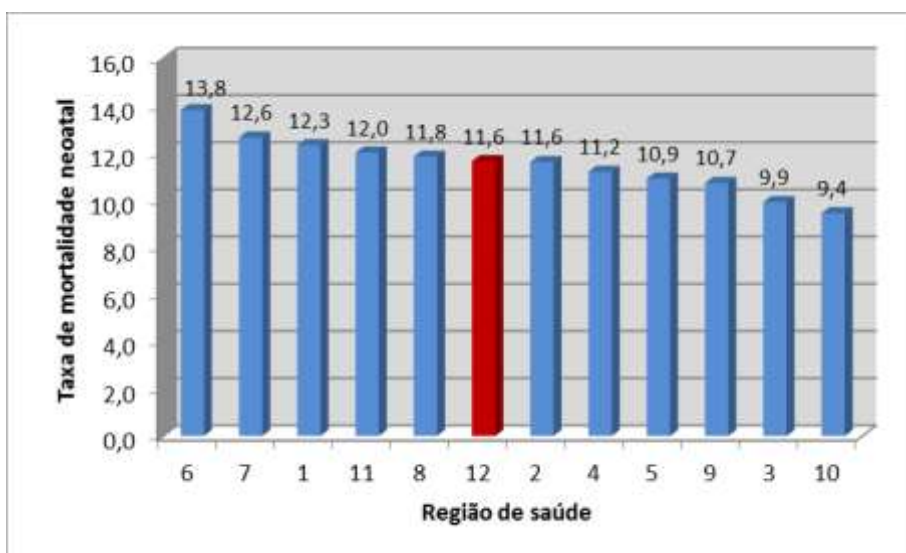
Observa-se na série histórica de 2011 a 2017 a taxa decrescente nas mortalidades neonatal e mortalidade infantil no Estado do Piauí, com pequeno pico em 2016 em ambas as mortalidades, mas voltando a decrescer no ano seguinte.

Figura 6 – Série histórica das taxas de mortalidade neonatal e infantil por 1.000 NV no Estado do Piauí, de 2010 a 2017.



Fonte: Base de dados do SIM/SINASC.

Figura 7 – Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 NV por região, durante os anos de 2010 a 2017.



Fonte: SIM/SINASC.

A Figura 7 mostra que a taxa de mortalidade neonatal no Estado do Piauí foi de 11,6/1.000 NV calculada no período de 2010 a 2017; a maior taxa de mortalidade neonatal se encontra na região 6 (Vale do Rio Guaribas), com taxa próxima de 14/1.000 NV; e a menor se encontra na região 10 (Tabuleiros Alto Parnaíba), com 9,4/1.000 NV.

Os coeficientes de mortalidade infantil subsidiam a avaliação das condições de vida de uma população. A mortalidade infantil é comumente usada para averiguar o nível de vida e saúde de uma localidade por ser sensível às melhorias no acesso à saúde e qualidade de vida. A condição da saúde infantil, considerada um indicador clássico da saúde pública, está associada, entre outros, ao acesso aos serviços de saúde, situação sanitária, nível de escolaridade da mãe, condição de habitação e alimentação (CARVALHO et al, 2015).

No Piauí, os 224 municípios, nas duas formas de modalidade (regional e integrada) aderiram à Rede Cegonha. Muitas ações foram desenvolvidas nos seus quatro componentes, porém os dados desse estudo não permitem assegurar que foi esse Programa o responsável pela redução dessas mortalidades, mas acredita-se que suas ações tiveram uma parcela de contribuição, apesar do aumento nos dois tipos de mortalidades no ano de 2015, três anos após a implantação da Rede Cegonha.

5.1.6 Fase 5 – Certificação

A certificação é concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a verificação da realização das ações de atenção à saúde previstas no Artigo 7º da Portaria nº

1.459/2011. (BRASILg, 2011).

O programa Rede Cegonha não teve a qualidade de suas ações avaliadas, assim como a conformidade das mesmas com os atos normativos do Programa, realizados pelo Ministério da Saúde até o término desse trabalho. Embora tenha havido monitoramento e avaliações pela equipe técnica do Ministério da Saúde, não houve uma avaliação final com o propósito da certificação. Essa fase, portanto, não foi implementada no estado do Piauí.

5.2 Potencialidades e fragilidades na implantação da RC

A análise qualitativa é baseada na matriz SWOT/FOFA, com levantamento de forças, fraquezas, oportunidade e ameaças da Rede Cegonha em relação às características gerais e seus elementos constitutivos.

Figura 8 – Matriz SWOT/FOFA.

