



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TESE DE DOUTORADO

**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL:
OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

MÔNICA ALMEIDA NERI

**Salvador/BA
2017**

MÔNICA ALMEIDA NERI

**QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL:
OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito para obtenção do grau de Doutor (a) em Saúde Pública, com área de concentração Planificação em Saúde

Orientador: Prof^o Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota

Coorientadora: Prof^a Dr^a Isabela Cardoso de Matos Pinto.

**Salvador/BA
2017**

*Ao meu pai, meu amor, minha vida...
alguém que sempre acreditou em mim,
e me amou, antes mesmo de eu existir...*

*À minha mãe, mulher guerreira, meu exemplo,
minha força, meu porto seguro
e referência nos momentos preciosos da vida...*

*Às minhas filhas, Danniele e Marianna,
certeza do amor de Deus e de que é
preciso continuar e retribuir ao Universo
tantas dádivas recebidas...*

AGRADECIMENTOS

“A vida fica muito mais fácil quando a gente sabe aonde estão os beijos que precisamos...”

(Mário Quintana)

Nesta caminhada de trabalho e aprendizado, tive a companhia de verdadeiros amigos com os quais pude contar nos mais diversos momentos e desafios. Alguns, presencialmente ao meu lado; outros, numa distância não tão distante, pois o pensamento e a energia de acreditar juntos nos fez superar as dimensões.

Inicialmente, agradeço a Deus a oportunidade de viver esses momentos ricos, intensos, gratificantes com pessoas tão especiais...

A você, meu pai lindo, obrigada pelo estímulo, pela alegria de todas as deliciosas lembranças que me fizeram aliviar a saudade e superar tudo e qualquer coisa...

A minha mãezinha, muito obrigada, pela paciência, compreensão, força e por todo seu amor...

Às minhas filhas, por tantos momentos que tivemos que estudar juntas, mas sem abrir mão de um denço, de um carinho, de um cheiro...

Ao meu marido, companheiro, amigo de todas as horas, pelos momentos compartilhados, pelo amor e cuidado em momentos disputados com os livros...

Aos meus orientadores, Isabela e Eduardo, pela gentileza, pela escuta, pela disponibilidade, por compreender as minhas inquietações e sempre me apoiar em tudo que se fez necessário...

Ao Prof. Jairnilson, por quem nutro profunda admiração e respeito.

A Luis Eugênio e Carmem, queridos mestres, obrigada pelo aprendizado e amizade.

Aos demais professores do ISC, todos queridos, com os quais pude aprofundar os questionamentos e encontrar um caminho em busca de respostas...

Aos professores da Banca de Qualificação, Arthur Chioro e Maria Guadalupe que muito contribuíram com suas observações e sugestões ao projeto.

Aos colegas, que se tornaram amigos, parceiros, pelo crescimento e aprendizado em grupo.

Aos funcionários do ISC, sempre atenciosos e parceiros. A você, Nunci, um cheiro especial...

Aos meus queridos colegas e grandes amigos da Climério de Oliveira: Eliana, Dil, Paulo, Zé Luis, James, Anderson, Nelba, Marinalva. Gente, muito obrigada pelo apoio e incentivo! Vocês são muito especiais pra mim!

A você, Renan, pelas orientações à distância e por saber simplificar e deixar mais leve as dificuldades.

Às Meninas Poderosas, pelo força e apoio! Valeu, mesmo!

Aos Amigos Incríveis! Fernanda, Acácia! O que dizer? Vocês foram incríveis!

Vinício, obrigada pelo apoio e disponibilidade incomum de sempre ajudar!

Aos colaboradores dessa pesquisa que doaram seu tempo e conhecimento a este estudo.

Mais uma vez, obrigada meu Deus, pela oportunidade de aprender e por, durante todo este tempo, ter sempre te encontrado ao meu lado!

O Rio e o Oceano

*“Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano,
ele treme de medo.
Olha para trás, para toda a jornada, os cumes, as montanhas,
o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos
povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar
nele nada mais é do que desaparecer para sempre.
Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar.
Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência.
Você pode apenas ir em frente.
O rio precisa se arriscar e entrar no oceano.
E somente quando ele entra no oceano
é que o medo desaparece.
Porque apenas, então, o rio saberá que não se trata de
desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano...”*

Osho

APRESENTAÇÃO

*“A imprescindível continuidade entre o sentimento,
o pensamento, o discurso e a ação...”*

(Mário Testa)

Apresento-me a você, leitor, leitora, com a tese intitulada “Qualificação da assistência materno-infantil: os desafios para implementação da Rede Cegonha”. Cada parágrafo, cada capítulo buscou estudar, refletir e discutir os “porquês” e os “senões” das dificuldades e facilidades para implementação de políticas que buscam impactar em melhorias das taxas de mortalidade materna e neonatal no país.

Busco, neste momento, rememorar o meu despertar para este objeto. Por que este e não outro? Volto à época do vestibular, quando, após aprovação em duas universidades, encontrei-me em dúvida sobre qual carreira seguir: medicina ou direito? Por precaução (curiosidade, talvez; desafio, com certeza), segui o primeiro semestre dos dois cursos. O direito se mostrou encantador: lutar pelo justo, a referência das leis, defender e argumentar a paz e o respeito social. Mas a medicina... esta se mostrou apaixonante com oportunidades de ajudar a “curar”, aliviar a dor, trazer um sorriso de esperança no rosto do outro.

Tornei-me médica em 1991 e, em 1993, conclui especialização em ginecologia e obstetrícia. A especialidade escolhida tem este significado para mim: facilitar a vida, facilitar alguém a iniciar sua vida, desde o seu real início com a fecundação. Facilitar a fecundação ou adiá-la, se este for o desejo daquela mulher. Cuidar desta mulher, dos seus anseios, ouvir, escutar os seus desejos e acalmar os seus medos, os receios e alegrias ao se iniciar sexualmente ou, quando o passar do tempo biológico a fizer pensar que já não vale a pena, fazê-la refletir o sentido da vida, o significado do tempo, o valor da maturidade.

Em 1998, fiz mestrado em ginecologia e obstetrícia na França. Tive a oportunidade de acompanhar serviços universitários de excelência na atenção à saúde, com acesso garantido, qualificado e oportuno às mulheres e crianças que necessitassem de cuidados.

Após alguns anos como servidora pública concursada, de prazeroso convívio com graduandos e pós-graduandos da área, assumi o cargo de Diretora Clínica na Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, em 2005. Iniciei a oportunidade de transitar por espaços para lutar pelos direitos de mulheres para um atendimento qualificado e seguro no

momento mais importante de suas vidas: o parir outro ser. O direito do cidadão tinha que ser respeitado. Em 2008, fui eleita Diretora Geral e reeleita em 2012, cargo que ocupo até os dias atuais.

Os desafios diários para um atendimento qualificado numa rede de assistência materno-infantil sobrecarregada e fragmentada, com sérias dificuldades de comunicação entre os pontos de atenção, se, por um lado, eram angustiantes, por outro, motivavam-me para a busca de soluções, de respostas de como melhor contribuir.

Aproximei-me da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, (ABRAHUE), a fim de participar das discussões em busca de melhorias para instituições estratégicas para o sistema de saúde do país, que pudessem significar recomposição do quadro de recursos humanos, atualização do parque tecnológico e qualificação do ensino, da pesquisa e da assistência lá prestados. Fui eleita, em 2014, e reeleita, em 2017, presidente desta associação, que tenho a honra de representar.

Neste contexto pessoal e profissional, a instituição da Rede Cegonha com a proposta de um cuidado ao parto e nascimento centrado na mulher, baseado em evidências científicas e de organização da rede materno-infantil para redução da morte materna e neonatal, despertou-me o interesse de pesquisar e de aprofundar o olhar para os movimentos em curso. Iniciei, assim, o doutorado em 2013, na perspectiva deste estudo.

Reconheço a implicação da autora com a pesquisa proposta, suas relações institucionais, profissionais e pessoais com sujeitos objetos da análise. O duplo pertencimento às perspectivas do profissional que pesquisa numa posição muito próxima ao campo de trabalho, o *praticien-chercheur**¹, e do pesquisador que participa da gestão pode coexistir sem predomínio de um sobre o outro (LAVERGNE, 2007).

A “não-neutralidade” aqui assumida favorece a produção de conhecimento em ato numa realidade em movimento entre o pesquisador-gestor e o gestor-pesquisador. Por outro lado, a literatura reconhece que a aproximação do pesquisador ao objeto a ser analisado facilita o penetrar e transitar no campo com seus atores com perfis e códigos sociais, profissionais e institucio-

¹ Praticien-chercheur define o profissional e o pesquisador que conduz a sua pesquisa sobre o seu campo profissional ou em um campo muito próximo ao seu mundo profissional com semelhanças ou ligações relativas ao seu ambiente ou área de atividade (De Lavergne, 2007, pag. 28)

nais diversos, numa postura, por vezes, de invisibilidade do pesquisador. As regras implícitas são de conhecimento do pesquisador-gestor e favorecem a compreensão dos fenômenos observados (MONCEAU,1997).

Ao longo desses quatro anos de estudo, tive a oportunidade de conviver com professores e colegas do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, num exercício e aprendizado constantes da análise crítica, construtiva, da realidade no meu entorno. O distanciamento para melhor compreender o todo e, ao mesmo tempo, o olhar aproximativo, minucioso, aprofundado para embasar discussões e argumentos foi uma atividade de profunda riqueza que pude experimentar.

Deparei-me, por diversas vezes, a contemplar aquela oportunidade, o privilégio de convívio com pessoas de profundo saber, domínio e beleza, detentores de um potencial crítico-reflexivo a me fazer desejar algum processo de osmose que acelerasse o meu aprendizado. Sentia-me num turbilhão de informações e conhecimento e, como num rio que corre para o oceano, percebia que, de alguma forma, mais, ou menos, consciente, aquela realidade me absorveria.

No cargo de gestão que ocupo, pude aplicar o aprendizado teórico e prático, numa responsabilidade vigilante para que, de alguma forma, eu pudesse ser multiplicadora da vivência e convivência com estes saberes. Não sei se estes mestres admirados, queridos, têm a consciência do que repercutem em seus alunos. Se percebem a dimensão do papel acadêmico e social que exercem nos seus espaços. Sinceramente, acredito que, pela simpatia e simplicidade (também referenciais de aprendizado) e pela postura ética, agregadora e motivadora naturalmente incorporadas em cada um deles, esta dimensão lhes passa despercebida.

A partir destas declarações, nas quais procuro ilustrar de onde falo e percebo a pesquisa aqui apresentada, inicio os esclarecimentos sobre a estruturação da tese. Organizei a abordagem numa sequência lógica para compreensão inicial do objeto, da proposta do estudo, seus resultados, discussão e possíveis contribuições.

Os cinco capítulos iniciais incluem a introdução, objetivos do estudo, metodologia da pesquisa, referencial teórico-conceitual e técnica de análise dos dados. No capítulo VI, apresento um breve histórico das ações governamentais anteriores à Rede Cegonha para qualificação da atenção materno-infantil no país com o objetivo de compreender as diferenças entre a Rede Cegonha e iniciativas outras instituídas anteriormente. Trouxe, ainda, a estratégia em análise com suas normativas institucionais.

Os capítulos seguintes buscaram apresentar ao(à) leitor(a) “a rede em movimento”, os desafios enfrentados para a implementação das ações e mudanças propostas. Nesta seção,

apresento os resultados e discussão do empírico com elementos do referencial teórico e experiências da literatura publicada. Foi buscado, neste formato de organização do estudo, atrair e convidar o(a) leitor(a) a nos acompanhar na trajetória de reflexão da realidade percebida no trabalho, a partir dos achados encontrados, analisados e discutidos, quanto às questões apresentadas para estudo e pressupostos da autora, a partir dos referenciais teóricos selecionados. Foram, assim, construídos os capítulos VII, VIII e IX.

O capítulo VII apresenta a operacionalização da Rede Cegonha no município de Salvador, por meio do seu desenho e ações previstas. O capítulo VIII, denominado “A Rede Cegonha e o funcionamento em rede (?): Humanização e Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento” buscou apresentar a estrutura, organização e funcionamento dos pontos de atenção à saúde materno-infantil e as dificuldades e facilidades para a implementação das ações. No capítulo IX, “Governança e Gestão da Rede Cegonha: sua Influência e as Responsabilidades em Jogo”, trouxe a análise da autonomia e efetividade dos encaminhamentos propostos nos espaços de decisão e sua influência para a implementação da estratégia em estudo. O capítulo X da tese remete às considerações finais com as reflexões da autora.

A construção desta tese foi composta por inquietantes e prazerosos momentos de busca, de encontro, de idas e vindas entre a teoria e a realidade percebida, de reflexão, de retorno e de avanço a um novo ponto com um produto que, de alguma forma, mais, ou menos, próximo do real, deseja refleti-lo fielmente. A expressão do “concreto pensado” descrita por Marx (1973) e ressaltada por Minayo (2014) traduz a beleza deste movimento. Descrevo-o como um dos mais ricos de todo este percurso. O sentimento de algo “construído” e, ao mesmo tempo, em construção, que pede continuidade, demanda novas posições a novas indagações, que tentaram seduzir a autora nesta trajetória, e a estimulam a continuar o caminhar e construir novos produtos.

Desejo, caro(a) leitor(a), que esta leitura lhe seja uma agradável companhia e que contribua para momentos elucidativos quanto a possibilidades de qualificação da atenção materno-infantil no país. Desejo, mais ainda: que estas páginas lhe despertem curiosidade para outras respostas e reflexões para novas perguntas e que novos resultados fortaleçam, a mim e a você, enquanto cidadãos e sujeitos com aptidão e atitude, para participar e evoluir a sociedade em que vivemos.

RESUMO

A qualificação da atenção materno-infantil persiste como importante desafio na grande maioria dos serviços da rede assistencial pública e privada do país. Associadamente, ou por consequência, as taxas de mortalidade materna e neonatal se mantêm em níveis ainda elevados e necessitam de intervenção urgente por parte dos gestores, profissionais de saúde e sociedade. A Rede Cegonha, estratégia prioritária do Ministério da Saúde instituída em 2011, apresenta como principais objetivos a organização das redes de assistência materno-infantil a nível nacional, a implantação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento. A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de implementação da Rede Cegonha no Município de Salvador, Bahia, com ênfase no componente parto e nascimento, focalizando a operacionalização da estratégia neste município, a identificação de fatores facilitadores e dificultadores, bem como a influência da governança local no processo de implementação e possíveis implicações. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória de estudo de caso único e busca, a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada, bem como por meio da obtenção das informações necessárias e processos interativos resultantes, compreender os fenômenos envolvidos na perspectiva dos integrantes da situação em análise. A produção de dados foi favorecida pelo trânsito da autora com o tema em análise e envolveu fontes múltiplas de evidências, por meio da pesquisa documental, entrevistas com gestores das instâncias federal, estadual e municipal e observação direta dos processos de implementação da estratégia nas unidades de saúde do estudo. A rede de assistência materno-infantil no município apresenta-se, no contexto do modelo assistencial, como uma rede parcialmente integrada com elementos a consolidar e a aprofundar no processo de implementação. Há uma população definida com a atenção à saúde em fase de efetivar a organização a partir dos distritos sanitários até as unidades de saúde vinculadas. A oferta de serviços, embora contemple um modelo com níveis de complexidade do cuidado estimulados, está prejudicada devido ao déficit de efetividade de utilização dos leitos identificado na rede. A mudança do foco de atenção da enfermidade para o indivíduo, especificamente para a mulher e o recém-nato, com os elementos da humanização que qualifiquem a atenção, enfrenta o desafio da superlotação. Associadamente, a insuficiência de recursos humanos em relação à capacidade instalada dos serviços e a falta de adequação da ambiência às recomendações da RDC 36/2008 mostraram-se como agravantes para a implementação das ações da Rede Cegonha, entre elas, a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento. Apesar das dificuldades e da necessidade de avanços, os resultados encontrados e as ações implementadas pela Rede Cegonha nas unidades do estudo, quanto à qualificação da assistência, mostraram-se como importantes motivadores para o fortalecimento dos processos e sensibilização de multiplicadores das práticas. A Rede Cegonha buscou, nacionalmente, efetivar ações num contexto perinatal adverso onde estrutura do Sistema Único de Saúde ainda está caracterizada por inúmeros desafios, entre eles, o subfinanciamento. As dificuldades inerentes a este sistema perpassam por aquelas enfrentadas na implementação da estratégia. Identificamos, entretanto, que, embora a estrutura e a organização da rede assistencial ao parto e nascimento no município estudado ainda sejam deficitárias quanto à efetividade dos leitos, completude das equipes, fidelidade dos dados, garantia de acesso seguro e qualificado ao usuário SUS, importantes avanços foram conquistados. As mudanças efetivadas ou em fase de efetivação precisam ser consolidadas.

Palavras-chave: Rede Cegonha, Redes de Atenção à Saúde, Parto e Nascimento, Assistência Materno-infantil, Cuidados Integridos de Saúde Obstétricos, Sistemas Integrados Obstétricos.

ABSTRACT

The qualification of maternal and child care persists as an important challenge in the great majority of the services of the public and private assistance network in Brazil. As a consequence, maternal and neonatal mortality rates remain at high levels and require urgent intervention by managers, health professionals and society. The Rede Cegonha, a priority strategy of the Ministry of Health established in 2011, has as main objectives the organization of mother-child care networks at the national level, the implementation of a new model of attention to childbirth and birth. The present research has as general objective to analyze the process of implementation of the Rede Cegonha in the city of Salvador, Bahia, with emphasis on childbirth and birth, focusing on the operationalization of strategy in this city, identification of facilitating factors and difficulties, as well as the influence of local governance in the implementation process and possible implications. This is a qualitative exploratory study of a single case study and seeks, from the direct contact of the researcher with the situation studied, through obtaining the necessary information and resulting interactive processes, to understand the factors involved in the perspective of the members of the situation in analysis. The data were produced by the author's transit with the subject under analysis and involved multiple sources of evidence, through documentary research, interviews with managers of the federal, state and municipal instances and direct observation of the strategy implementation processes in the health units of the study. In the context of the care model, the maternal and child care network in the municipality is a partially integrated network with elements to be consolidated and deepened in the implementation process. There is a defined population with health care in the phase of effecting the organization from the sanitary districts to the Health Units that are linked. The provision of services, although contemplating a model with levels of complexity of care stipulated, is impaired due to the inefficiency of use of the beds identified in the Stork Network. The shift from the focus of attention of the illness to the individual, specifically to the woman and the newborn, with the elements of humanization that qualify attention, faces the challenge of overcrowding. The lack of human resources in relation to the installed capacity of the services and the lack of adaptation of the environment to the recommendations of RDC 36/2008 aggravate the implementation of the actions of the Rede Cegonha, among them, the change in the model of attention to childbirth and birth. Despite the difficulties and the need for advances, the results found and the actions implemented by the Stork Network in the study units, regarding the qualification of the assistance, were important motivators for the strengthening of the processes and awareness of the multipliers of the practices. The Rede Cegonha has sought, nationally, to implement actions in an adverse perinatal context where SUS structure is still characterized by numerous challenges, among them, underfunding. The inherent difficulties of this system are related to those faced in the implementation of the strategy. However, we identified that, although the structure and organization of the care network at birth and birth in the city studied are still deficient in the effectiveness of the beds, totality of the teams, data fidelity, guarantee of safe and qualified access to SUS users, important advances have been achieved. The changes that have taken place or are in the process of being implemented need to be consolidated.

Key-words: Rede Cegonha, Delivery of Health Care, Maternal and Child Care, Obstetrics Integrated Delivery of Health Care, Obstetrics Integrated Delivery Systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Estrutura operacional das RAS.....	43
Figura 2. Modelo da Atenção Primária em Saúde como centro de comunicação.....	45
Figura 3. Sistema de governança e gestão de redes interorganizacionais.....	47
Figura 4. Modelos de governança.....	48
Figura 5. Modelo teórico da tese sobre os desafios para implementação da Rede Cegonha para qualificação da assistência materno-infantil.....	65
Figura 6. Plano de análise do acesso à qualificação da atenção materno-infantil.....	67
Figura 7. Pontos de Atenção da Rede Cegonha.....	94
Figura 8. Operacionalização da Rede Cegonha.....	99
Figura 9. Linha de Cuidado da Gestante e do Recém-Nascido na Rede Cegonha	103
Figura 10. Modelo teórico da tese sobre os desafios para implementação da Rede Cegonha para qualificação da assistência materno – infantil.....	171

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Componentes II do Parto e Nascimento, segundo Portaria 1.459, 2011.....	63
Quadro 2. Diretrizes de Acolhimento nas maternidades apoiadas no PMQ e redes locais e regionais.....	84
Quadro 3. Ações e Intervenções na ambiência em duas maternidades de Salvador/BA, 2010-2011.....	85
Quadro 4. Linha de cuidado da Rede Cegonha de acordo com os níveis integrados de atenção, componentes estruturais da rede, níveis integrados de atenção, pontos de atenção e usuários.....	104
Quadro 5. Modelo Lógico da Rede Cegonha – componente Parto e Nascimento.....	105
Quadro 6. Municípios da RMS e a capacidade de produção mensal em relação ao quantitativo de leitos.....	114
Quadro 7. Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos obstétricos preconizados pela Portaria 1001, 2011 versus Nota Técnica de 2012.....	116
Quadro 8. Estimativa de gestante para o município de Salvador conforme Portaria MS nº 650.....	117
Quadro 9. Apresentação da necessidade de leitos obstétricos GAR e complementares e a proposta de qualificação e ampliação de leitos por município da RMS, Bahia, 2012.....	118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentual de parto normal e cesárea na saúde suplementar.....	166
Gráfico 2. Índice de Cesarianas no Brasil, 2000-2016.....	168
Gráfico 3. Razão de Mortalidade Materna, Brasil, 1990-2010.....	208
Gráfico 4. Razão de Mortalidade Materna, segundo o local de residência, Brasil, Nordeste e Bahia, 2004-2014.....	209
Gráfico 5. Taxa de Mortalidade Materna por município de residência, Salvador, Bahia, 2006-2013.....	209
Gráfico 6. Taxa de Mortalidade Materna por município de ocorrência, Salvador, Bahia, 2006 - 2013.....	210
Gráfico 7. Razão de Mortalidade Materna segundo tipo de causa, Bahia, 2000-2016.....	210
Gráfico 8. Taxa de Mortalidade Infantil de menores que 5 anos de idade, Regiões Nordeste e Sudeste, 1990-2000.....	211
Gráfico 9. Taxa de Mortalidade Infantil de menores que 1 ano, Noredeste e Sudeste, 1990-2000.....	212
Gráfico 10. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce por município de residência da mãe, Salvador-Ba, 2000-2010.....	213
Gráfico 11. Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia por município de residência da mãe, salvador, Bahia, 2000-2016.....	213

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de Nascimentos em Salvador de residentes em Salvador, Bahia de 2011-2016 por ano conforme número do tipo de parto no Município de Salvador/BA, 2011-2016.....	116
Tabela 2. Número de Nascimentos em Salvador de residentes em Salvador e em outras localidades, 2011-2016.....	117
Tabela 3. Número de óbitos maternos, segundo causa direta selecionada. Estado da Bahia, 2010 – 2016.....	211

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil
CEDAP	Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGMR	Colegiados de Gestão Microrregionais de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DIRPGD	Diretoria da Rede Própria sob Gestão Direta
DNCr	Departamento Nacional da Criança
GAR	Gestação de alto risco
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MES	Ministério da Educação e Saúde da Criança
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAISM	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDI	Plano Diretor de Regionalização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENOSPE	Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPART	Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto Puerpério e Criança
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMP	Tempo Médio de Permanência
TOH	Taxa de Ocupação Hospitalar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xv
LISTA DE QUADROS	xvi
LISTA DE GRÁFICOS	xvii
LISTA DE TABELAS	xviii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
2.3 Pressupostos	29
3 ELEMENTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS	30
3.1 A Implementação enquanto Fase do Ciclo de Políticas	31
3.2 Redes de Atenção à Saúde	36
3.2.1 Elementos constitutivos das RAS.....	44
3.3 A Humanização da Assistência e Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento.....	54
4 METODOLOGIA	57
4.1 Seleção do Caso	58
4.2 Cenário do Estudo.....	59
4.2.1 Rede Pública de Atenção à Saúde Materna e Neonatal	59
4.3 Técnica de Coleta de Dados.....	60
4.4 Fontes de Evidências.....	61
4.5 Aspectos Éticos.....	65
5 ANÁLISE DOS DADOS	66
6 A REDE CEGONHA E AS AÇÕES ANTERIORES DO GOVERNO FEDERAL PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL	69
6.1 Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil – PQM	81
6.2 Rede Cegonha	85

7 A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	106
8 A REDE CEGONHA E O FUNCIONAMENTO EM REDE(?): HUMANIZAÇÃO E MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	123
8.1 Organização da Rede	123
8.2 Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento.....	143
8.3 A Rede Cegonha e as Taxas de Cesárea.....	165
9 GOVERNANÇA E GESTÃO DA REDE CEGONHA: SUA INFLUÊNCIA E AS RES- PONSABILIDADES EM JOGO	170
9.1 Contexto Político e Econômico	171
9.2 A Governança, A Gestão e o Acesso Qualificado.....	188
9.3 Governança, Gestão e Qualidade da Atenção ao Parto e Nascimento	197
9.4 Mortalidade Materna e Neonatal.....	207
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
REFERÊNCIAS	224
ANEXOS	230
APÊNDICES	244

1 INTRODUÇÃO

*“Maria, Maria... É um dom, uma certa magia,
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta...”*

(Milton Nascimento e Fernando Brant)

As altas taxas de mortalidade materna e infantil são, ainda, um grande desafio para os países pobres e em desenvolvimento. A multicausalidade, ampla relevância e magnitude dos valores desses indicadores refletem as condições sociais e econômicas, o acesso a uma assistência qualificada à saúde, bem como as diretrizes políticas quanto à universalidade e equidade do sistema de saúde da nação. Quanto à mortalidade materna, além dos fatores biológicos, as taxas de valores epidemiológicos elevados trazem à tona outros aspectos como a iniquidade de gênero nas oportunidades de educação, trabalho e renda, por exemplo, cujo enfrentamento é de fundamental importância para garantia da igualdade de oportunidades e direitos à metade da humanidade (BÉTRAN et al., 2005).

Esta realidade é agravada pela subnotificação de dados e dificuldades da garantia de uma coleta qualificada e fidedigna das informações que permita precisão para uma análise comparativa de confiança. A interpretação equivocada da causa de morte, omissões ou, até mesmo, a falta de certeza se a gravidez de uma mulher foi agravada por patologia prévia ou agravou desordem clínica pré-existente, podem afetar a interpretação dos resultados. O registro e documentação adequados sobre a sequência dos eventos durante a assistência tornam-se, portanto, fundamentais para uma análise efetiva e correta tomada de decisão que minimize os riscos das vulnerabilidades e seus efeitos (BÉTRAN et al., 2005).

Em recente análise das estimativas globais, regionais e sub-regionais, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 2003 a 2009, 73% das mortes maternas foram resultado de causas diretas e a hemorragia persistiu como principal causa, representando 27,1% dessas mortes. A partir da análise destes dados, mais de dois terços foram classificados como hemorragia pós-parto. As causas seguintes foram hipertensão com 14,0% (11,1 – 17,4), sepse, 10,7% (5,9-18,6), abortamento, 7,9% (4,7-13,2) e embolismo e outras causas diretas acometendo os 12,8% restantes das mortes globais (BÉTRAN et al., 2005). As três primeiras causas foram responsáveis por mais da metade das mortes maternas em todo o

mundo, evitáveis em quase sua totalidade. Na América Latina e Caribe, a hipertensão é a principal causa de morte materna.

Apesar dos esforços empregados e da mobilização global para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a mortalidade materna persistiu com níveis inaceitavelmente elevados de 210 mortes por 100.000 em nascidos vivos, em 2013, no cômputo mundial. Entretanto, embora a meta de redução de $\frac{3}{4}$ neste indicador entre os anos de 1990 e 2015 não ter se efetivado, é considerável o progresso evidenciado em termos mundiais, com a estimativa de 1,5 milhão de mortes maternas evitadas neste período (SOUZA, 2015).

A diminuição da mortalidade infantil é outro desafio enfrentado principalmente pelos países em desenvolvimento. A taxa de mortalidade global abaixo dos cinco anos caiu de 90 para 43 mortes por 1.000 nascidos vivos no período de 1990 a 2015², o que corresponde a uma redução de 53%.

A taxa de mortalidade neonatal, entretanto, tem apresentado uma redução mais lenta e não acompanhou este decréscimo. Naquele mesmo período, observou-se uma redução de 42% a nível mundial, passando de 33 mortes para 19 mortes por 1000 nascidos vivos. De acordo com o relatório dos ODM 2015, dos 5,9 milhões de crianças que vieram a óbito antes de completarem cinco anos em 2015, 2,8 milhões foram durante o período neonatal. Destes, 1 milhão morre no 1º dia de vida e outro 1 milhão, na primeira semana de vida (ODM, 2015).

A prematuridade é a principal causa de morte neonatal em todo o mundo e corresponde a 35% do total. Este percentual, adicionado àquele correspondente às complicações durante o trabalho de parto e o próprio parto (24%), atinge o nível de 59% das mortes. Quando sepse (15%), 3ª causa de morte neonatal, se soma a este cenário, totalizam-se quase $\frac{3}{4}$ (74%) das mortes neonatais. O componente neonatal mostra-se, portanto, de grande relevância para o enfrentamento das altas taxas de mortalidade infantil. Reforça-se, assim, a necessidade de ampliar estratégias de melhorias da atenção ao parto e nascimento.

A situação da assistência materno-infantil mantém-se, desta forma, como motivo de preocupação dos gestores de vários países, principalmente daqueles de países pobres e em desenvolvimento.

No Brasil, os índices de mortalidade materna e neonatal permanecem elevados³. As causas são inúmeras e vão desde um pré-natal inadequado até condições deficitárias nas várias unidades de atendimento hospitalar emergencial às gestantes, passando por fatores

² Os dados de 2015 analisados correspondem a taxas efetivamente verificadas no ano 2013.

sociais relacionados à desnutrição e falta de conhecimento das mulheres quanto aos cuidados necessários durante este período, bem como a dificuldades de acesso aos serviços (SILVA et al., 2016).

A rede pública de assistência à urgência e emergência obstétrica encontra-se, na grande maioria dos estados, desarticulada e sobrecarregada, gerando superlotação de unidades com consequente risco de comprometimento da qualidade da assistência prestada à população. Este fato tem resultado negativo na qualidade do cuidado ao paciente, em função de uma maior carga de trabalho para os profissionais de saúde com aumento dos riscos de erros médicos e de outras categorias profissionais, bem como com comprometimento da educação em serviço nas unidades hospitalares com atividade docente-assistencial (ASSUNÇÃO, 2014).

Identifica-se a extrapolação da capacidade de acomodação dos usuários nos diversos serviços das unidades, incluindo-se as unidades de terapia intensiva (UTI) neonatais. Ocupam-se áreas não apropriadas à assistência adequada, com comprometimento da dignidade e privacidade dos usuários, bem como da produtividade e da qualidade da atenção à saúde. Este contexto gera aumento do tempo de espera para atendimento com consequente insatisfação e comprometimento da efetividade do cuidado, principalmente nos casos de urgência/emergência onde há necessidade de assistência imediata. Isto gera, muitas vezes, a fuga de profissionais de saúde para outras instituições e especialidades, devido às más condições de trabalho e risco aumentado de erros e processos judiciais (ASSUNÇÃO, 2014).

Associado a estes fatores, encontra-se na rede de assistência materno-infantil uma escassez de profissionais nas especialidades relacionadas a atenção ao parto (ASSUNÇÃO, 2014), como a obstetrícia e, muito fortemente, a neonatologia, dificultando a regularidade no quantitativo de profissionais nas equipes de assistência. Isto torna necessário o envolvimento das escolas médicas na sensibilização de graduandos para estas áreas, ou de estratégias outras.

As maternidades públicas do país encontram-se, em grande número, com equipamentos sucateados e estrutura física inadequada. Faz-se necessário, também, reforma das unidades e aquisição de novos equipamentos para uma assistência de qualidade (ASSUNÇÃO, 2014) (MACIEL, 2013).

Associadamente, identificam-se no país elevadas taxas de cesárea, de sífilis neonatal e serviços públicos de assistência materno-infantil sem a garantia de respeito aos direitos da mulher e da criança de acesso à atenção humanizada no parto e nascimento com base em evidências científicas. O modelo de atenção ao parto e nascimento, ainda centrado na figura

do papel médico em muitas unidades de saúde, resiste ao deslocamento para uma atenção ampliada com perfil multiprofissional e transdisciplinar.

O Estado da Bahia, principalmente o Município de Salvador e Região Metropolitana (RMS), apresentam uma rede de assistência materno-infantil com realidade semelhante àquela identificada na grande maioria dos estados brasileiros: sobrecarregada e mal distribuída, com pacientes de baixo risco obstétrico sendo assistidas em unidades de alta complexidade e vice-versa. Além disso, tem-se uma Central Estadual de Regulação de Leitos sem condições de cumprir o papel de distribuição adequada dos pacientes, devido à superlotação nas unidades, bem como a dificuldades relativas ao quantitativo de leitos e de pessoal nas mesmas para uma assistência segura e de qualidade. Na Bahia, assim como no restante do país, evidencia-se, ainda, uma deficiência no quantitativo de profissionais especializados em obstetrícia, anestesiologia e de forma mais evidente em neonatologia (RELATÓRIO SOGIBA, 2015).

O Governo Federal buscou estratégias para reduzir o número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país. Por meio do Ministério da Saúde (MS), fortaleceu o envolvimento das Secretarias de Saúde do Estado e dos Municípios, das maternidades e profissionais de saúde, a fim de promover modificações efetivas para organização da rede de assistência materno-infantil, garantia do acesso e qualificação do cuidado com foco na mulher, enquanto sujeito partícipe da atenção. Objetivou, assim, intensificar iniciativas anteriores da Política Nacional de Humanização e aproximação às metas da ONU acerca dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (WHO, 2000).

Nesta perspectiva, foi lançada, em março de 2011, a Rede Cegonha, estratégia da política do MS de qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança. A Rede Cegonha, tem como objetivo a implementação de uma rede de cuidados que “assegure, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e contribua para a redução da morbimortalidade materna e infantil, com melhoria dos indicadores pertinentes”. Para a sua implantação, o Governo Federal projetou recursos que totalizam 9,4 bilhões de reais distribuídos entre Estados e Municípios para atendimento às normativas propostas (BRASIL, 2011).