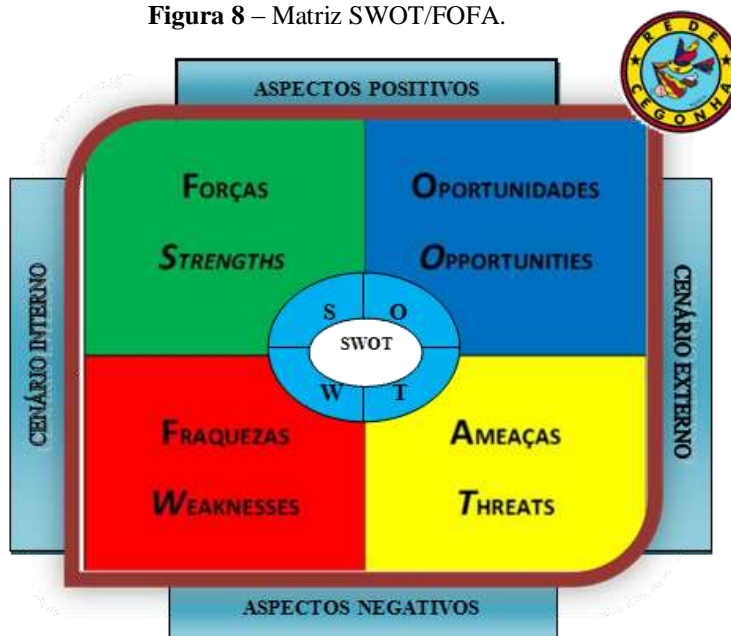


Figura - Matriz SWOT/FOFA

Esta é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário, sendo usada como base para gestão e planejamento estratégico, com a finalidade de avaliar os ambientes (interno e externo) visando otimizar seu desempenho na análise das potencialidades e fragilidades na implantação da Rede Cegonha: sendo considerado como ambiente interno a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí e como ambiente externo o Governo Federal/Ministério da

Saúde/Gestão Municipal e sociedade civil e organizada.

Apresenta-se as ferramentas positivas da matriz SWOT/FOFA aplicadas à Rede Cegonha: a) Forças (Strengths) – que são os recursos considerados importantes que podem ser empregados para o alcance de objetivos e metas da RC; b) Oportunidades (Opportunities) – são forças externas que não estão sob a governabilidade da SESAPI, mas que podem ser aproveitadas para favorecer o desenvolvimento das ações, objetivos e metas da RC.

Apresenta-se as ferramentas negativas da matriz SWOT/FOFA aplicadas à Rede Cegonha: a) Fraquezas (Weaknesses) – são pontos fracos/fraquezas, que correspondem aos pontos vulneráveis que podem limitar ou reduzir a capacidade de implementação da RC; b) Ameaças (Threats) – produzem obstáculos ao desenvolvimento desta rede, mas que podem ser evitadas por meio da identificação e da tomada de medidas adequadas.

(GIOVANNI, 2013), Estudo trás uma análise qualitativa do processo de operacionalização da RC baseado na matriz SWOT. Em síntese a RC possui mais pontos fortes do que fracos, que merecem ser superados para facilitar o enfrentamento das ameaças.

Quadro 5 – Potencialidades e Fragilidades na Implantação da Rede Cegonha no PI com Aplicação do Método SWOT

CENÁRIO INTERNO POTENCIALIDADES/ FORÇAS	CENÁRIO EXTERNO OPORTUNIDADES
<p>Adesão do Estado logo após o lançamento da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011;</p> <p>A coordenação no processo de implantação da RC no Estado que se deu pela Superintendência de Atenção à Saúde/SESAPI;</p> <p>Definição e elegibilidade das regiões de saúde da RC seguindo os critérios que preconiza a Portaria;</p> <p>Institucionalização do Fórum Estadual da RC, do Grupo Condutor Estadual, do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha de Teresina como espaço coletivo de planejamento, monitoramento, tomada de decisões e divulgação das ações sobre temas relacionados à atenção da gestantes, RN, puérperas e crianças;</p> <p>Calendário e local definido das reuniões mensais do fórum e GCERC, com participação de 92,31% de técnicos da SUPAT, MS e das demais instituições que compõem o fórum e GCERC;</p> <p>Sistematização e registro de reuniões em atas pelos grupos condutores, principalmente pelo Fórum;</p> <p>Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a</p>	<p>Apoio técnico do MS, CONASS, CONASEMS, CNS, COSEMS/PI, universidades, e da sociedade civil e organizada;</p> <p>Parceria com órgãos de controle externo, a exemplo do Ministério Público e conselhos de direitos e de associações de classes profissionais a exemplo do COREN;</p> <p>Financiamento da esfera federal repassado fundo a fundo, para custeio das ações e serviços da RC e para construção, ampliação e reforma de ambiência, UCI, UTI, CPN e CGBP;</p> <p>Implantação de novos serviços a exemplo do Centro de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, UCI e UTIN;</p> <p>Promoção da capacitação, formação e qualificação dos profissionais de saúde da APS, da atenção secundária e terciária, através de parceiras com universidades, com oferta de novos cursos, residências, especializações e outros.</p>

Continua

<p>regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames);</p> <p>Promoção da capacitação e qualificação dos profissionais de saúde da APS;</p> <p>Implantação de novos serviços a exemplo do Centro de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, UCI e UTIN;</p> <p>100% dos municípios do estado do Piauí aderidos ao componente pré-natal;</p> <p>O transporte sanitário apresenta-se como força para a implementação da RC.</p>	<p>Garantia de alguns dos dispositivos da diretriz de Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, especialmente o direito da gestante constatada nas regiões monitoradas pelo Ministério da Saúde;</p> <p>Vinculação da gestante à maternidade de referência, a ser feita pela Atenção Básica;</p> <p>A garantia de “vaga sempre”. Apenas um município que elaborou o plano de vinculação da gestante, mas também mostrou ter fragilidades no cuidado em rede.</p>
CENÁRIO INTERNO	CENÁRIO EXTERNO
FR AQUEZAS	AMEAÇAS
<p>Fragilidade do processo de monitoramento e avaliação das ações planejadas principalmente do componente pré-natal;</p> <p>Baixa utilização de sistemas de informação como ferramenta na tomada de decisão;</p> <p>Fragilidade no processo de comunicação e integração entre as áreas técnicas da SES;</p> <p>Baixo registro e divulgação das ações desenvolvidas pela SES;</p> <p>Desconhecimento do modelo institucional das Regiões de Saúde do Estado por parte dos trabalhadores de saúde, usuários e principalmente profissionais de saúde inseridos em intuições de ensino e outros órgãos.</p>	<p>A não garantia do cuidado em rede verificada, em monitoramento pelo MS nas três regiões de saúde, constatado pela não vinculação da gestante à maternidade de referência, a ser feita pela Atenção Básica;</p> <p>A não garantia de “vaga sempre”. Apenas um município que elaborou o plano de vinculação da gestante, mas também mostrou ter fragilidades no cuidado em rede.</p> <p>A não implantação do Componente do Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha;</p> <p>Pouco envolvimento dos gestores dos sistemas de saúde nos três níveis de gestão.</p>

Fonte: Elaborado pela autora/ Dados primários (2017).

Esta análise demonstra que a Rede Cegonha em seu cenário interno possui pontos fortes consistentes e consolidados, que se apresentam em maior número que os pontos fracos, sendo estes predominantemente de processo de trabalho, organização e logísticas, portanto são totalmente passíveis de mudanças. Isso representa um cenário bastante positivo para o processo de implementação da Rede Cegonha.

O cenário externo oferece oportunidades com grande potencial de fortalecer esta estratégia e em contrapartida temos ameaças significativas, que podem colocar em risco a Rede

Cegonha. O enfrentamento das ameaças demanda construção de estratégias a partir dos pontos fortes e oportunidades.

Como pode ser observado, A RC possui mais pontos fortes do que fracos, que merecem ser superados para facilitar o enfrentamento das ameaças e melhorar o aproveitamento das oportunidades. As oportunidades existentes têm papel fundamental no suporte da RC, tanto para superação dos pontos fracos, como fortes aliadas no enfrentamento das ameaças.

As ameaças existentes na RC são pontos críticos e importantes que merecem atenção. Em relação aos pontos fracos é necessário estabelecer um plano defensivo para evitar que as ameaças externas sejam potencializadas por estes.

Se não encontrar alguma alternativa para superar a multiplicidade e complexidade dos instrumentos de gestão, pactuação e monitoramento, será bastante difícil dar conta da universalização da Rede Cegonha e ainda poderá produzir iniquidade em especial aos municípios com menor capacidade de gestão e financeira.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo que foi analisar o processo de implantação da Rede Cegonha a partir da análise do cumprimento da operacionalização das ações previstas para cada uma das fases do Programa, da verificação se as ações e serviços contribuíram para a organização da Rede de Atenção Materna e Infantil no Estado do Piauí e da avaliação do impacto das ações na assistência obstétrica e neonatal a partir de indicadores de atenção e de mortalidade.