Devido à importância dos objetivos da Rede Cegonha no cenário apresentado, visando à melhoria da saúde materna e redução da mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal propõe-se realizar a análise desta Rede e seus desafios para implementação no município de Salvador, dando-se ênfase à identificação dos fatores facilitadores e dificultadores do processo de implementação desta estratégia no componente parto e

nascimento, bem como à influência da governança da rede no processo de implementação e suas implicações.

Os tópicos inerentes à necessidade de redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, anteriormente destacados, ressaltam a relevância da presente proposta de análise que vem ao encontro de prioridades mundiais incluídas entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU lançados em 2015 e a serem alcançados até 2030. A redução da mortalidade materna, bem como da mortalidade neonatal foram mantidas entre as metas mundiais relacionadas à saúde, compondo o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades. A Rede Cegonha é a estratégia do Governo Federal para o alcance destas metas.

A presente pesquisa é extremamente oportuna por ter a Rede Cegonha implementação recente em Estados e Municípios com diferenças expressivas. Os conhecimentos revelados durante a análise proposta poderão fornecer subsídios aos gestores de políticas públicas para planejamento e avaliação na tomada de decisão, além de favorecer a análise da necessidade de mudanças ou ajustes com correção de rumos e possibilidade de aumentar a potência da estratégia, favorecendo resultados exitosos.

Contribui, ainda, para destacar a necessidade de introdução da prática da avaliação em saúde, com objetivo de melhorias na gestão do cuidado, principalmente através do emprego de metodologia qualitativa como estudo de caso.

No percurso exploratório ao objeto em análise com a finalidade de nos apropriar de experiências publicadas, realizamos uma revisão bibliográfica nas bases de dados (PUBMED, SCIELO, MEDLINE, LILACS), a partir das seguintes palavras-chaves: rede cegonha, redes de atenção à saúde, parto e nascimento, assistência materno-infantil, obstetrics integrated delivery of health care, obstetrics integrated delivery systems. No recorte proposto, as publicações em literatura foram escassas, provavelmente por se tratar de uma estratégia de qualificação da atenção ao parto e nascimento de implementação recente no país. No âmbito internacional, as publicações encontradas referentes às redes de atenção à saúde na área materno-infantil, ainda que em um modelo diferente da estratégia em estudo, foram utilizadas no capítulo pertinente aos resultados e discussões, a fim de ilustrar, na análise dos achados empíricos, experiências em outros países.

A lacuna identificada na literatura sobre os desafios para a implementação desta estratégia prioritária do Ministério da Saúde, na abordagem proposta neste estudo, ressalta a originalidade da pesquisa e as possíveis contribuições para superação de problemas de grande magnitude para os indicadores de saúde materno-infantil do país.

Tem-se, assim, como pergunta de investigação: Como se configurou a implementação da Rede Cegonha no município de Salvador, Bahia, com ênfase no componente parto e nascimento? Deste questionamento, desdobraram-se as seguintes perguntas:

1. Como se operacionalizou a implementação da Rede Cegonha no município de Salvador, Bahia?
2. Quais os fatores facilitadores e dificultadores para implementação da estratégia com ênfase no componente parto e nascimento?
3. Qual a influência da governança local da rede no processo de implementação da estratégia?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de implementação da Rede Cegonha no Município de Salvador, Bahia com ênfase no componente parto e nascimento.

2.2 Objetivos Específicos

1. Analisar a operacionalização da implementação da Rede Cegonha no Município de Salvador, Bahia;
2. Identificar fatores facilitadores e dificultadores para implementação da Rede Cegonha no Município de Salvador com ênfase no componente parto e nascimento;
3. Analisar a influência da governança local (gestores/atores) na implementação da estratégia e possíveis implicações;

2.3 Pressupostos

Diante da realidade apresentada e enquanto pesquisadora com vivência no tema em estudo, os seguintes pressupostos apresentam-se para análise:

1. A falta de estrutura e organização da rede de assistência materno-infantil em Salvador é um importante desafio para a implementação das ações da Rede Cegonha neste município;
2. O investimento em capacitações, acompanhamento do Ministério da Saúde e discussão compartilhada nos espaços da governança e da gestão são importantes motivadores para a implementação das mudanças propostas pela Rede Cegonha na atenção ao parto e nascimento.

3 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

“É a teoria que decide o que devemos observar...”

(Albert Einstein)

A organização do sistema de saúde em redes de atenção tem sido uma estratégia de países emergentes e do Brasil para amenizar as questões relativas à transição demográfica e epidemiológica. Estes países enfrentam atualmente grandes desafios na assistência à saúde: doenças infecciosas e parasitárias, doenças da saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas (MENDES, 2011) (HOFFMANN, 2012).

Sob a ótica da carga de doenças, identifica-se no Brasil a situação da tripla carga de doenças que envolve as infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, associados às doenças crônicas e seus fatores de risco e um importante crescimento da violência e das causas externas. Há um forte predomínio das doenças crônicas (66,3%). As condições agudas totalizam 25% da carga de doença, representada pelas doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição e causas externas. As causas maternas e perinatais e as doenças infecciosas de longo curso classificam-se entre as condições crônicas, elevando seu percentual para em torno de 80% (SCHRAMM, 2004).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde enfrentam grandes desafios. Estes sistemas são fortemente voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas (MENDES, 2010). Os sistemas de saúde integrados ou redes de atenção à saúde (RAS) buscam atender a estas lacunas numa proposta de eficiência, efetividade e qualidade da atenção. Este modelo foi instituído no país a partir de 2011 por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, sendo a Rede Cegonha a primeira iniciativa para implementação.

Utilizaremos neste estudo o referencial teórico de redes de Mendes (2011), dialogando com a perspectiva de redes enquanto estrutura de governança para sistemas de saúde, com os seus elementos constitutivos, dando-se especial ênfase ao modelo de atenção à saúde, cuja mudança, no contexto do parto e do nascimento, é um dos objetivos da estratégia Rede Cegonha. A análise, neste aspecto, estará ancorada em elementos conceituais da humanização. Por se tratar de uma estratégia em fase de implementação no município em estudo, a discussão dos achados empíricos cotejará elementos conceituais do ciclo de políticas pertinentes a esta fase, que serão apresentados sucintamente no item seguinte.

3.1 A implementação enquanto fase do ciclo de uma política

A política de saúde é compreendida como a ação ou omissão do Estado diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais. Para que um problema de saúde desencadeie ações por parte do Estado que visem solucioná-lo ou minimizá-lo, ao menos em alguns aspectos, é necessário que este problema se incorpore na agenda do Estado (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Uma vez incorporado, o problema como demandante de uma ação que gere a necessidade de opções de política pública, será importante uma análise e entendimento dos atores participantes do processo, dos mecanismos, critérios e estilos decisórios, bem como das variáveis externas que influenciam o processo (PINTO, 2008).

Nesta perspectiva, foi introduzida a expressão “ciclo de políticas”, que busca descrever os componentes racionais da formulação, implementação e avaliação das políticas, além de tentar explicar a interação das ações com o ambiente social, político e econômico (STONE, 1989).

As etapas do processo da política distribuem-se em cinco fases: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação. Ressalta-se que o ciclo de uma política é dinâmico e esta denominação tem cunho didático para facilitar os processos de análise e discussão (HOWLETT; RAMESH, 1995).

O ciclo da política pública (*policy cycle*) tenta explicar a interação entre intenções e ações, e, ao mesmo tempo, relacionar o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo, do outro. Neste aspecto, busca-se, ainda, identificar as interferências dos implementadores da política na proposta dos formuladores, facilitando, dificultando ou modificando os conteúdos propositivos durante a execução das ações (PINTO, 2004).

No momento da implementação da política, aspectos importantes do processo de formulação podem interferir nos resultados a serem alcançados: objetivos pouco definidos, estratégias não explicitadas, ausência de análise de viabilidade, dentre outros (PINTO, 2014).

A fase da implementação, dentro da perspectiva de ciclo da política, é considerada o momento crucial deste ciclo, pois corresponde à execução da política, à colocação em prática da solução proposta. O sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política e os sistemas logísticos e operacionais estão envolvidos no processo (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Corresponde à etapa em que a política formulada se transforma em programa com suas diretrizes e objetivos por meio de uma legislação e/ou de normas regulamentadoras. É o momento do esforço de se transformar a intenção em ação,

de se colocar os conteúdos propositivos em movimento e no qual grupos com interesses individuais e/ou coletivos podem facilitar ou dificultar o processo no interior da organização de saúde (PINTO, 2004).

Os enfoques *top-down* e *botton-up* para implementação de uma política têm sido criticados por analistas. O modelo *top-down*, no qual há um controle central, no topo das organizações, dos formuladores da política, assume a perspectiva de que os objetivos e metas traçados para cumprimento por implementadores da “ponta” dos serviços foram definidos em espaços anteriores de poder. O enfoque *botton-up* considera a importância do enfrentamento dos sujeitos no espaço de implementação da política, no nível concreto da execução, com decisões que não se restringem ao momento da formulação, que deixa de ter um papel determinante. Enfoques multicausais têm sido sugeridos por estudiosos do tema, a partir da combinação destas perspectivas de análise (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Precisa-se considerar que aspectos políticos, culturais e sociais atuam na fase da implementação da política. Os agentes implementadores, responsáveis pela colocação em prática dos objetivos e estratégias da política, como agentes executores, têm um papel preponderante para o sucesso da implementação. A aceitação, neutralidade ou rejeição desses agentes depende de muitos fatores: entrosamento entre formuladores e implementadores, compreensão da política, conhecimento de cada fase do processo e quantidade de mudança envolvida com a nova política. Sensibilizar e conquistar os agentes implementadores à adesão à proposta é tão ou mais importante que a viabilidade política e a existência de recursos (SILVA; DE MELO, 2000).

No processo de análise de implementação de uma política, é, ainda, de fundamental importância o estudo das lógicas envolvidas para a escolha adequada das estratégias da ação.

O objetivo de transformar ou de conservar uma realidade, a depender dos interesses envolvidos, é um objetivo político e a maneira de alcançar este objetivo denomina-se estratégia. Testa (2007) define política como uma proposta de distribuição de poder e estratégia como uma forma de implementação de uma política. A política torna-se, assim, o objetivo e a estratégia, portanto, o instrumento para alcançá-lo. A política é uma forma de distribuição do poder e este poder pode ser usado para construir relações que o antagonizem ou fortaleçam como também para destruir relações de poder (TESTA, 2007).

Neste sentido, com o intuito de aumentar a legitimidade de uma medida, a utilização da transparência torna-se um importante instrumento. Esta legitimidade tem forte relação com a credibilidade do decisor (Testa, 2007). Na dependência da magnitude da medida ou da proposta, a credibilidade a ser exigida será não somente individual, no caso de decisor como

elemento central da sociedade na qual se desenvolve a medida, mas institucional, quando se trata da instituição, podendo estender-se a um espaço social mais amplo. A credibilidade é, portanto, um dos fundamentos da legitimidade, e a transparência intervém como estratégia na consolidação de uma política, algo para o qual os decisores da política precisam dar especial atenção.

No tocante ao setor saúde, Testa (2007) desenvolveu uma tipologia do poder, identificando-o nos âmbitos onde se desenvolve a ação que expressa as relações de poder. Desta forma, descreve o poder administrativo, que corresponde às atividades referentes a processos que manejam recursos; o poder técnico, definido a partir do conhecimento nos diversos níveis do setor saúde e o poder político, que funciona para a defesa dos interesses dos diversos grupos.

Quanto à dimensão temporal em relação ao poder, do ponto de vista estratégico, este autor tratou as dimensões como o curto e o longo prazos, referindo-se o primeiro à operação cotidiana, atividades e procedimentos, e o segundo, à busca de condições favoráveis para a preparação da mudança, que, muitas vezes, a depender da magnitude dos processos envolvidos, necessitará de grande investimento de tempo, atenção e empenho para se concretizar.

Toda mudança produz um impacto na sociedade ou espaço social que a vivencia e este impacto, de alguma forma e em diferentes níveis da sociedade, afeta as pessoas através da modificação de sua consciência, transformando ou consolidando suas verdades.

A cultura torna-se um problema estratégico na implementação de mudanças. A prática e o conhecimento tanto do âmbito político social como do comportamento individual podem interferir no pensamento e na atitude do sujeito e, portanto, na estratégia para implementação de determinada política. Há diferenças entre a cultura técnica referente às práticas e saberes de determinada área do conhecimento daquela propriamente dita, relativa às questões cotidianas como família, trabalho, religião, esporte, música, uso do tempo livre, etc. Daí, a introdução de novas técnicas e procedimentos impacta e requer a construção de uma nova cultura. A modificação de uma cultura técnica decorrente da inovação nos processos ou ferramentas de trabalho ocorre com maior celeridade do que as mudanças na cultura propriamente dita, processo muito mais complexo que se realiza a nível coletivo por meio da reflexão individual; a depender da mudança proposta e do seu impacto na cultura daquele espaço social pode-se inviabilizar a adoção da mudança. É fundamental, portanto, que os efeitos culturais sejam previstos ao se discutir a implementação de mudanças (TESTA, 2007).

O cenário ou espaço social, físico ou virtual, onde se desenvolverá a ação também precisa ser considerado quando há proposta de mudança. O espaço social, caracterizado como um campo de forças, refere-se à relação entre os atores que são gerados ao se desenvolver uma ação. As decisões, conflitos, discussões e ações resultantes desse processo são consequentes a uma disputa de poder, no setor saúde, tanto àquele que se refere às decisões do cotidiano quanto ao poder societal. Há, neste caso, uma inter-relação entre o espaço social geral e aquele específico da saúde (Testa, 2007).

Este campo de forças atua tanto no âmbito intra quanto inter-espacial. As instituições de saúde constituem um espaço no qual se observam relações internas e externas que precisam ser consideradas ao se definir as estratégias de atuação neste espaço. Os comportamentos, contradições ou conflitos de ordem interna, institucional, bem como as relações com atores extra-institucionais e o papel que a instituição ocupa na configuração das políticas de saúde ou na proposta de desenho para o setor devem ser também bem avaliados. As instituições têm, portanto, um papel privilegiado, uma vez que seus atores detêm um poder cotidiano, dos afazeres, que se transforma em um poder de maior envergadura, o poder societal, capaz de construir a história, ou seja, a sociedade futura e, assim, promover mudanças.

A implementação das políticas nessas instituições pode-se dar por meio de estratégias programáticas, definidas como a implementação de uma política através de um programa. Este consiste num ordenamento de recursos que têm destino específico, objetivo determinado e condução normativa.

As diferenças, contradições e conflitos que ocorrem intra e entre os níveis local e central ao se iniciar uma proposta programática como modo de implementar uma política devem ser considerados. Este fator é de suma importância, pois a depender do equilíbrio ou predominância desta ou daquela força ou poder, a mudança proposta por determinada política poderá se implementar mais, ou menos, facilmente (TESTA, 2007).

Quanto à lógica de materialidade dos recursos, o autor destaca que os mesmos são vistos de forma diferente quanto ao nível local e central. Esta tensão ocorre em virtude da necessidade de uma administração eficiente dos recursos, tanto a nível local quanto central, quanto também da sua utilização eficaz, mais ligada ao prestador de serviço. A diferença entre eficiência (relação entre aquilo que se faz e o seu custo) e eficácia/efetividade (relação daquilo que resulta com o que foi feito) é extremamente geradora de conflitos. Testa (2007) resgata, então, como indicador, a eficácia eficiente, com o objetivo de ressaltar para as organizações de saúde a importância da supremacia da eficácia, a fim de que não se dilapide

os recursos e que também não se priorize exclusivamente a otimização dos mesmos. A eficácia eficiente torna-se, assim, um importante desafio para o gestor de saúde que necessita tomar decisões de maior ou menor porte, que promovam as mudanças, previamente analisadas e propostas, com um resultado que repercuta positivamente nos indicadores de saúde daquela comunidade ou região.

Os efeitos da organização do processo de trabalho e a distribuição do poder na máquina pública sobre a institucionalização das políticas é importante ponto para reflexão (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014). Problemas estruturais relativos à ineficiência do aparato administrativo, como a falta de qualidade de recursos humanos e a carência de recursos materiais e financeiros, podem estar relacionados aos problemas identificados na fase de implementação de uma política (BERTERO, 1988).

Um conjunto de aspectos, portanto, precisa ser considerado neste processo: condições técnicas, como competência da equipe, sistemas de controle, graus de autonomia, redes de comunicação; condições políticas, econômicas e sociais (recursos, apoios, grupos de resistência, grupos não institucionais), e da forma de execução de atividades (clareza das metas, objetivos, diretrizes e responsabilidades dos implementadores), a fim de minimizar as dificuldades no campo da análise política como também para facilitar internamente a reprodução dos processos nas unidades de implementação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Há três motivos que podem explicar as dificuldades de implementação de uma política: o baixo compromisso dos formuladores com a fase de implementação, entendendo que a eles cabe apenas a elaboração, sem uma análise mais aprofundada das lógicas dos atores e da organização; uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam a política, sendo estes últimos os detentores do conhecimento técnico capaz de identificar os aspectos mais importantes da operacionalização; além da complexidade do processo em si que demanda um conhecimento sólido das múltiplas variáveis e lógicas envolvidas no processo político (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014) (HOGWOOD; GUNN, 1995).