Ao analisar o processo de implantação da Rede Cegonha (RC) no Estado do Piauí, objetivo desta pesquisa, identificou-se pela descrição de suas fases que quatro das cinco fases foram realizadas, duas em sua totalidade, duas parcialmente, e uma não realizada.

As Redes de Atenção em Saúde apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiam seus recursos e são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica. Dessa forma, todos os pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, convocando para uma atenção integral sob coordenação da Atenção Primária.

A implementação da RC no Piauí não atingiu o nível de organização desejado pois sair de um modelo de saúde com ações fragmentadas para um modelo em rede se trata de um processo complexo e longo que demanda, para dar certo, empenho, organização, manejo das estruturas políticas, qualificação dos processos de gestão, maior acirramento no monitoramento e avaliação das ações, a fim de garantir a pactuação, a execução, o cumprimento de metas definidas nos planos de ação.

Mas é notório o avanço desse Programa no Piauí que pode ser percebido pelo registro das ações, pelas potencialidades identificadas e pela provável contribuição para o resultado positivo de alguns indicadores de atenção e mortalidade do Estado.

Verificou-se que a Rede Cegonha, no decorrer do período após sua implantação, produziu bons resultados, o que representou mais recursos para os municípios, oferta de novos exames, avanço e qualificação do cuidado pré-natal, parto e nascimento.

O levantamento realizado das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças presentes nesta rede, demonstrou que a RC possui mais pontos fortes do que fracos, que merecem ser superados para facilitar o enfrentamento das ameaças e melhorar o aproveitamento das oportunidades.

Conclui-se, portanto, que a Rede Cegonha constitui-se em um arranjo organizativo com

potência para melhorar a atenção à saúde obstétrica e neonatal, podendo contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil. Ela é uma alternativa viável para a superação da fragmentação do sistema de saúde e apresenta-se como a proposta de um novo modelo de atenção para a saúde da mulher, gestante e recém-nascido.

Para tanto espera-se ter contribuído com esse estudo para o processo de avaliação das ações de saúde do Estado, bem como para o processo de planejamento nessa área pelos gestores da saúde.

Tendo em vista a amplitude do tema estudado, o caráter inovador de gestão e o pouco tempo de implantação da RC, entende-se que este trabalho não esgotou o tema. Considerando ainda que é um processo em construção, faz-se necessário maior aprofundamento na análise e realização de um estudo após maior tempo de implantação, a fim de se identificar resultados mais concretos e tangíveis.

REFERÊNCIAS

AGRANOFF; Lindsay (1983); PODOLNY; Page (1998); CASTELL (2000).

ARRUDA, C; LOPES, SGR; KOERICH, MHAL; WINCK, DR; MEIRELLES, BHS; MELLO, ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v.19, n.1, 2015.

BARRETO, MO. **O parto na maternidade vinculada**: um direito ainda não alcançado na região Nordeste. 2014. 66 p. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

BICK, D; BASTOS, MH; DINIZ, SG. Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde maternal e infantil por toda vida: a necessidade de abordar o serviço “invisível” no período pós-natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, 2008.

BIET, DB; PIRES, VATN. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das puérperas. **Rev. Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste, v.8 n.1, jul-ago. 2015.

BITTENCOURT, SDA (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp., 2013.

BRAGA, PP; SENA, RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, 2012.

BRASILa. República Federativa. **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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso: 17 dez. 2017.

BRASILb. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASILc. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei. nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm >. Acesso: 25 mar. 2018.

BRASILd. Presidência da República. **Lei. nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASILE. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Programa. **Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASILf. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso 18 jan. 2018.

BRASILg. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASILh. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011.** Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASILi. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.616, de 26 de julho de 2012.** Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Piauí. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1616_26_07_2012.html> Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASILj. Ministério da Saúde. **Portaria 1.857, de 29 de agosto de 2012.** Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Piauí e aloca recursos financeiros para sua implementação. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1857_29_08_2012.html>. Acesso em 21 jan. 2018.

BRASILk. Ministério da Saúde. Anexo Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. In: **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). Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. In: **Anexo. 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). Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf >. Acesso em 21 jan. 2018.

BRASILm. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso: 21 dez. 2016.

CARVALHO, RA; SANTOS, VSS; MELO, CM; GURGEL, RQ; OLIVEIRA, CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n.5, 2015.

CASSIANO, ACM; CARLUCCI, EMS; GOMES, CF; BENNEMANN, RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, abr.-jun. 2014.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede** – a era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CAVALCANTI, PCS; GURGEL JUNIOR, GD; VASCONCELOS, ALR; GUERRERO, AVP. Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out-dez. 2013.

COSTA, AM. Políticas de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed, rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CUNHA, SF; D'EÇA JUNIOR, A; RIOS, CTF; PESTANA, AL; MOCHEL, EG; PAIVA, SS. Peregrinação no anteparto em São Luis - Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2010.

DI GIOVANNI, Miriam. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. [Monografia]. Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Brasília-DF, 2013. Disponível em: < <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1> > . Acesso: 19 mar. 2017.

DOMINGUES, RMSM; HARTZ, ZMA; DIAS, MAB; LEAL, MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**. v. 28, n. 3, 2012.

FERNANDES, RZS; VILELA, MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de

saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, nov. 2014.

FLEURY, S; OUVERNEY, AM. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANCO, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRATINI, JRG. **Avaliação de um programa de referência e contrarreferência em saúde**. Universitário do Vale do Itajaí: Santa Catarina. 2007.

FRATINI, JRG; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 1, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

HOLANDA, AB. **Mini dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

INOJOSA, RM. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, v.41, n.36, 2008.

KUSCHNIR, R. e CHORNY, A.H. redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2307-2316, ago, 2010.

LANSKY, S; FRICHE, AAL; SILVA, AAM; CAMPOS, D; BITTENCOURT, DAS; CARVALHO, ML; FRIAS, PG; CAVALCANTE, RS; CUNHA, AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc São Paulo**. v.20, n.4, 2011.

LOYOLA, CMD. Continuidade do cuidado. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MAGALHÃES JUNIOR, HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, out. 2014.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS Abrasco, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencaoprimaria_saude.pdf>. Acesso: 23 maio 2017.

MERIGHI, MAB; GUALDA, DMR. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v, 17, n.2, Ribeirão Preto mar-abr, 2009.

MONTESCHIO, LVC; SGOBERO, JKS; MARCON, SS; MATHIAS, TAF. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, 2014.

MOURA FÉ, Maria Auzeni de. **Mortalidade materna antes e após a implantação da Rede Cegonha em um estado do Nordeste**. 2017. 80f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Teresina, 2017.

ODM. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM, Brasília: Ipea, MP, SPI, 2014.

OLIVEIRA, EM; CELENTO, DD. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**. v.07, n.1, jan.- jun. 2016.

OLIVEIRA, MS; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, pp. 751-760, abr, 2009.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS. **Brasil:**

conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2010.

OUPERNEY, AM. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulg. Saúde Debate**; v.42, abr. 2008.

PEREIRA, TS; PINHEIRO, WS; BANDEIRA, JÁ; DANTAS, LF; CAVALCANTE, JA. **Levantamento comparativo das internações hospitalares por doenças relacionadas à transmissão feco-oral entre os Estados situados no semiárido brasileiro**. Disponível em: < http://www.editorarealize.com.br/revistas/aguanosemiarido/trabalhos/TRABALHO_EV079_MD1_SA7_ID224_27082017171338.pdf >. Acesso: 29 jul. 2018.

PIAUÍa. Diário Oficial do Município. **Resolução nº 46**, CIB-PI, de 11 de maio de 2012.

PIAUÍb. Diário Oficial do Município. **Resolução CIB-PI nº 045**, de 2012.

PIAUÍc. Diário Oficial do Município. **Resolução CIB-PI nº 105**, de 09 de novembro de 2011.

PIAUÍd. Estado do Piauí. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de atenção integral à saúde. **Diagnóstico situacional da saúde da criança e da mulher no Estado do Piauí: ênfase na gestante e no recém-nascido**. Teresina, 2011.

PIAUÍe. SESAPI. Secretaria da Saúde do Estado do Piauí. **Portaria SESAPI/GAB/ nº 06 - B**, de 10 de novembro de 2011.

PIAUÍf. Portaria SESAPI/GAB nº 115, de 28 de março de 2012. Cria o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE-RC) e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Piauí**, Teresina, PI, v. 189, 28 mar. 2012.

PIAUÍg. Estado do Piauí. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de atenção integral à saúde. Grupo Condutor estadual da Rede Cegonha. **Relatório de monitoramento e avaliação do Programa Rede Cegonha no Piauí – 2011 a 2014**. Teresina, 2015.

PIAUÍh. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Implantação e Implementação da Rede de Atenção à Saúde do Estado do Piauí**. Teresina: DUP Piauí, 2016.

PINHEIRO, R; FERLA, AA; MATTOS, RA. **Gestão de Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, Rio de Janeiro, 2006.