Desta forma, os estudos de análise de política que se dedicam a tratar da implementação buscam, em certa medida, explorar as estratégias utilizadas pelos agentes para responder à ação proposta (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014). A estratégia não pode estabelecer-se, desenhar-se, implementar-se à margem das questões fixadas pela lógica dos processos que contém (TESTA, 2007).

Na determinação da estratégia, atuam elementos anteriormente discutidos, bem como elementos mais subjetivos do ator individual ou coletivo que os analisa com a intenção de

atuar utilizando todo o seu potencial criativo, imprescindível à concretização e implementação da política.

Desta forma, a fase de implementação não deve ser considerada uma simples etapa administrativa da política, pois há importantes questões estratégicas, interesses e múltiplos atores envolvidos que devem ser considerados. Assim, o momento de implementação pode ser de intensa negociação, uma vez que é nesta fase que se identifica a potencialidade de uma política, os atores que a apoiam, a disputa entre os grupos envolvidos e seus interesses, sejam pessoais ou institucionais. Este é um momento diferente daquele em que ocorreu a formulação, no qual a possibilidade de grandes consensos é maior.

Durante a implementação, estabelecem-se, portanto, novos pactos, por vezes com novos atores que não necessariamente participaram do momento de formulação inicial da política. Tem-se, desta forma, um novo processo decisório, uma nova formulação da política, voltada neste momento para sua aplicabilidade mais imediata e, por vezes, já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta inicial (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

A implementação da Rede Cegonha, no tocante ao componente parto e nascimento e enquanto fase do ciclo de uma política, será analisada a partir dos conceitos apresentados.

Quanto aos elementos constitutivos de uma Rede de Atenção à Saúde, a abordagem será feita a partir dos conceitos apresentados no item seguinte.

3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Anteriormente à apresentação do conceito de RAS, remeteremos a uma breve definição do modelo de governança em rede e seus elementos básicos, a fim de melhor elucidar o processo de construção da análise da estratégia em estudo.

Quatro conceitos distintos são identificados na abordagem estrutural do conceito de governança: hierarquias, mercados, comunidade e redes. A governança em rede diferencia-se dos demais tipos de governança pela “visão pragmática dos atores e pela participação de outros atores sociais nos processos de tomada de decisão política, com o estado assumindo um papel de ativador de atores e na busca da coordenação de diferentes interesses” (KÖHLER-KOCH, 1999).

Na perspectiva do conceito de governança em rede, as redes de políticas públicas (*policy networks*) constituem uma das manifestações mais comuns. A multiplicidade de atores que participam e interagem no processo, bem como “uma relativa autonomia em relação à

autoridade do estado” é uma característica deste modelo (PIERRE; PETERS, 2000). A complexidade dos estados contemporâneos demandou a substituição dos modos habituais de coordenação, como hierarquia ou mercado, para aqueles baseados em redes intergovernamentais. Isto decorreu da falta de capacidade da forma de governar tradicional para atender às políticas públicas com seus problemas multifacetados (SÖRENSEN; TORFING, 2007).

O modelo de governança em redes permite o compartilhamento de informações e conhecimentos, num intercâmbio de experiências, que favorece os processos de negociação e articulação de soluções entre os atores e construção de consensos. O sentimento de corresponsabilidade colabora no sentido de diminuir resistências e minimizar conflitos, uma vez que os atores se sentem envolvidos no processo de busca de resultados em prol das metas propostas (SÖRENSEN; TORFING, 2007).

Na governança em redes, enquanto redes inter-organizacionais auto-organizadas, quatro elementos básicos são destacados por Rhodes (1997): interdependência entre organizações, interações continuadas entre os membros da rede, interações baseadas na confiança mútua e em regras claras, e um significativo grau de autonomia face ao estado.

O espaço participativo de discussão e um reconhecido compartilhamento de responsabilidades para uma variedade de atores com certo grau de autonomia, é uma característica presente nos conceitos apresentados. Desta forma, governança em rede é conceituada como um engrandecimento particular dos processos de decisão coletiva em que é reconhecida a legitimidade de participação a uma grande variedade de atores sociais (RODRIGUES, 2010).

Enfatiza-se, ainda, neste modelo de governança, a interdependência entre os atores do processo e a manutenção da autonomia com relações caracterizadas pela horizontalidade. Há, em paralelo, relações verticais, ressaltando-se que “embora o poder público possa impor decisões aos parceiros, estes últimos possuem como contrapeso recursos como informações, conhecimento específico, capital, suporte político, dentre outros” (TORFING, 2005).

Há um ambiente de negociações presente nas relações, nas quais o consenso, a construção de confiança, o aprendizado e entendimento comum são metas perseguidas. As diferentes perspectivas e experiências dos atores envolvidos, com certo grau de assimetria, tornam propícios conflitos e antagonismos que serão, entretanto, mediados pelo sistema de governança com seus elementos contratuais (regras e papéis), normativas (normas, valores e padrões), cognitivos (código, conceitos, conhecimentos) e imaginários (identidades, ideologias, expectativas comuns) (TORFING, 2005).

O processo de aprendizado, que contribui para a evolução das relações de parceria, é oriundo e resultante de novas percepções dos atores relativas aos objetivos, metas e caminhos propostos para se atingir os resultados esperados (MAHNKE, 2000).

As RAS atuam com peculiaridades inerentes ao setor e seguem os princípios deste tipo de governança.

Numa revisão realizada por Mendes, identificam-se na literatura várias definições de redes de atenção à saúde (RAS). Este autor destaca a definição das RAS por um grupo pioneiro do tema nos Estados Unidos e que insere importantes elementos ao conceito

Foco nas **necessidades de saúde da população**, coordenação e integração do cuidado através de uma **continuidade da atenção**; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; **informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias**; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para **alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos**; e contínua melhoria dos serviços prestados (MENDES, 2011) (Grifo nosso).

A responsabilidade sanitária pelo cuidado de forma integral e integrada a uma população específica é uma característica destacada por outros autores na definição de Redes Integradas de Serviços de Saúde. Conhecida por uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para ofertar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (SHORTELL et al., 1996 apud OPS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) amplia este conceito e ressalta as diferentes complexidades do cuidado a ser ofertado, bem como especifica a atenção à saúde num perfil terapêutico, e também de prevenção: a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (OMS, 2008)

O conceito do Ministério da Saúde (MENDES, 2011) para as RAS destaca nas definições anteriores a integração do cuidado e insere ainda a integração da estrutura logística e de gestão do sistema de saúde para um resultado efetivo e de qualidade da atenção. Observamos a introdução de aspectos gerenciais integrados mais explícitos enquanto fundamento administrativo da rede, bem como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnicos, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As RAS têm, ainda, além das características já apresentadas, um importante fator relacionado à colaboração interdependente entre os pontos de atenção à saúde, integrados em prol de um objetivo comum, para um cuidado oportuno, humanizado, com equidade, a partir da atenção primária e que além de efetivo, “gere valor para a população”.

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 permitem ofertar 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 – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011).

A introdução da expressão “gerando valor para a população” na definição de RAS por Mendes (2011) remete à necessidade de um sistema de saúde que gere qualidade no resultado entregue à população, num sentido que ultrapassa a efetividade individual do cuidado ao usuário para a perspectiva de um somatório de resultados que contempla a comunidade. Ou seja, não basta o acesso em si a determinado serviço, mas o nível da qualidade e efetividade do serviço entregue ao cidadão, que possa gerar valor para sua condição de saúde e para a sociedade em que vive.

Nos diversos conceitos de redes, diferentes elementos comuns podem ser observados: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos (MENDES, 2011).

O conceito ampliado de RAS trazido por Mendes (2011) e acima apresentado servirá de referência para a análise do presente estudo.

Nesta perspectiva, a fim de contribuir para uma análise reflexiva dos elementos das RAS apresentados por este autor e ressaltados nas discussões dos achados empíricos nos capítulos subsequentes, apresentaremos os conceitos que serão utilizados para esta finalidade.

A estruturação das RAS deve-se basear em fundamentos que garantam os seus resultados de forma efetiva, eficiente e com qualidade. São eles: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

A economia de escala é uma condição imprescindível para a eficiência da rede. Busca-se dividir os custos fixos por um maior número de atividades, a fim de que os custos médios de determinado cuidado diminuam no longo prazo. Os serviços de maior densidade tecnológi-

ca, que se beneficiam mais da economia de escala, são ofertados de forma mais concentrada, enquanto que aqueles de menor densidade podem ser oferecidos de forma mais dispersa (MENDES, 2002; MENDES, 2011).

A suficiência relaciona-se ao quantitativo de recursos humanos e estruturais (financeiros e tecnológicos), ações e serviços de saúde em quantidade para a garantia do atendimento às necessidades de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A prestação de serviços de saúde com qualidade é um dos fundamentos primordiais dos sistemas de atenção à saúde e da RAS. O Ministério da Saúde³ preconiza seis dimensões no conceito de graus de excelência do cuidado: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade.

O acesso, na perspectiva de acessibilidade aos serviços de saúde, é entendido como a “capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população” (DONABEDIAN,1973, apud MENDES, 2011, p.73). Também definido como a ausência de barreira para a entrada do usuário em algum ponto da rede, seguida da garantia de continuidade do cuidado, envolvendo dimensões de ordem geográfica, disponibilidade ininterrupta dos serviços e profissionais responsáveis pelo cuidado, grau de acolhimento e relação profissional de confiança mútua profissional-usuário na atenção à saúde (MENDES, 2011). A disponibilidade de recursos físicos, humanos ou tecnológicos tem uma relação direta com a qualidade do acesso aos serviços. Irá definir como alocá-los de forma concentrada, ou não, em algum ponto da rede, a fim de viabilizar e otimizar os resultados.

Os quatro primeiros fundamentos, economia de escala, disponibilidade e suficiência de recursos, qualidade e acesso são essenciais para o funcionamento adequado das RAS. Constitui grande desafio implementá-los nos serviços públicos de saúde na realidade atual de organização e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma realidade que precisa ser enfrentada, uma vez que o funcionamento de serviços de saúde em rede é uma estratégia de qualificação da atenção à saúde e de otimização de recursos escassos. “A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos” (MENDES, 2011, p.75).

³ Conforme Portaria 4279, de 30.12.2010, assim estão conceituados: Segurança: reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar; Efetividade: utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários; Centralidade na pessoa: usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde; Pontualidade: cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos; Eficiência: evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas; Equidade: características pessoais, como local de residência, escolaridade, poderes aquisitivos, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.

A integração vertical é outro fundamento primordial da RAS. Refere-se à articulação interdependente entre os vários serviços que compõem a rede nos níveis da atenção primária, secundária e terciária com o objetivo de agregar valor complementar um ao outro. A fusão de unidades ou serviços de saúde da mesma especialidade, ou seja, a integração horizontal, é uma estratégia das RAS para otimizar o ganho em escala e a eficiência econômica da rede, por meio da integração de pontos de atenção à saúde que têm atividades afins.

O caráter transitório e necessariamente evolutivo da atenção à saúde dentro da rede recorre a processos de substituição. Significam o reagrupamento contínuo de serviços e de recursos entre e dentro das unidades de saúde, em busca de qualificação da atenção e da possibilidade de redução dos custos, associados às mudanças das necessidades da população, dos recursos disponíveis, ou de novas evidências científicas relativas à busca de excelência no cuidado (MENDES, 2011).

Embora as RAS possam estar articuladas ou não a territórios sanitários, no caso do SUS, a organização desta rede, num modelo de cooperação gerenciada, exige determinados critérios. São eles: a definição da área geográfica, população e ações e serviços de saúde disponibilizados nesta região de saúde, que poderá se basear exclusivamente no critério geográfico ou agregar serviços a serem compartilhados entre municípios por meio de pactuações que objetivam a qualidade da atenção, o acesso e o ganho em escala.

Na perspectiva da territorialização dos serviços de saúde, torna-se fundamental a sua distribuição e pactuação entre municípios e estado por níveis de atenção à saúde com vistas ao uso racional dos recursos de acordo com a disponibilidade e densidade tecnológica (MENDES, 2011). Classificam-se em nível de menor densidade (Atenção Primária em Saúde - APS), densidade tecnológica intermediária (Atenção Secundária à Saúde) e o de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária à Saúde).

Os atributos de uma RAS, definidos na Portaria 4.279, de 30.12.2010, essenciais para o seu funcionamento, serão abordados nos âmbitos assistencial, de governança e estratégia, de organização e gestão e de incentivos.

No âmbito assistencial, têm-se os seguintes atributos: população e territórios definidos, extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços, APS como primeiro nível de atenção, serviços especializados, mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada, atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando-se em consideração as particularidades de cada um.

É fundamental a definição do território e de sua população para conhecimento das necessidades de saúde e de serviços de saúde, bem como para o planejamento e integração regional das ações e monitoramento dos resultados. Em conformidade com esta integração e com a suficiência, acesso e qualidade da atenção, importantes fundamentos das RAS, há a necessidade de planejamento de pontos de atenção à saúde diversificados que incluam ambulatórios de atenção primária e especializados, centros hospitalares, maternidades, centros de reabilitação e disponibilize atendimento de promoção, reabilitação e recuperação da saúde num perfil eletivo, de urgência e paliativo.

O planejamento do cuidado deverá ser feito nos diferentes graus de complexidade da atenção à saúde, de acordo com a necessidade do usuário e de forma a promover a garantia de acesso aos diversos pontos da rede, tendo a APS como porta de entrada no sistema.

Ressaltamos que, para as condições de maior complexidade, a fim de otimizar recursos na perspectiva do conceito de economia de escala, os serviços mais especializados serão concentrados em determinado nível da atenção. O gerenciamento do processo de transferência do cuidado entre os diversos pontos de atenção à saúde da RAS deve garantir de forma ininterrupta a atenção necessária, integral e qualificada ao usuário. Estes mecanismos estão relacionados com a governança e gestão dos processos para o acesso do usuário aos serviços da rede. Um outro atributo da RAS, o modelo assistencial centrado no usuário, com atenção às suas necessidades de saúde e peculiaridades sociais, desloca o foco da atenção da doença para o usuário e insere a proposta de consideração às suas singularidades na decisão da terapêutica ou do tipo de atenção.

No âmbito da governança e estratégia, os atributos das RAS referem-se à integração entre os diferentes entes federativos, a fim de atingir um propósito comum, ampla participação social e gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico (OPAS, 2010).

A instituição de um sistema de governança único permite melhor planejar as ações para determinada população de uma região de saúde, com otimização dos equipamentos e recursos de saúde dos entes federativos envolvidos. Favorece, ainda, o monitoramento e avaliação dos resultados e indicadores de saúde esperados para as metas propostas no planejamento em saúde para aquela região.

A integração de atores sociais na implementação das ações da RAS, por meio de espaços de discussões e de compartilhamento de decisões e responsabilidades é um importante diferencial. A participação social neste modelo de governança relaciona-se a aspectos variados. Entre eles, destacam-se o entendimento do problema e intercâmbio entre comunidades

com desafios semelhantes para a busca de soluções, uma aproximação efetiva das comunidades para compreensão real das suas necessidades de saúde, bem como o empoderamento dos usuários nesses espaços para que tenham controle de decisões que possam afetar seu bem-estar (OPAS, 2010).

A gestão integrada de sistemas de apoio diagnóstico, clínico e logístico é outro importante atributo das RAS. O tamanho e complexidade da rede definirão a magnitude desta integração num apoio à qualificação daquela linha de cuidado em busca da excelência e eficiência dos serviços disponibilizados. A compra, armazenamento e entrega de insumos médicos, avaliação da necessidade de incorporação de tecnologias e o apoio do sistema de transporte e regulação para trânsito seguro dos usuários entre os diversos pontos da rede são tópicos, cuja centralização (LEGA, 2007, apud OPAS, 2010, p. 68) pode favorecer a eficácia eficiente, conforme recomendado por Testa (1989).

Recursos suficientes, sistema de informação integrado, ação intersetorial e financiamento tripartite são os atributos da RAS relacionados ao âmbito da organização e gestão.

Outro importante atributo para a garantia do acesso qualificado é a suficiência dos recursos humanos, logísticos e físicos. Os recursos humanos são o capital mais importante da rede. Seu quantitativo, distribuição e competência relacionam-se diretamente com a excelência do cuidado que se busca disponibilizar aos usuários (OPAS, 2010).

A informação de qualidade e compartilhada, a promover uma comunicação clara, entre os diversos pontos de atenção é estratégica para a tomada de decisão quanto à reavaliação dos processos que potencializem os resultados a serem alcançados pelos serviços de saúde. A RAS deve possuir um sistema de informação que contemple um trânsito fluido, seguro e confidencial de dados sobre os usuários e sua trajetória na rede, além de informações sobre a situação de saúde da comunidade, os pontos de atenção à saúde e custos dos serviços de forma fidedigna. Além disso, a integração de setores na perspectiva de compartilhamento de conhecimento entre as especialidades administrativas e da assistência com foco numa atenção multidisciplinar estimula, ainda, a comunicação entre os profissionais dos diversos pontos de atenção e da rede como um todo. A garantia da fidedignidade da informação é importante desafio do sistema público de saúde no país e pode comprometer a tomada adequada de decisão por parte dos gestores.

O financiamento desta estrutura deve envolver recursos que contemplem as necessidades dos serviços nos diversos pontos da rede. Este atributo está bem estabelecido na Portaria número 1.459 (2011), que institui a Rede Cegonha e define o financiamento tripartite, por meio de recursos de ordem federal, estadual e municipal. Quanto ao âmbito relacionado aos

incentivos, propõe-se a gestão baseada em resultados com monitoramento e avaliação de metas claras, com prazos definidos e indicadores efetivos de acompanhamento.

A implementação destes atributos num sistema de saúde prioritariamente fragmentado do cuidado é um processo paulatino, desafiador e com graus e velocidade e evolução dependentes da realidade inicial.

Nesta perspectiva, foi construída uma tabela (anexo I) com níveis de progressão de implementação destes atributos, a partir de pontos extremos, desde uma fragmentação absoluta do sistema de saúde até o nível de uma rede de assistência completamente integrada. A realidade empírica diverge destes extremos e encontra-se, habitualmente, em níveis heterogêneos de integração dos serviços e de aplicação dos atributos anteriormente apresentados (OPAS, 2010).

Trata-se de um referencial para análise e discussão dos pontos mais frágeis que requeiram maior empenho da governança para a implementação de uma atenção à saúde integral e integrada em rede.

3.2.1 Elementos constitutivos das RAS

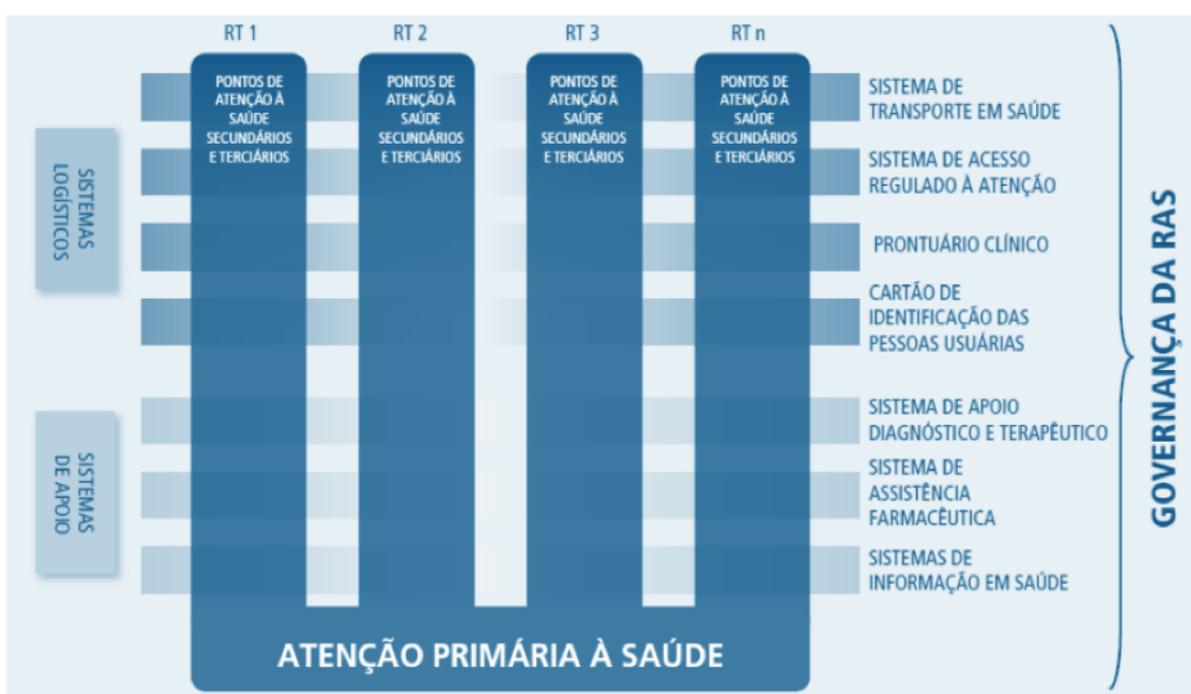
A operacionalização da RAS depende da interação de três elementos constitutivos: a população e sua região de saúde definida; a estrutura operacional e os serviços com níveis diferenciados de atenção à saúde e sistemas de apoio, logísticos e de governança; e o modelo de atenção à saúde com seu referencial lógico para funcionamento articulado da rede (MENDES, 2011).

Alguns elementos constitutivos da RAS definidos pelo autor estão entre os atributos apresentados anteriormente e serão aqui detalhados na perspectiva de um modelo assistencial instituído no SUS, no qual está inserida a estratégia da Rede Cegonha, e que embasará as discussões pertinentes.

Do ponto de vista das necessidades de saúde, aspecto fundamental de uma RAS, o conhecimento aprofundado da população para a qual a rede disponibiliza os seus serviços é estratégico, assim como a delimitação da área geográfica/região de saúde sob sua responsabilidade. Isto permite a classificação da comunidade a ser assistida por riscos socio-sanitários e favorece a viabilidade operacional e sustentável do cuidado. A RAS tem como objetivo promover, preservar e/ou recuperar a saúde das pessoas da comunidade. Torna-se primordial buscar informações sobre esta comunidade, para o planejamento atual e futuro das necessidades e serviços de saúde (OPAS, 2010).

O funcionamento da rede depende de uma estrutura operacional, que consiste num conjunto de pontos de atenção à saúde que ofertam os seus serviços e interagem entre si, associado aos sistemas de apoio processual e com vistas à garantia do cuidado. São cinco os componentes: centro de comunicação, a Atenção Primária em Saúde (APS); os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2011). Através da figura abaixo é possível compreender a estrutura operacional da RAS.

Figura 1 - Estrutura operacional das RAS



Fonte: (MENDES, 2011)

Os pontos de atenção secundários e terciários, em virtude da divisão técnica, são específicos para o serviço prestado naquela rede (MENDES, 2011). No caso da Rede Cegonha, estarão relacionados com a atenção materno-infantil. Os demais componentes (sistema de apoio, sistema logístico, sistema de governança) organizam-se de forma transversal em todas as redes temáticas.

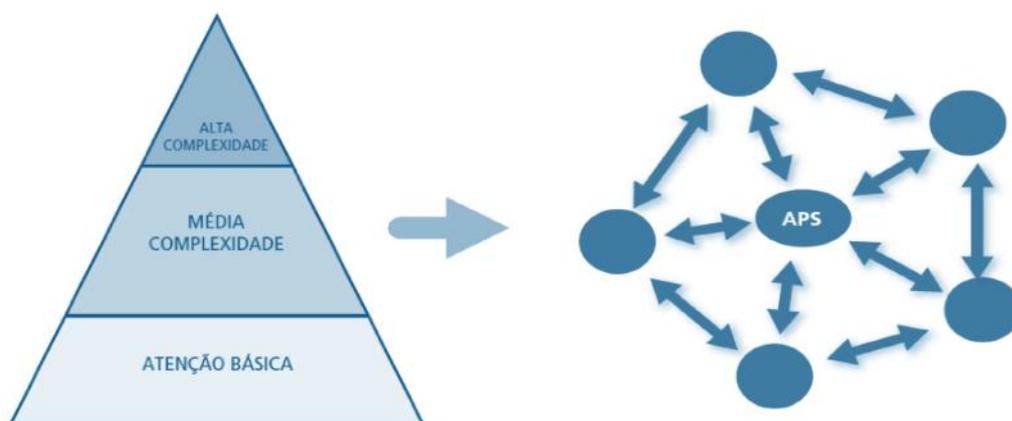
A atenção primária à saúde (APS) é o centro de comunicação da rede. Deve ser o ponto de entrada do usuário no sistema de saúde organizado e estruturado em rede. A partir desse centro, ocorrem as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência terapêutica e de reabilitação interligados para assistência integral, integrada e continuada da comunidade naquela região geográfica.

Ressaltamos que a expressão “atenção primária” refere-se ao primeiro contato, muito distante do atendimento de atenção primitiva a pessoas pobres de regiões pobres numa lista básica de serviços de saúde de baixa densidade tecnológica, conforme destacado por Testa (1989) e reiterado por Mendes (2011).

Uma APS estruturada para um cuidado qualificado ancora-se nos seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural com importantes funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização (Mendes, 2011). Estes atributos e funções exigem da equipe de saúde da APS um conhecimento aprofundado das necessidades de saúde da população com uma abordagem ampliada e acompanhamento da trajetória do usuário em qualquer ponto de atenção à saúde em que se encontre na rede.

Na ilustração da figura 2, observamos a APS (Atenção Primária em Saúde) como centro de comunicação numa substituição do modelo hierárquico e piramidal pelo conceito de redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011).

Figura 2 - Modelo da Atenção Primária em Saúde como centro de comunicação



Fonte: (MENDES, 2011)

Os pontos de atenção secundária e terciária funcionam de forma integrada com a APS e demais pontos da rede, por meio dos sistemas logísticos que apoiam o fluxo e contrafluxo do usuário.

As necessidades de âmbitos diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica e do sistema de informação à saúde das RAS são atendidas pelos sistemas de apoio que dão suporte a todos os pontos de atenção à saúde.

O quarto componente, os sistemas logísticos baseados nas tecnologias da informação responsabilizam-se pela integração dos pontos de atenção à saúde, favorecendo a comunicação eficaz e o percurso rápido e fidedigno das informações para registro adequado e tomada de decisão assistencial e administrativa.

Quanto ao sistema de governança da rede, Nielsen (2010) classifica a sua estrutura em contratual e processual. A governança contratual se refere ao plano de trabalho no qual estarão explícitos os direitos e obrigações, os contratos formais, as regras que regulamentarão o comportamento para atingir os objetivos da rede. A processual, por sua vez, tem relação com o processo de intenções entre os atores da parceria, bem como com os mecanismos de coordenação e instrumentos destas interações. A estratégia deste processo tem como fator essencial a motivação dos integrantes da rede para um trabalho colaborativo com tarefas individuais e em grupos e interdependência. O sentimento de pertencimento ao processo favorece a construção da parceria e o alcance dos resultados (NIELSEN, 2010).

A comunicação com intercâmbio e trânsito fluido de informações e conhecimento do processo e estratégias de parceria são fundamentais na estrutura de governança (LINDENBERG; FOSS, 2011). A simetria de informações e a comunicação integrada aos objetivos da rede favorecem o espaço para a confiança. A partir daí, fortalece-se também a construção de espírito de equipe com regras claras (governança contratual) dos processos e procedimentos para divisão interna do trabalho, minimizando-se conflitos e criando-se espaço para o surgimento e fortalecimento de lideranças no grupo (governança processual). Esta liderança tem como foco o gerenciamento da equipe por meio da cooperação recíproca e se fundamenta também numa estrutura de reconhecimento baseado em recompensas que, prioritariamente, devem ser direcionadas ao grupo e não individuais (NIELSEN, 2010).

Esta classificação torna-se útil para análise crítica dos resultados da rede do ponto de vista gerencial. Empiricamente, os limites entre o contrato e o processo de efetivação do mesmo são tênues e se deslocam; às vezes, superpõem-se, por meio das atividades propostas com suas metas, indicadores e resultados já indicando contratualmente os processos para alcançá-los.

Num aspecto que se aproxima dos conceitos acima apresentados, Roth et al. (2011) aprofundam as diferenças entre os conceitos de governança e gestão de redes horizontais, suas interrelações e influências mútuas.

Na perspectiva do conceito de governança de rede, estes autores ressaltam que governança consiste “na definição de regras, critérios para tomada de decisão, responsabilidades e

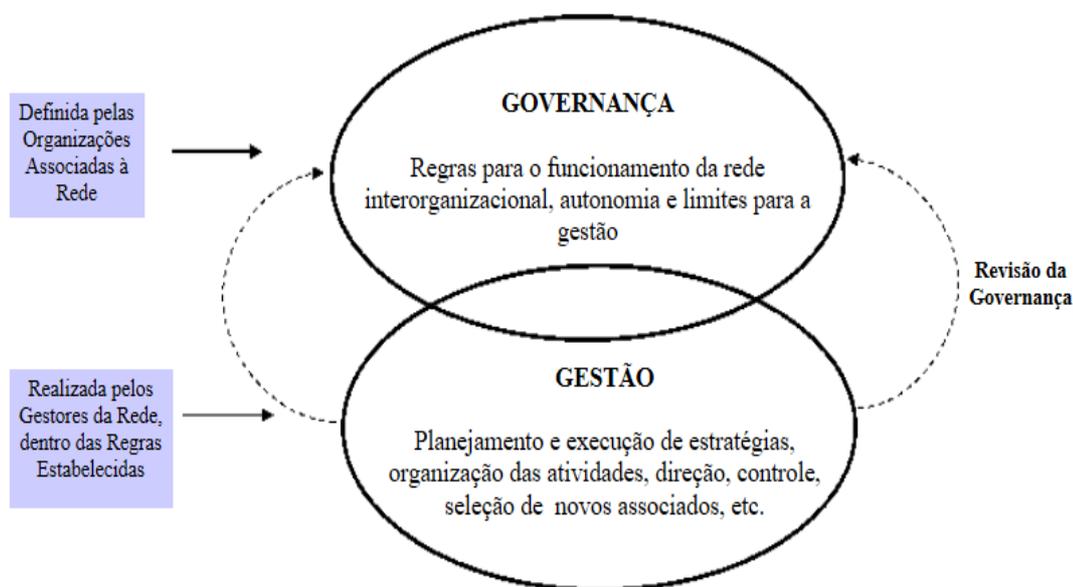
limites de autonomia e ação dos participantes”. Afirmam, ainda, que “o papel da governança não é gerir, mas delimitar a gestão”.

A gestão, por outro lado, tem por objetivo, por meio da adequação de práticas, atingir metas pactuadas entre governança e integrantes da rede e está caracterizada por certo grau de flexibilidade, diferentemente da governança que tem uma natureza menos transitória (ROTH, 2011).

A gestão da rede, conforme Huxham e Ring (2008 apud ROTH, 2012), refere-se a “uma série de processos e práticas realizadas por um time de indivíduos, focados tanto na definição da direção a ser tomada por uma entidade interorganizacional quanto à alocação e implementação de recursos para alcançar esses fins” (ROTH, 2012).

Do ponto de vista conceitual, portanto, à governança estão relacionados os elementos relativos às normas, regras, autonomia e limites do funcionamento da rede. À gestão, cabem os processos de implementação de ações com a aplicação de conhecimentos e habilidades, a fim de alcançar os objetivos da rede. Há nesse âmbito, influências mútuas destes elementos que impactam no resultado coletivo da rede. A figura 3 ilustra a síntese dos conceitos propostos.

Figura 3 - Sistema de governança e gestão de redes interorganizacionais



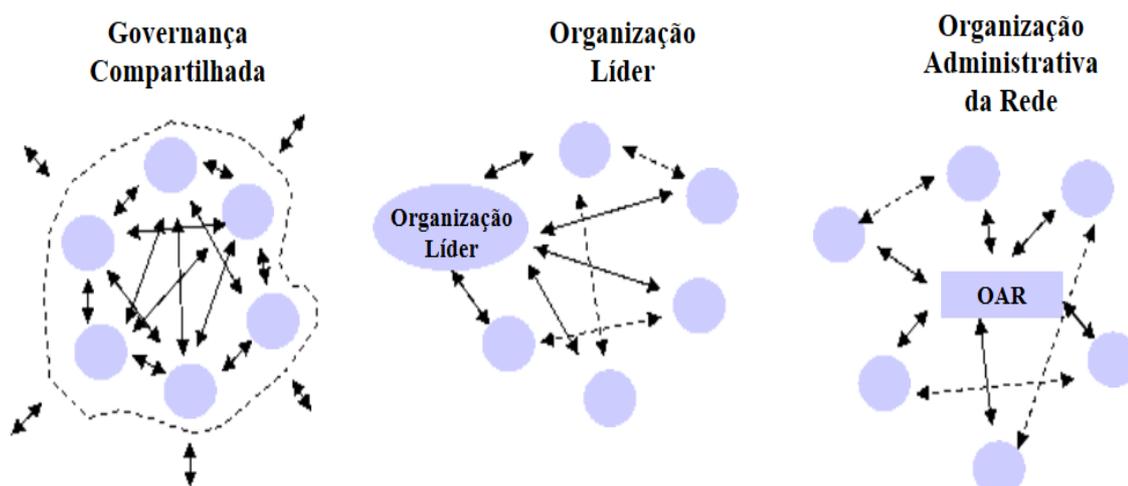
Fonte: (ROTH, 2012)

A gestão, em última análise, é a colocação em prática das ações necessárias para a execução dos processos pertinentes ao funcionamento integrado da rede com foco na sua vocação e objetivos previamente definidos pela governança.

Outro aspecto a se destacar refere-se à análise da dimensão da influência do contexto no desempenho da governança da rede, associada à influência da própria rede no meio em que foi gerada em função de suas ações colaborativas (MILAGRES et.al, 2012). Este contexto pode favorecer ou dificultar a implementação pela gestão dos processos previstos para atingir as metas do contrato discutido entre a governança e demais integrantes da rede. No caso da estratégia em estudo, construímos o seguinte diagrama que ilustra as instâncias, atores e espaços da governança e da gestão que interagem entre si para o funcionamento da rede, cumprimento de metas e superação de conflitos a fim de efetivar as mudanças e objetivos propostos.