POSSATI, AB; PRATES, LA; CREMONESE, L; SACARTON, J; ALVES, CN; RESSEL, LB.

Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery**. n. 21, v.4, 2017.

SANTOS, L; ANDRADE, LOM. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, SF. (Org) **Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SANTOS, NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro; v. 33, n. 81, jan.-abr. 2009.

SANTOS, NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v.13, supl. 2, 2008.

SANTOS, Gilmara Lúcia dos. **Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. / Gilmara Lúcia dos Santos. 2013. 60 f.Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, EP; LIMA, RT; COSTA, MJC; FILHO, MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev. Panam Salud. Públ.** v.33, n.5, 2013.

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 16, n. 6, jun.2011.

SILVA, SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**; v.33, n. 81, 2009.

SILVA, SF; MAGALHÃES JR, HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, SF. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SILVA, SF; MAGALHÃES JR., HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, SF. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA. SF. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: Saberes Editora, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

APÉNDICE

APÊNDICE 01

LISTA DE ATAS CONSULTADAS

Fórum da Rede Cegonha do Estado do Piauí

Ano de 2011 a 2017

Ata 1: Reunião dia 21/09/2011	Ata 34: Reunião dia 10/07/2014
Ata 2: Reunião dia 21/10/2011	Ata 35: Reunião dia 14/08/2014
Ata 3: Reunião dia 16/11/2011	Ata 36: Reunião dia 11/09/2014
Ata 4: Reunião dia 21/12/2011	Ata 37: Reunião dia 09/10/2014
Ata 5: Reunião dia 18/01/2012	Ata 38: Reunião dia 12/02/2015
Ata 6: Reunião dia 15/02/2012	Ata 39: Reunião dia 12/03/2015
Ata 7: Reunião dia 21/03/2012	Ata 40: Reunião dia 15/05/2015
Ata 8: Reunião dia 18/04/2012	Ata 41: Reunião dia 11/06/2015
Ata 9: Reunião dia 16/05/2012	Ata 42: Reunião dia 08/07/2015
Ata10: Reunião dia 20/06/2012	Ata 43: Reunião dia 13/08/2015
Ata11: Reunião dia 18/07/2012	Ata 44: Reunião dia 10/09/2015
Ata 12: Reunião dia 15/08/2012	Ata 45: Reunião dia 13/10/2015
Ata 13: Reunião dia 19/09/2012	Ata 46: Reunião dia 12/11/2015
Ata 14: Reunião dia 17/10/2012	Ata 47: Reunião dia 10/12/2015
Ata 15: Reunião dia 21/11/2012	Ata 48: Reunião dia 11/02/2016
Ata 16: Reunião dia 19/12/2012	Ata 49: Reunião dia 10/03/2016
Ata 17: Reunião dia 16/01/2013	Ata 50: Reunião dia 14/04/2016
Ata 19: Reunião dia 20/03/2013	Ata 51: Reunião dia 11/05/2016
Ata 20: Reunião dia 17/04/2013	Ata 52: Reunião dia 09/06/2016
Ata 21: Reunião dia 15/05/2013	Ata 53: Reunião dia 11/08/2016
Ata 22: Reunião dia 19/06/2013	Ata 54: Reunião dia 15/09/2016
Ata 23: Reunião dia 17/07/2013	Ata 55: Reunião dia 13/10/2016
Ata 24: Reunião dia 14/08/2013	Ata 56: Reunião dia 08/11/2016
Ata 25: Reunião dia 18/09/2013	Ata 57: Reunião dia 09/02/2017
Ata 26: Reunião dia 10/10/2013	Ata 58: Reunião dia 09/04/2017
Ata 27: Reunião dia 14/11/2013	Ata 59: Reunião dia 18/05/2017
Ata 28: Reunião dia 12/12/2013	Ata 60: Reunião dia 08/06/2017
Ata 29: Reunião dia 13/02/2014	Ata 61: Reunião dia 13/07/2017
Ata 30: Reunião dia 13/03/2014	Ata 62: Reunião dia 10/08/2017
Ata 31: Reunião dia 10/04/2014	Ata 63: Reunião dia 14/09/2017
Ata 32: Reunião dia 08/05/2014	Ata 64: Reunião dia 11/10/2017
Ata 33: Reunião dia 10/06/2014	Ata 65: Reunião dia 09/11/2017