No âmbito da eficácia da rede, Provan e Kenis (2008 apud ROTH, 2012) estabeleceram um modelo explicativo no qual diferenciam três formas distintas de governança, a partir da análise do número de membros da rede, o fator confiança, o consenso e a necessidade de uma coordenação do processo: redes de governança compartilhada, na qual o coletivo de atores interage para a tomada de decisão sem uma estrutura administrativa responsável pela gestão da rede; rede com organização líder, que é governada por um de seus membros, responsável pela coordenação das ações e habitualmente ocorre em relações verticais ou horizontais multifacetadas; e as redes governadas administrativamente ou modelo de organização administrativa da rede, no qual uma entidade é criada para o gerenciamento e coordenação das atividades da rede. A figura 4 apresenta estes modelos de governança.

Figura 4 – Modelos de governança



Fonte: Kenis (2008, apud ROTH, 2012)

Os autores destacam a possibilidade de surgimento de formas intermediárias entre os três modelos apresentados, a depender do processo de crescimento e evolução da rede, com as adaptações necessárias para a eficiência das metas propostas. No caso da Rede Cegonha, o processo se aproxima do formato de uma organização administrativa da rede realizada pelas secretarias de saúde do estado e do município.

Há conceitos de governança das RAS que incluem as ações da gestão. Sinclair et al. (2005 apud MENDES, 2011) assim a definem:

(...) é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A **governança** objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, **definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos** para cumprir com a missão e a com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e **desenvolver a capacidade de gestão** necessária para **planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização** (SINCLAIR et al. (2005 apud MENDES, 2011) (Grifo nosso).

No presente estudo, utilizaremos este conceito de governança aplicado para a análise da sua influência na implementação da Rede Cegonha no âmbito do município de Salvador.

A governança das RAS possui como dimensões o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento (MENDES, 2011). Estas dimensões serão analisadas a partir das peculiaridades do SUS, sistema no qual está inserida a estratégia em estudo.

O desenho institucional da governança das RAS no SUS se insere num sistema de federalismo tripartite com complexas inter-relações entre os entes federal, estadual e municipal. Os municípios são entes federados com autonomia política, administrativa e financeira com competências bem dirigidas e grande heterogeneidade social, geográfica e epidemiológica entre si. O modelo adotado do federalismo predominantemente cooperativo e intra-estatal no Brasil prevê um relacionamento entre os entes federados pautado na hegemonia do interesse comum sobre o individual, embora com elementos de competição e cooperação. O formato intra-estatal remete ao incentivo de ações conjuntas nas políticas de saúde pública (MENDES, 2011).

Este arranjo institucional manifesta-se no SUS a partir de espaços decisórios interfederativos, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (BIT). Associadamente, neste modelo, estabelece-se a participação social por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. A unidade na diversidade, uma marca do federalismo

cooperativo, deve ser estabelecida na implementação das normas ministeriais, respeitando-se a singularidade dos estados e das regiões brasileiras (MENDES, 2011). A heterogeneidade de realidades do país dificulta, por vezes, a implementação de políticas públicas, cujas normativas não se encaixam com a diversidade existente de indicadores de saúde e desenvolvimento social e econômico das regiões.

O financiamento federal não pode mais ser o conformador da organização do SUS, **não havendo mais espaço para a edição de normas operacionais e outras portarias ministeriais que rompam com as realidades locais e regionais** e que interfiram na autonomia do ente federativo para organizar seu sistema de acordo com essas realidades (SANTOS; ANDRADE, 2007 apud MENDES, 2011) (Grifo nosso).

Esta compreensão reforçou a necessidade de fortalecimento do modelo de governança regional que possa considerar estas diversas realidades, por vezes, presentes dentro de um mesmo estado. Este nível da governança objetiva discutir e adequar políticas estaduais numa perspectiva de regionalização cooperativa entre municípios e estado. Busca-se, assim, de forma previamente pactuada, reconstruir, para determinada área geográfica, uma rede de assistência em escala adequada com economicidade e qualidade do cuidado ofertado, atendendo aos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade.

Com este objetivo e para garantir um espaço de decisão baseado nas prioridades e pactuações do funcionamento da RAS em determinada região de saúde, instituiu-se a Comissão Intergestores Regional (CIR) ou Colegiado de Gestão Regional, composto por gestores municipais de saúde dos municípios da região e representantes do gestor estadual. Trata-se de instância de articulação dos gestores municipais para discussão e implementação de uma rede de serviços de saúde que disponibilize à população daquela região uma atenção integrada e de qualidade nos seus diversos níveis de complexidade com acesso garantido ao cuidado em saúde (MAIA DOS SANTOS, 2014). Destacamos, neste espaço, o perfil de decisão por consenso entre os participantes.

A expressão governança regional refere-se, portanto, àqueles conceitos de governança anteriormente apresentados, aplicados no âmbito da região de saúde com os seus respectivos representantes.

A governança é entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organi-

zações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

O Decreto 7.508, de 28.06.2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19.09.1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências. Do ponto de vista da articulação interfederativa, assim dispõe no seu Art. 30 sobre a pactuação, a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde.

As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011).

A segunda dimensão da governança da RAS é o sistema gerencial, que necessita de instrumentos que envolvam o processo de territorialização por meio dos Planos Diretores de Regionalização (PDR), o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação (MENDES, 2011).

A concepção dos territórios sanitários, descrita anteriormente, corresponde a espaços de responsabilização sanitária da RAS por uma população definida.

O planejamento estratégico, importante ferramenta para a construção de estratégias de forma articulada, interdependente, integrada e cooperativa entre os atores envolvidos, permite a discussão das responsabilidades nas três dimensões federativas e definição das ações prioritárias a serem implementadas. Os indicadores de saúde e necessidades regionais da população são importantes referenciais para a sua construção. No caso do SUS, está centrado nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde (MENDES, 2011). O Plano Diretor de Investimentos (PDI) deve refletir os recursos e investimentos necessários para atender às propostas e metas previstas nos respectivos planos regionais e municipais de saúde.

Os contratos entre gestores e prestadores de serviços são um importante instrumento para monitoramento e avaliação dos direitos e obrigações previstos entre as partes, bem como do cumprimento de metas, prazos e resultados a serem alcançados na implementação de ações de qualificação da atenção à saúde propostas para a melhoria dos indicadores sanitários daquela população. Neste aspecto, indicadores quali e quantitativos referentes à produção assistencial prevista, acesso ao cuidado, efetividade, atenção hospitalar, atenção ambulatorial, se-

gurança do paciente, satisfação dos pacientes, eficiência, entre outros, deverão estar bem definidos entre as cláusulas contratuais (MENDES, 2011).

A acreditação dos serviços de saúde, está entre as metas almejadas pela governança na busca constante da qualificação da atenção prestada nos pontos de assistência das RAS. Consiste no atendimento a padrões previamente definidos de qualidade e estipulados e monitorados por órgão competente. No aspecto das RAS, destacamos que a acreditação não se aplica a um ponto ou pontos isolados do sistema, funcionando como “ilhas” de excelência, enquanto outras unidades da rede não acompanham este nível de qualidade da atenção. A acreditação, neste caso, para ser emitida, analisa integralmente a qualidade e o funcionamento da rede como um todo, por meio de critérios que consideram os atributos da RAS, apresentados em capítulo anterior, com foco importante na continuidade da atenção nos diversos pontos da trajetória do usuário (MENDES, 2011).

O financiamento das RAS, no caso do SUS, é de origem federal, estadual, municipal ou de origem externa associada de incentivo, parcial ou integral. Este é um importante aspecto da governança, definidor de tomada de decisão que demande recursos adicionais para ações ou metas propostas para a melhoria dos indicadores de saúde da população de determinada região (MENDES, 2011). O subfinanciamento do SUS apresenta-se como limitante da implementação de investimentos normativamente instituídos pelo Ministério da Saúde. As RAS, por meio da utilização de serviços com base na economia de escala, atendem à expectativa de otimização de recursos escassos e redução de custos na atenção à saúde, a fim de minimizar o impacto de um sistema público de saúde sem recursos suficientes para atendimento às necessidades de saúde e de serviços de saúde da população (CARVALHO, 2013).

Após definições dos elementos população e estrutura operacional, abordaremos o modelo de atenção à saúde, terceiro elemento constitutivo das RAS.

Modelo de atenção à saúde, conforme Paim (2001), define-se como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas”. Para o autor,

Modelos de atenção são uma lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde... Conceitos como práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica, meios de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias e o trabalho propriamente dito (atividades) são de grande utilidade para o entendimento dos modelos de atenção estruturados para intervir sobre problemas e atender necessidades de saúde (PAIM, 2001).

São, também, definidos por este autor como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2001).

No presente estudo, discutiremos a proposta de mudança do modelo de atenção ao parto, um dos objetivos da Rede Cegonha. Para subsidiar a análise, utilizaremos os conceitos trazidos por Paim sobre modelo de atenção à saúde, na perspectiva do parto e nascimento, ancorados em elementos da humanização.

Abordaremos, no item seguinte, os eixos de análise e conceitos que utilizaremos para o termo humanização.

3.3 A Humanização da Assistência e o Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento

Deslandes (2004) ressalta que o termo humanização tem sido empregado para respaldar um amplo conjunto de iniciativas do governo federal, mas carece de uma definição mais clara. A autora faz questionamentos na tentativa de registrar os estranhamentos causados por esta expressão: “o que designa humanizar? Subentende-se que a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos?”.

Esta autora, na busca de elucidar uma definição ao termo que atendesse ao significado utilizado em políticas e programas de governo, realizou uma análise da expressão a partir do conteúdo de propostas do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (MS, 2000).

Nos eixos discursivos analisados, destaca a utilização do termo humanização “como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa por “maus tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e suas expectativas”.

No segundo eixo de análise, identifica a expressão como a conjugação de tecnologia e fator humano e de relacionamento, “humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento”. Os demais eixos identificados remetem humanização à “melhoria das condições de trabalho do cuidador” e à necessidade de “ampliação do processo comunicacional”.

Deslandes (2004) define a utilização do termo humanização para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconheci-

mento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica, ainda, a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

Este será o conceito que utilizaremos para humanização na análise dos dados do presente estudo. Quanto ao modelo de atenção ao parto e nascimento, é preconizado pela Rede Cegonha, conforme portaria normativa, a instituição de práticas de atenção à saúde no parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, nos termos da Organização Mundial da Saúde de 1996, conhecidas como “boas práticas”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem por objetivo, no plano internacional, a troca de conhecimentos e experiências relativas a questões sanitárias e de saúde pública que permitam a todos os habitantes do mundo um nível de saúde e uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1996).

Com base em evoluções científicas disponíveis, a OMS publicou em 1996 o Guia Prático da Assistência ao Parto Normal, originalmente intitulado “Care in normal birth: a practical guide”, no qual são classificadas as recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e por fim, práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

As práticas com evidências científicas de bons resultados maternos e neonatais referem-se à instituição de um plano individual com participação efetiva da mulher durante a gestação com o conhecimento do parceiro. A avaliação do risco gestacional deverá ser realizada na primeira consulta pré-natal, com reavaliações subsequentes do risco nas consultas posteriores. Outro ponto relaciona-se ao respeito à escolha da mulher sobre o local do parto, bem como à sua privacidade, realizado com assistência obstétrica segura. O apoio emocional e empático pela equipe de assistência, com informações claras sobre os seus questionamentos, bem como o direito à livre escolha do seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto também se mostraram efetivos como qualificador da atenção. A oferta de líquidos por via oral, o monitoramento fetal com ausculta intermitente, a utilização do partograma, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimento e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto são recomendações baseadas em evidências científicas que qualificam a atenção ao parto e nascimento.

A administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, causa importante de mortalidade materna, ou que corram

perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue, condições estéreis ao cortar o cordão umbilical, prevenção da hipotermia do bebê, contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto e exame rotineiro da placenta e membranas ovulares complementam estas recomendações no âmbito do parto e nascimento. As demais categorias estão apresentadas no quadro em anexo (anexo II).

As práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e que embasam, juntamente com a humanização da assistência, as mudanças de atenção ao parto e nascimento propostas pelo modelo de atenção à saúde da Rede Cegonha serão referenciais para análise da atenção materno-infantil proposta neste estudo.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa do tipo qualitativa exploratória caracteriza-se como estudo de caso (YIN, 2010) para a análise da Rede Cegonha e os desafios da sua implementação no município de Salvador, Bahia, com foco no componente II da Rede Cegonha, referente ao “Parto e Nascimento”.

A escolha deste componente como foco da análise ocorreu em função de ser o recorte da linha de cuidado materno-infantil que permite melhor evidenciar possíveis mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento, objetivo II da Rede Cegonha. Além disso, verificam-se altas taxas de mortalidade materna e neonatal por causas relacionadas a este momento da atenção.

Analisamos, também, a organização da rede em relação ao acesso, acolhimento e resolubilidade, objetivo I da estratégia em estudo, além dos aspectos relacionados à governança local e possíveis implicações.

Nesta perspectiva, discutimos os possíveis fatores facilitadores e dificultadores para implementação da estratégia, no contexto empírico, numa análise da atenção em rede e da influência da governança para minimizar riscos e vulnerabilidades de morbimortalidade materna e neonatal.

A pesquisa qualitativa, aqui proposta, busca, a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada, e, por meio da obtenção de dados descritivos das informações necessárias e processos interativos resultantes, compreender os fenômenos envolvidos na perspectiva dos integrantes da situação em análise (GODOY, 1995).

A investigação do objeto foi conduzida por meio do estudo de caso único que, segundo Yin (2010), é uma estratégia de pesquisa que permite o estudo de um fenômeno dentro de um contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente demarcados.

A aplicação do estudo de caso justifica-se, uma vez que o fenômeno a ser observado necessita da apreensão de numerosas informações a serem exploradas em profundidade para a compreensão da totalidade da situação (BRUYNE; SCHOUTHEETE, 1977).

A exploração de situações da realidade com a preservação do caráter unitário do objeto em estudo, descrição do contexto de determinada investigação com a formulação de hipóteses e explicação de variáveis causais de determinado fenômeno são alguns dos propósitos que se apresentam para esta metodologia (GIL, 2008), muito aplicáveis para responder às indagações apresentadas neste estudo.

4.1 Seleção do Caso

A Resolução CIB 128/2011 (SESAB, 2012) pactuou quatro das nove Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia como prioritárias para implementação da Rede Cegonha: a Região Metropolitana de Salvador (Macrorregião Leste), a Macrorregião Norte, a Macrorregião Centro Norte e a Macrorregião Sul.

O Ministério da Saúde, ao iniciar a implementação nacional, priorizou as respectivas Regiões Metropolitanas dos Estados para liberação de recursos.

Dentro da Região Metropolitana de Salvador, foi escolhido para esta pesquisa, o município de Salvador, por possuir unidades de saúde com atenção primária, secundária e terciária, o que favorece a análise da rede com seus níveis de complexidade diversos, além de ser a capital do estado com grande importância sócio-econômica, política, histórica e cultural e de maior densidade demográfica e tecnológica da região (SESAB, 2012).

O componente “Parto e Nascimento”, foco do estudo, foi analisado, na perspectiva de rede e de modelo de atenção ao parto e nascimento, nas unidades de saúde com atendimento de urgência e emergência no município de Salvador e que aderiram à Rede Cegonha.

Os leitos obstétricos e neonatais que compõem a rede de urgência e emergência obstétrica e neonatal do município em estudo estão distribuídos entre nove unidades de saúde, sendo cinco maternidades da rede estadual, uma maternidade da rede federal, um hospital filantrópico com leitos obstétricos e neonatais contratados pela rede municipal e um Centro de Parto Normal do segmento filantrópico: Instituto de Perinatologia da Bahia/SESAB (estadual), Maternidade Dulcinéia Moinho/Hospital Geral Roberto Santos/SESAB (estadual), Maternidade José Maria de Magalhães Neto/SESAB (estadual), Hospital Sagrada Família (filantrópica com leitos municipais), Maternidade Albert Sabin/SESAB (estadual), Maternidade Climério de Oliveira/UFBA (federal), Maternidade João Batista Caribé/SESAB (estadual), Maternidade Tsylla Balbino/SESAB (estadual), Unidade Mista Dr. José Carneiro de Campos - Centro de Parto Normal (filantrópico).

As unidades de saúde que prestam a atenção primária em saúde, por meio da realização do cuidado pré-natal, são ilustradas na trajetória do(a) usuário(a) na rede, porém não são foco de análise do presente estudo.

4.2 Cenário do Estudo

O município de Salvador, capital do Estado da Bahia, possui 692,82 Km² de área geográfica, uma população de 2.938.092 habitantes e densidade demográfica de 3.859,44 hab/Km². Compõe a Região Metropolitana de Salvador (RMS), juntamente com 12 outros municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz⁵.

Pertence ao Núcleo Regional de Saúde Leste, sendo Cidade Pólo da Região Metropolitana de Salvador, portanto, referência para procedimentos e atendimentos de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar para os municípios da macro e microrregião de saúde, bem como de outros estados, conforme Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia⁶.

Do ponto de vista político-administrativo, o município divide-se em 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros e em 12 Distritos Sanitários, assim denominados: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

Segundo dados do IBGE (2013), Salvador é a cidade mais populosa do Nordeste, a terceira mais populosa do Brasil e a oitava em densidade demográfica no país. No aspecto sócio-econômico, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2010 de 0,759, valor superior ao do Estado da Bahia e do Brasil, que possuem IDH, respectivamente, de 0,660 e 0,699. Salvador tem um PIB per capita de R\$19.505,84 .

4.2.1 Rede Pública de Atenção à Saúde Materna e Neonatal

A rede pública de assistência materno-infantil distribui-se, no atendimento pré-natal, entre 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 65 Unidades de Saúde da Família (USF) e 07 Centros de Saúde. Estes pontos de atenção à saúde estão inseridos nos 12 Distritos Sanitários que compõem administrativamente o município.

⁴ Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>.

⁵ Fonte: www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125_atlas_salvador.

⁶ Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/br/>.

O atendimento pré-natal também é disponibilizado em algumas maternidades, na dependência da necessidade de maior nível de complexidade da atenção. A atenção hospitalar desta rede é disponibilizada por 08 serviços de maternidades e 01 Centro de Parto Normal referenciados pelas respectivas unidades de saúde que realizam o atendimento pré-natal, de acordo com os riscos da população atendida e dos Distritos Sanitários específicos, previamente acordados durante o processo de vinculação, conforme o mapa em anexo (anexo III) discutido entre gestores da SESAB e SMS.

A assistência ao parto e nascimento no serviço público do município de Salvador é realizada, quase na sua totalidade, por unidades de saúde da rede estadual, tanto para o atendimento a gestantes de risco habitual quanto para aquelas de alto risco. A Secretaria Municipal de Salvador disponibiliza o atendimento pré-natal e não possui unidades próprias para atenção obstétrica hospitalar.

4.3 Técnica de Coleta de Dados

O processo de exploração do campo e maior aproximação do objeto de estudo foi favorecido pelo trânsito da autora com os espaços e atores envolvidos no processo de implementação da Rede Cegonha. A implicação da autora com o objeto foi tratada em capítulo específico.

A imersão no campo foi iniciada por meio da seleção de uma amostra intencional com sujeitos estratégicos para contemplar maior possibilidade investigativa às questões da pesquisa. Informantes-chaves foram identificados no âmbito federal, estadual, municipal e nas instituições de saúde selecionadas.

Os primeiros contatos foram realizados com gestores do nível federal, a fim de melhor compreender a formulação da estratégia em estudo, contexto político e econômico à época da sua instituição e, assim, ampliar a visão de possibilidades e de outros sujeitos, enquanto informantes-chaves para a análise proposta. Esta aproximação favoreceu o surgimento de elementos peculiares que potencializaram o conhecimento acerca do objeto. Realizaram-se mensagens por e-mail e encontros presenciais para apresentação da pesquisa, objetivos, métodos e resultados esperados, anteriormente ao agendamento da entrevista.

O acesso aos gestores do nível estadual (SESAB, CIB, CIR, Ministério Público Estadual, COSEMS, Grupo Condutor Estadual de Redes Temáticas, gestores das unidades de saúde) e municipal (SMS) foi realizado mediante contato telefônico com suas representações

e facilitado pelo fato de o objeto em estudo ser de interesse comum e pauta de discussão entre estes espaços e aquele da autora.

Anteriormente ao contato telefônico ou por email com os diretores das unidades de saúde da rede própria do estado selecionadas, enviamos solicitação à SESAB para permissão de acesso às informações e observações necessárias.

As demais unidades, do segmento federal e filantrópico, também foram encaminhadas cartas de apresentação da pesquisa e solicitada anuência para o acesso aos informantes e às instituições, em conformidade com a metodologia proposta. A partir dos diretores das unidades, foram indicados gerentes de atenção à saúde, coordenadores e técnicos para as demais entrevistas e acesso aos dados.

Ressaltamos a receptividade e interesse dos sujeitos contatados em contribuir com o estudo, por meio da disponibilidade de tempo para entrevista, informações e documentos solicitados. Percebeu-se uma intencionalidade de participar ativamente com dados que pudessem colaborar com melhorias para a realidade atual da assistência materno-infantil nos respectivos espaços ocupados pelos atores. Sugestões de sites específicos para facilitar o acesso a dados, portarias, resoluções, atas e demais informações pertinentes às instituições e ao objeto em estudo foram apresentadas durante os contatos.

4.4 Fonte de evidências

Uma das vantagens mais importantes do estudo de caso é o uso de fontes múltiplas de evidências, por meio de instrumentos de coleta diversos que, num processo de triangulação e desenvolvimento de linhas convergentes, corroborem os resultados de forma convincente e acurada (YIN, 2010).

A possibilidade de coleta de dados variados favorece ao pesquisador a análise e interpretação de questões de âmbito histórico, comportamental e de atitude relacionados ao objeto e aos atores participantes da realidade em estudo (GIL, 2009) (YIN, 2010).

A produção de material no ambiente empírico contemplou um percurso de triangulação de dados em busca de resultados com maior aproximação e fidedignidade à realidade em estudo e envolveu análise documental, entrevistas semi-estruturadas, observação direta do campo e pesquisa em sítios eletrônicos com indicadores socio-demográficos e de saúde.

A produção dos dados foi conduzida pela autora e por pesquisadores vinculados ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por meio destas técnicas, sem obedecer a uma ordem precisa e de acordo com a possibilidade do campo.

A pesquisa documental corresponde ao levantamento de materiais sem o tratamento prévio, a partir do qual o investigador vai desenvolver sua análise (GIL, 2008). Pode incluir documentos administrativos, cartas, recortes de jornal, memorandos, resoluções, portarias, entre outros. Yin (2010) destaca que são fontes úteis de informação, no sentido de corroborar e aumentar a evidência de outras fontes, mesmo que não tenham a precisão como característica principal e possam conter parcialidades.

A presente análise incluiu documentos que pudessem trazer informações e refletir o processo de implementação da Rede Cegonha em Salvador, o seu contexto, a proposta normativa, a sua inclusão e nível de prioridade na pauta dos espaços decisórios, as discussões e envolvimento dos atores do processo.

Foram utilizadas como fonte documentais, portarias, resoluções, produções técnicas e atos normativos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, atas de reuniões do Fórum Perinatal da RMS, atas do Grupo Condutor da Rede Cegonha, atas do Grupo Condutor de Redes Temáticas de Atenção à Saúde do Estado da Bahia, atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), atas de audiências públicas do Ministério Público do Estado da Bahia, relatórios de gestão e produções técnicas da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia.

A observação direta foi realizada nas nove unidades de saúde selecionadas para o estudo e contemplou 05 turnos de quatro horas cada, em dias consecutivos, por unidade, totalizando-se 180 horas de observação, considerando todos os espaços de investigação. Os locais incluíram o ambiente definido para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) às gestantes e para a assistência materno-infantil no Centro Obstétrico.

Objetivamos acompanhar o processo e modelo de atendimento ao parto e nascimento instituído em cada maternidade, os desafios enfrentados nestes pontos de atenção à saúde para o funcionamento em rede, o cumprimento de normativas legais pertinentes aos direitos da gestante, a realização de assistência baseada em evidências científicas e nos critérios de humanização, o atendimento transdisciplinar e a inserção do enfermeiro obstétrico no cenário do parto, conforme os atributos apresentados no referencial teórico.

Estas unidades de saúde foram denominadas, aleatoriamente, de M1 a M9 na apresentação dos resultados. Os achados das observações foram registrados livremente em

diário de campo, porém com roteiro previamente estipulado (Apêndice I) que definiu os pontos estratégicos a serem observados.

As ações definidas na portaria que instituiu a Rede Cegonha, referentes ao componente II, parto e nascimento, serviram de referencial para a observação proposta, bem como para as entrevistas com os gestores e coordenadores das unidades de saúde. Seguem destacadas no quadro a seguir abaixo:

Quadro 1- Componentes II do Parto e Nascimento, segundo a Portaria 1.459, 2011

COMPONENTE II PARTO E NASCIMENTO
Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996: "Boas Práticas de Atenção ao parto e ao nascimento";
Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal
Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização

Fonte: Portaria 1.459, 2011/ MS.

As entrevistas são instrumentos relevantes como fonte de dados para a investigação. Trata-se de conversa com finalidade entre o entrevistado e o entrevistador, com o intuito de responder os objetivos esperados pela pesquisa. Favorecem a coleta de informações que refletem o subjetivo do sujeito na realidade que o cerca, no contexto do objeto em estudo, numa reflexão do próprio sujeito sobre razões conscientes e inconscientes acerca de atitudes e comportamentos (MINAYO, 2014).

O contexto em que foi produzida e o confronto ou complementariedade com os dados da observação participante foram considerados, em virtude da possibilidade de omissão, imponderações ou cumplicidades do entrevistado em relação a determinado ponto da conversa.

Realizamos entrevistas semi-estruturadas com roteiro elaborado com base nos instrumentos legais que criaram a Rede Cegonha, bem como naqueles que definem os

elementos constituintes das RAS e as ações propostas para implementação da estratégia de qualificação da assistência materno-infantil por evidências científicas estabelecidas.

Os conceitos selecionados dos autores do referencial teórico nortearam a elaboração das perguntas. Buscou-se, ainda, na construção do questionário, atender aos pressupostos da pesquisa, bem como à seleção de perguntas pertinentes ao espaço sócio-político dos entrevistados na implementação da estratégia (Apêndices II, III e IV).

Os atores sociais selecionados indicaram outros informantes-chaves no processo de implementação da estratégia, seguindo-se a técnica de *snow ball* – bola de neve, o que agregou um quantitativo de entrevistas acima daquele inicialmente proposto.

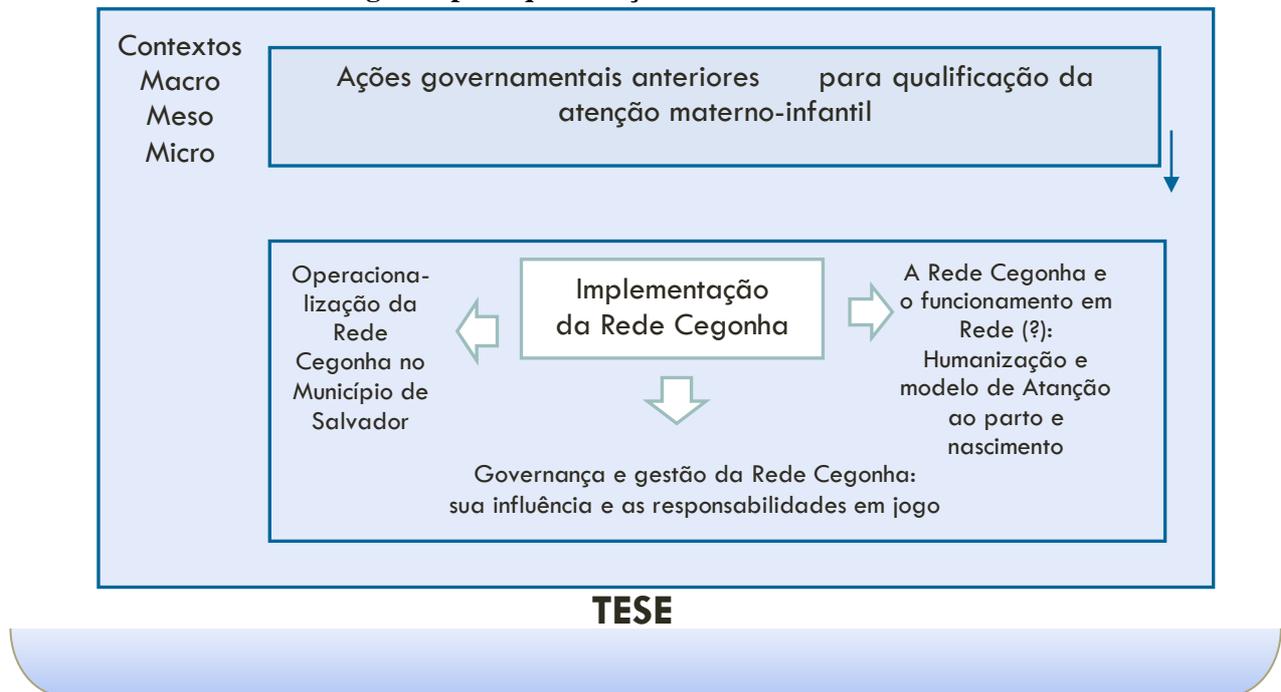
No âmbito federal, 5 entrevistas foram realizadas em Brasília e uma, em Porto Alegre e incluíram gestores do Ministério da Saúde responsáveis pela formulação e implementação da estratégia; no âmbito estadual, foram realizadas 7 entrevistas com gestores das áreas técnicas da SESAB, Grupo Conductor de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, CIB, COSEMS, Ministério Público do Estado da Bahia e Fórum Perinatal da RMS. A nível municipal, foram realizadas duas entrevistas com representantes da Secretaria Municipal de Saúde. Nas instituições de saúde estudadas, 18 entrevistas foram realizadas com diretores, gerentes, coordenadores e técnicos, totalizando-se 33 conversas.

As entrevistas ocorreram entre julho de 2016 e abril de 2017, num total de 37 entrevistas com 34 participantes, após leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma delas foi realizada em três momentos distintos e duas outras em duas partes, em decorrência tanto do perfil mais informativo quanto da necessidade de interrupção por compromisso do entrevistado.

O local das conversas foi de livre escolha dos participantes, tendo a grande maioria sido realizada no ambiente de trabalho (unidade de saúde, unidade administrativa ou universidade). Foram gravadas com autorização dos entrevistados, com duração que variou de 55 minutos a 4 horas e 21 minutos, totalizando mais de 65 horas de gravação. Os entrevistados foram codificados aleatoriamente de P1 a P34.

A partir da metodologia apresentada, foi construído modelo teórico da tese a fim de contribuir para a análise proposta, conforme Figura 5.

Figura 5. Modelo teórico da tese sobre os desafios para implementação da Rede Cegonha para qualificação da assistência materno – infantil



4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em acordo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado conforme folha em anexo (Apêndice V).

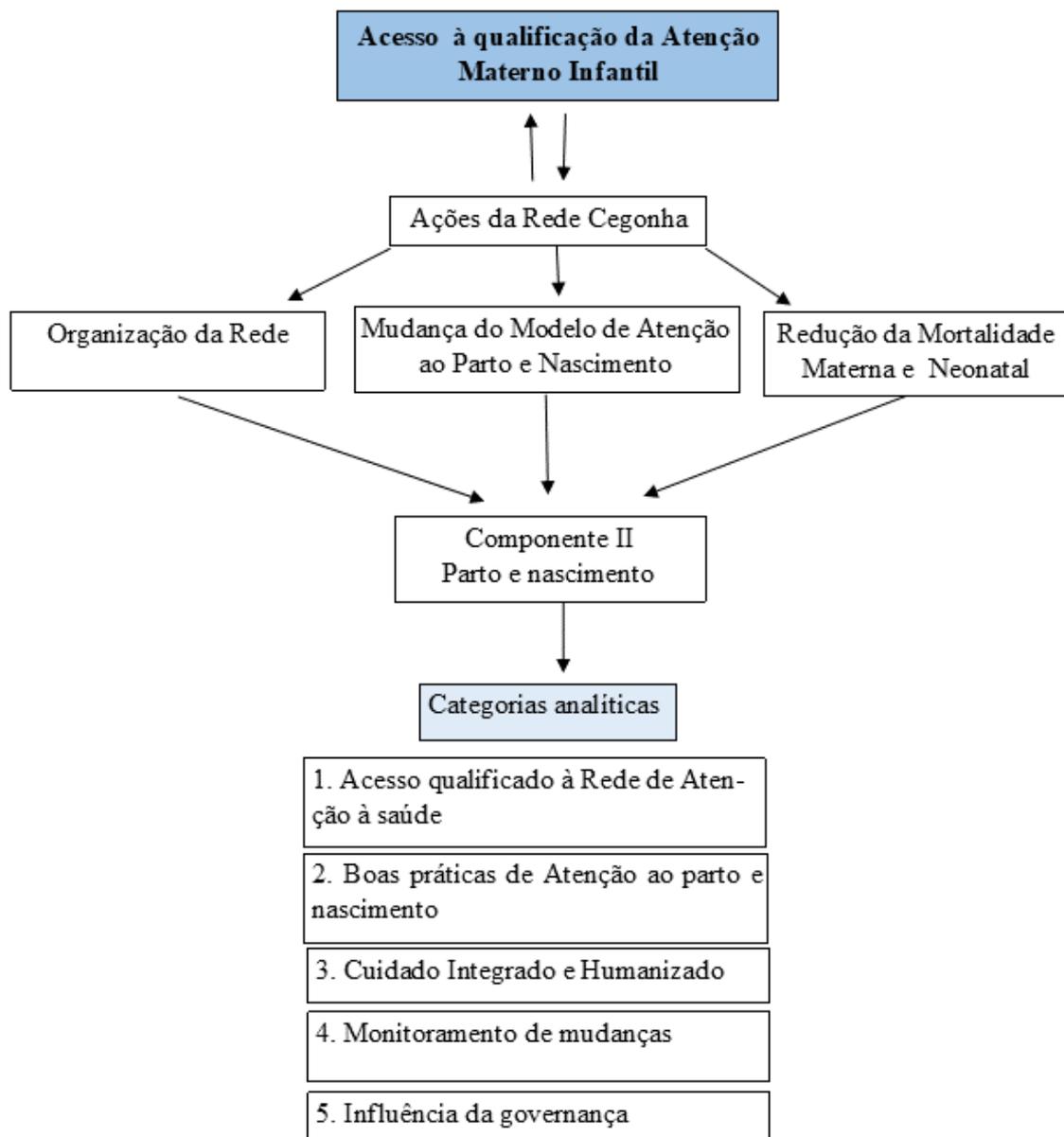
Os entrevistados durante a coleta de dados, ao serem convidados para participar do estudo, foram informados sobre os objetivos, metodologia e possíveis contribuições dos resultados da pesquisa, assegurando-se a confidencialidade das informações e seu anonimato. A inclusão como participante do estudo foi efetivada somente após expressa concordância em contribuir com a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice VI), consecutiva à sua leitura, compreensão e esclarecimentos necessários.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados no campo busca atingir três objetivos: a ultrapassagem da incerteza, com respostas embasadas num recorte da realidade para análise do objeto em estudo, a partir dos pressupostos inicialmente apresentados; o enriquecimento da leitura com novas significações, ampliando a compreensão inicial daquele contexto; e a integração de descobertas, com a interpretação reflexiva, seguindo um raciocínio lógico, orientado, subsidiado, para melhor fundamentação das falas e comportamentos do empírico (BARDIN, 2007).