APÊNDICE 01

LISTA DE ATAS CONSULTADAS

Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha do Estado do Piauí

Ano de 2015 a 2017

Ata 1: Reunião dia 30/03/2015
Ata 2: Reunião dia 16/04/2015
Ata 3: Reunião dia 20/05/2015
Ata 4: Reunião dia 18/06/2015
Ata 5: Reunião dia 25/10/2015
Ata 6: Reunião dia 18/02/2016
Ata 7: Reunião dia 17/03/2016
Ata 8: Reunião dia 08/06/2016
Ata 9: Reunião dia 13/09/2016
Ata10: Reunião dia 16/11/2016
Ata11: Reunião dia 06/11/2017
Ata 12: Reunião dia 15/08/2012

APÊNDICE 02

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

- I - Adesão e diagnóstico
- II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção
- IV - Qualificação dos componentes e
- V – Certificação

I - FASE 1: ADESÃO E DIAGNÓSTICO:

a) Apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;

Evento	Data	Representação
Reunião CIB	09 /11 /2011	

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Colegiado de Gestão Regional - CGR

Colegiado	Data	Representação
CIR		
CIB -Reunião	09 /11 /2011	

c- Homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB

Colegiado	Data	Representação

d- Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:

Portaria nº -----

Composição prevista em portaria	Sim	Não
SES		
COSEMS		
MS		

Atribuições do GCERC	Alcançada	comprovação	Não alcançada
mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;			
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede			
3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase			
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.			

II - FASE 2: DESENHO REGIONAL DA REDE CEGONHA

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança

Tipos de dados previstos na portaria	Existente	Não existente
Dados demográficos		
Dados epidemiológicos		
Dimensionamento da demanda assistencial		
Dimensionamento da oferta assistencial		
Análise da situação da regulação		
Análise da situação vigilância epidemiológica		
Análise da situação, do apoio diagnóstico		
Análise da situação do transporte		
Análise da situação da auditoria e do controle externo		

b) Pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR)

Evento	Data	Representação

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos.

Pontos exigidos pela portaria	Documento comprobatório	Discriminação
Pactuação no CGR		
Programação da atenção integral à saúde materna e infantil		
Definição de responsáveis pelas ações		
Definição de aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado e pelos Municípios envolvidos.		

Elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR

Território	Numero de municípios	Número de municípios com plano elaborado	Ano

d) Estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

Portaria do Forum	Representação	Número de reuniões	Pautas

III - FASE 3: CONTRATUALIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

a) Elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município

Território	Município	Ano

b) Contratualização pelo Estado ou Município dos pontos de atenção da Rede CEGONHA

Território	Município	Ano

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

Território	Numero de municípios	Número de municípios com GCM criado

IV - FASE 4: QUALIFICAÇÃO DOS COMPONENTES: (ver só nos 4 territórios com planos aprovados)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 Portaria que institui a rede Cegonha

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: CERTIFICAÇÃO, QUE SERÁ CONCEDIDA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AO GESTOR DO SUS ANUALMENTE APÓS A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE PREVISTAS NO ART. 7º, AVALIADAS NA FASE DE QUALIFICAÇÃO DOS COMPONENTES.

Art. 9º. Responsabilidades dos entes na ara operacionalização da Rede Cegonha cabe:

Ente	Responsabilidades	verificação
União /MS	Apoio à implementação Financiamento	
Estado/SES	Apoio à implementação coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha financiamento Contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão Monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada	

Município/SMS	<p>Implementação</p> <p>Coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha</p> <p>Financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão</p> <p>Monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.</p>	
---------------	--	--

Financiamento custeio - conforme plano e portaria

Ente	Previsto	Executado
Município		
Estado		
Município		

Financiamento investimento conforme plano e portaria

Tipo	Previsto	Executado (%)
Município		
Estado		
Município		

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

ANEXOS



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A Secretaria Estadual de Saúde do Piauí por meio da Superintendência de Atenção à Saúde, considerando a importância do Projeto de Pesquisa abaixo qualificado, manifesta sua concordância e autoriza a pesquisadora a proceder ao recrutamento da pesquisa em documentos e arquivos ou demais instrumentos documentais que se fizerem necessário desta secretaria, com o objetivo de levantar informações que seja pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa a qual a pesquisadora se propõe.

QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:

Título: Redes de Atenção à Saúde: Análise do Processo de Implantação da Rede Cegonha de 2011 A 2016

Pesquisador: Valtânia Leite Barros, mestrando em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Piauí.

Objetivo: Analisar o Processo de Implantação da Rede Cegonha – RC no período de 2011 a 2016 no Estado do Piauí.

Sujeitos da Pesquisa: Utilização de dados secundários, da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí-SESAPI.

Teresina (PI), 03 de maio de 2017.


Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
Superintendente de Atenção à Saúde

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
Superintendente de Atenção Integral à Saúde
SUPAT/SESAPI - Mat.: 181042-3

Secretaria de Estado da Saúde / SESAPI
Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo
CEP 64210-900 - Teresina, Piauí, Brasil
Telefone: 85 3216.1583
www.saude.pi.gov.br

PORTARIA SESAPI/GAB Nº. 000115 /2012

EM: 28 MAR. 2012

A **Secretária de Saúde do Estado do Piauí**, no uso de suas atribuições legais e, tendo em vista o que determina a portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 a qual institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS- a Rede Cegonha, em seu o artigo 8º -I -d.

RESOLVE:

Art. 1º - Tornar sem efeito a Portaria nº 0006-B de 10 de novembro de 2011.

Art. 2º- Instituir o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha- GCERC- do Estado do Piauí formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde- SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

Art. 3º - Definir que fará parte do GCERC um representante do Ministério da Saúde para prestar apoio institucional.

Art. 4º- Definir como responsabilidades do GCERC as seguintes atribuições, constantes na portaria 1459, de 24 de Junho de 2011:

- 1- Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase de operacionalização da Rede Cegonha;
- 2- Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/ implementação da Rede;
- 3- Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de operacionalização da Rede Cegonha;
- 4- Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da Rede;

Art. 5º - Designar para compor o referido Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha- GCERC, sob a coordenação do primeiro componente os seguintes membros:

- a- **Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé- Superintendente de Atenção Integral à Saúde;**

- b- Iris Mary Meneses do Amaral – Assistente Social da Superintendência de Atenção Integral à Saúde;**
 - c- Telma Maria Evangelista de Araujo – Diretora de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde;**
 - d- Maria Rosa de Moraes Milanêz – Gerente de Atenção à Saúde;**
 - e- Maria Auzeni de Moura Fé – Coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher;**
 - f- Rosa Laura Reis Melo – Coordenadora de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente;**
 - g- Alduína Maria Machado do Rego Monteiro – Assessora Técnica do COSEMS;**
 - h- Soraya Maria de Albuquerque Pessoa – Psicóloga e Apoiadora Institucional do Ministério da Saúde;**
 - i- Zenira Martins Silva – Coordenadora de Análise e Divulgação de Tendências em Saúde**
 - j- Maria Ângela dos Santos Freitas – DUCARA/Coordenadora de Processamento em Saúde**
 - k- Mônica da Silva Pinto Cronemberger – Enfermeira da Gerência de Vigilância em Saúde**
 - l- Cassandra Pereira Borges Costa – Gerente de Atenção Básica**
 - m - Sheylla Kaline Santos Maranhão – Fundação Municipal de Saúde**
- Art. 6º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ, EM

CIENTIFIQUE-SE,
PUBLIQUE-SE,
CUMPRA-SE.

Atenciosamente,



LILIAN DE ALMEIDA VELOSO NUNES MARTINS
Secretária de Estado da Saúde do Piauí

RESOLUÇÃO CIB-PI, Nº 105/2011

A Comissão Intergestores Bipartite do Piauí em sua 179ª Reunião Ordinária, realizada no dia 11 de novembro de 2011, em Teresina, no uso de suas atribuições legais e regimentais e considerando:

- a) O disposto nas Portarias GM/MS, nº 1.459 de 24/06/11, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha; GM/MS, nº 2.351 de 05/10/11 que altera a Portaria nº 1.459 de 24/06/11 e atualiza os valores de investimento e custeio e a Portaria GM/MS nº 650 de 05/10/11 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e municipal da Rede Cegonha.
- b) As necessidades do Estado e dos Municípios de adesão a Rede Cegonha com a elaboração dos Diagnósticos e dos Planos de Ações das Regiões e dos Municípios.

RESOLVE:

- 01 – Aprovar os Critérios de Priorização das Regiões de Saúde do Piauí para realização do Diagnóstico e Elaboração do Plano de Ação da Rede Cegonha.
- 02 – Aprovar a criação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, conforme publicado na Portaria SESAPI/GAB, nº 006-B/2011.
- 03 – Encaminhar esta Resolução ao Ministério da Saúde para as devidas providências.

Teresina, 11 de novembro de 2011.


LILIAN DE ALMEIDA VELOSO NUNES MARTINS
Secretária de Estado da Saúde do Piauí e
Coordenadora da CIB-PI


ILVANETE TAVARES BELTRÃO
Presidente do COSEMS-PI e
Secretária Municipal de
Saúde de Parnaíba-PI