Nesta perspectiva, com base nos conceitos de Minayo (2014), a fim de balizar o conhecimento do objeto em estudo, a partir do referencial teórico e objetivos propostos, elegemos as seguintes categorias analíticas: acesso qualificado à atenção à saúde, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, cuidado integrado e humanizado, monitoramento de mudanças, influência da governança, conforme explicitado no plano de análise a seguir:

Figura 6 – Plano de análise do Acesso à Qualificação da Atenção Materno Infantil



Fonte: Elaborado pela autora.

Esta categorização buscou fornecer, de forma simplificada e por condensação, uma representação dos dados brutos levantados, conforme proposto por Bardin (2007). A partir destas categorias e do quadro teórico-conceitual, apoiamos a nossa análise a respeito dos desafios para a implementação da Rede Cegonha no município em estudo com foco na estrutura e funcionamento dos serviços de atenção à saúde materno-infantil em rede, nas mudanças de atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas e na

influência da governança local para a implementação da Rede Cegonha no contexto do parto e nascimento.

Na delimitação teórico-metodológica, ressaltamos o referencial de Vilaça Mendes (2011) como balizador primordial da presente análise, utilizando-se elementos conceituais acerca dos modelos de atenção à saúde, no contexto do parto e nascimento, e dos desafios para a mudança de cultura na implementação de uma política, no caso em estudo, de uma estratégia. Conceitos de Deslandes foram cotejados para a abordagem da humanização nas discussões.

A técnica de tratamento dos dados baseou-se na análise de conteúdo que, segundo Minayo (2014, p.305) possui “a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”.

A autora destaca, na descrição desta técnica, o esforço teórico de se manter vigilante, crítico, a fim de vencer o nível do senso comum e do subjetivismo, na análise e interpretação dos dados, para uma comunicação fiel dos documentos, textos, entrevistas e resultados do campo, considerando-se o contexto cultural e o processo de produção da mensagem (MINAYO, 2014).

A análise e interpretação dos dados seguiu-se após leitura exaustiva de todo o material coletado, sejam entrevistas, documentos, registros de impressões da autora e demais pesquisadores do campo, em busca de uma compreensão aprofundada, uma coerência interna dessas informações. Esta ação, referendada por Minayo (2014), busca uma maior imersão do pesquisador sobre o material para, com o apoio das categorias empíricas e analíticas e do referencial teórico, favorecer a reflexão e discussão dos resultados.

6 A REDE CEGONHA E AS AÇÕES ANTERIORES DO GOVERNO FEDERAL PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

A história e evolução dos programas de atenção à saúde materno-infantil no país serão aqui sucintamente revisitados com o foco de buscar as diferenças entre a estratégia de atenção proposta pela Rede Cegonha e os programas de atenção à saúde materno-infantil implantados no país até o ano de 2011. Buscamos, também, compreender, no momento de instituição da estratégia, a realidade contextual da atenção à saúde materno-infantil que fez pensar a Rede Cegonha.

A história da atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil enfrentou muitos desafios até ocupar um lugar de destaque na agenda do Estado. A ruptura do processo de invisibilidade da mulher enquanto sujeito de direitos, além daqueles relativos à procriação foi fruto de um movimento internacional de conscientização do papel social da mulher (CASSIANO, 2014).

No governo de Getúlio Vargas, durante o Estado Novo, entre 1937 e 1945, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno-infantil no Brasil no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES). Teve como objetivo combater a mortalidade infantil. As questões relativas à saúde reprodutiva não foram incluídas.

O Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado em 1940, foi o primeiro órgão a atender, exclusivamente, à saúde materno-infantil. Nesta época, Getúlio Vargas defendia a assistência educacional, sanitária e médica à mulher e à criança como estratégia para a criação de uma nação com homens fortes para servir e ajudar no desenvolvimento econômico do país (CASSIANO, 2014) (DOS SANTOS NETO, 2008). Este departamento propunha ações relativas aos cuidados com as crianças, à gravidez e à amamentação.

Posteriormente, com o objetivo de redução da morbidade e da mortalidade materna e infantil, foram implantados, em meados da década de 70, época do militarismo, o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco. Neste período, evidenciava-se um excesso de intervenção médica sobre o corpo feminino, por meio da cesárea e o uso da esterilização como método contraceptivo preferencial (CASSIANO, 2014) (DOS SANTOS NETO, 2008).

No início dos anos 80, a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do MS instituiu a obrigatoriedade do alojamento conjunto na sua rede de saúde. Esta medida fortaleceu o vínculo mãe-filho, bem como a prática do

aleitamento materno (DOS SANTOS NETO, 2008). Em 1986, esta ação tornou-se obrigatória nos hospitais universitários⁷.

A academia e os movimentos feministas ressaltavam a necessidade de inserção na agenda política de discussões sobre gênero e saúde sexual e reprodutiva para, assim, ampliar o escopo das ações dos programas voltados à saúde da mulher. Buscava-se legitimar uma política mais ampla e integral, não restrita apenas ao binômio mãe-filho, mas voltada à atenção à saúde da mulher na sua totalidade.

Em 1983, o MS implantou o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma das maiores conquistas do movimento feminista, contrapondo-se às lógicas anteriores das políticas de atenção à saúde da mulher. O programa teve como objetivo uma atenção integral à saúde da mulher com ações voltadas não somente para assistência pré-natal, parto e puerpério, mas também para as necessidades clínico-ginecológicas, prevenção e tratamento dos cânceres de colo, útero e mama, doenças sexualmente transmissíveis, adolescência, climatério e anticoncepção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Apesar da amplitude e importância deste programa, não houve uma portaria específica que o regulamentasse, associando-se a isto uma das possibilidades para as dificuldades encontradas para sua implantação efetiva, além dos desafios políticos pelos quais passava o país no período (CORREA, 1993) (SILVA et al., 2011).

Em virtude da relevância e pioneirismo deste programa, com significativa repercussão à época, aprofundaremos o seu histórico.

A proposta do PAISM foi apresentada num depoimento do então Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado, instituída a pedido do Presidente João Baptista Figueredo e que investigava o crescimento populacional. A sua construção foi realizada por uma equipe composta por uma socióloga, Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; por Maria das Graças Ohana, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), também socióloga; e por professores indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe do departamento da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia (OSIS, 1998).

O PAISM foi oficialmente divulgado pelo MS, em 1984, por meio do documento intitulado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de Ação Programática” e significou

⁷ Fonte: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9996.htm

uma ampliação do enfoque dos vários programas anteriores de atenção à saúde da mulher, restritos ao cuidado materno-infantil. Foi o primeiro programa do Estado brasileiro a incluir oficialmente o planejamento familiar entre suas ações, com vistas ao controle da reprodução (OSIS, 1994).

Neste aspecto, buscou-se um alinhamento com a postura do Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, em 1974: proporcionar às famílias plenas condições para planejar seus filhos. Acrescentava-se a este compromisso, o conceito de integralidade do cuidado à mulher e em todas as fases de sua vida (OSIS, 1994).

O documento de lançamento do programa destaca, na sua introdução, a realidade da assistência à saúde da mulher naquele momento

(...) O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Ressaltam-se os dados inseridos acerca da redução da taxa de fecundidade das mulheres no país entre os anos 1960-1970, entre as mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos: de 6,2 em 1960, para 5,65 em 1970, e 4,5 em 1977, associando-se a este declínio o aumento do emprego de métodos anticoncepcionais pela população feminina.

Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto), que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda na fecundidade. Assim, pressupõe-se que, nesse período, tenha havido uma intensificação no emprego de métodos anticoncepcionais pela população feminina em idade reprodutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Neste aspecto, destacamos uma preocupação governamental à época, evidenciada no documento de base do PAISM (1984), a respeito da falta de um protagonismo do Estado em

relação aos meios e métodos de contracepção e controle da fecundidade no país, seus riscos, paradoxismos e potenciais consequências para a saúde da mulher:

O problema tornou-se mais grave porque a ausência de uma atitude oficial fez com que as mulheres procurassem canais alternativos de orientação, pouco confiáveis em termos de promoção da sua saúde, ou de qualidade duvidosa. Assim, num levantamento que abarcou 2.789 mulheres de 15 a 49 anos, constatou-se que 62 % das mulheres casadas estavam usando anticoncepcionais, em 1978 (13). Os dados desse inquérito e de outros similares realizados em diversos estados demonstram que não existe uma orientação adequada e criteriosa da população atendida. Suscitam, ao mesmo tempo, dúvidas sobre a real liberdade de escolha que possam ter tido as entrevistadas, em relação ao método utilizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Outro dado, também evidenciado e reconhecido no próprio documento, refere-se ao risco ao qual estavam sendo submetidas estas mulheres, em função da atitude de omissão do Estado a esta situação:

No estado de São Paulo, por exemplo, o levantamento mostrou que continuavam usando pílulas anticoncepcionais 20,2% das mulheres casadas entre 35 e 39 anos de idade, 11,4% das mulheres de 40 a 44 anos, e 7% das mulheres de 45 a 49 anos. A importância desses dados reside, principalmente, no fato de revelarem que a utilização de anticoncepcionais orais está sendo feita por mulheres que, pela sua idade, têm na pílula o mais perigoso dos anticoncepcionais disponíveis, aquele que mais danos causa à saúde da mulher. O mesmo inquérito apontou que 2,7% das mulheres de 20 a 24 anos já estavam esterilizadas, o que, evidentemente, não é a melhor alternativa para grupos nessa faixa de idade, em virtude do caráter irreversível desse método (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

O PAISM teve, entre suas diretrizes, a integralidade da assistência à saúde da mulher e buscou responder aos principais problemas de saúde desta parcela da população.

Entre os relacionados à assistência materno-infantil, destacam-se: baixa qualidade e baixa cobertura da assistência pré-natal, peregrinação de gestantes, condições precárias da assistência ao parto e nascimento, excesso de medicalização, altas taxas de cesárea, redução progressiva do aleitamento materno, sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da assistência obstétrica, necessidade de capacitação das equipes, poucos estudos sobre o aborto com informações escassas e fragmentadas, porém com evidências de aumento do número médio de casos no país. Ressaltamos que, os problemas apresentados à época, cerca de 28

anos antes da instituição da estratégia em análise, aproximam-se em semelhança da realidade encontrada em 2011.

Entre os demais problemas apontados relativos à saúde da mulher, encontravam-se a baixa cobertura dos serviços para diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres de colo uterino e de mama; aumento progressivo das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente gonococos, sífilis, condiloma e tricomoníase; baixa disponibilidade de serviços de saúde para assistência oportuna e adequada às doenças sistêmicas desta população e que correspondiam às seis primeiras causas de óbito; aumento da incidência de gravidez na adolescência; falta de assistência às intercorrências relativas à menopausa; acesso precário a serviços de tratamento da esterilidade conjugal.

O PAISM teve uma visão ampliada dos aspectos relativos a uma assistência integral à saúde da mulher e buscou, entre seus objetivos programáticos, inserir ações específicas a cada um dos problemas apontados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Foi um programa pioneiro, no cenário mundial, ao incorporar a saúde reprodutiva das mulheres num contexto integral e integrado a outros aspectos da atenção à saúde da mulher, não mais fragmentado em ações isoladas de planejamento familiar (RAVINDRAN, 1995) (OSIS, 1998).

A expressão saúde reprodutiva, embora conhecida internacionalmente em 1988, quando adotada pela Organização Mundial de Saúde e ampliada em Cairo em 1994 e em Beijing em 1995, já tinha os elementos do seu conceito plenamente incluídos na proposta original do PAISM, conforme destacado por Osis (1998)

Entre as estratégias de implantação, o programa previa a necessidade de um sistema integrado de assistência com regionalização⁸ e hierarquização⁹ dos serviços de saúde.

Reconhecia, ainda, a limitação das condições das estruturas operativas e propunha, portanto, a eleição de prioridades para uma implementação gradativa. Entretanto, para a garantia da perspectiva de uma atenção integral, os grupos de atividades de determinada área não deveriam ser implementados isoladamente.

⁸ Regionalização relaciona-se à organização das ações de saúde delimitadas a uma base territorial do sistema de saúde, levando-se em conta a divisão político-administrativa do país, espaços territoriais específicos, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo (TEIXEIRA, 2011).

⁹ A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à “possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações” (TEIXEIRA, 2011).

Pela sua importância, um sistema integrado de assistência deve dar prioridade ao estabelecimento de medidas gerais e específicas para a concretização da sistemática de referência e contrarreferência entre os serviços de diferentes complexidades. Assim, o setor saúde, através de suas instituições, deverá concentrar esforços nas propostas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. No que diz respeito à relação entre a eleição de prioridades para a implantação e a perspectiva da assistência integral, defende-se que nenhuma das áreas de atuação ou grupos de atividades propostas deva ser implantada isoladamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

Percebe-se, no documento, uma assertividade muito expressiva neste aspecto, principalmente no que tange à concepção e contracepção, para que estas atividades fossem executadas em conjunto com a integralidade da atenção e do ciclo de atendimento às necessidades de saúde da mulher.

Isto, provavelmente, em função do histórico de serviços de planejamento familiar atuantes de forma isolada até aquela época. Havia a disposição de que o programa contemplasse o planejamento familiar como um direito de cidadania, contrapondo-se às ações praticadas no Brasil de controle da natalidade, desde meados da década de 60, por entidades privadas com financiamento estrangeiro, que visavam a limitação do tamanho das famílias como forma de combater a pobreza e a promiscuidade (MESQUITA, 2011).

Os movimentos sociais, representados sobretudo pelo movimento feminista e pelo movimento da Reforma Sanitária, bem como grupos heterogêneos compostos por feministas, políticos, sanitaristas, clero católico, economistas, ginecologistas, entidades privadas, agências internacionais, dentre outros, participaram ativamente dos debates para construção do PAISM (MESQUITA, 2011).

Apesar dos avanços propostos pelo programa, houve reações contrárias à sua implementação. Vivenciava-se no Brasil um período de intensa atuação da sociedade civil em geral, buscando-se o restabelecimento da democracia, melhoria das condições de vida e de acesso aos serviços de saúde.

Os setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, facções dentro de partidos políticos, membros da academia e da área médica, bem como profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), acusavam o governo de uma intenção real de controle da natalidade no país disfarçada por um programa de atendimento integral às necessidades de saúde das mulheres (OSIS, 1998).

Outras críticas advinham do entendimento de que a proposta de universalidade e integralidade do PAISM não se configurava na prática. Argumentava-se que os objetivos do programa concentravam-se nos aspectos de saúde referentes à atividade sexual e reprodutiva

da mulher, persistindo, portanto, a visão do papel da mulher restrito à reprodução. Além disso, questionavam a exclusão do homem das diretrizes do programa e reforçavam argumentos de que o PAISM responsabilizava somente a mulher pela reprodução. Afirmava-se que a pretensão de integralidade e universalidade do programa deveria contemplar, na verdade, a atenção à saúde do adulto (CANESQUI, 1987) (OSIS, 1988).

Percebe-se, nestas agumentações, além da intencionalidade da crítica a um programa, naquele entendimento, restrito à saúde reprodutiva da mulher, a reivindicação de serviços de saúde de forma integrada e universal, extensivos à população adulta e, talvez, a toda a população. Era um embrião para a criação do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, assim se manifesta Osis (1988):

Pode se dizer que tal Programa representou um importante passo no caminho percorrido pelas idéias que levaram à Reforma Sanitária, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e culminando com os debates na Assembléia Nacional Constituinte, sendo que na Constituição de 1988 boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário foram contempladas, inclusive a garantia de que o Sistema Único de Saúde – SUS seria constituído (NEPP, 1988; JACOBI, 1989; TEIXEIRA, 1989).

Dos Santos Neto (2008) destaca a importância da Constituição de 1988, considerada um grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança e que, em vários artigos, respalda direitos sociais e reprodutivos fortalecendo o reconhecimento da mulher enquanto cidadã.

Nesta perspectiva, foi aprovado em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente. Em 1991, foi implantado, inicialmente, no Ceará o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1992, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.016 aprova as normas básicas para a implantação do alojamento conjunto em todas as unidades de assistência materno-infantil da Rede SUS.

Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), que resultou em importante redução da mortalidade infantil, fruto de uma reorganização do modelo de assistência à saúde, multiprofissional e mais abrangente; neste ano, foi lançada, ainda, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, como estratégia de incentivo ao aleitamento materno; em 1996, o Projeto Maternidade Segura e, em 1998, o Projeto Gestante de Alto Risco buscaram qualificar a atenção obstétrica e neonatal (DOS SANTOS NETO, 2008) (CASSIANO, 2014).

Em 1999, foi criado o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Conforme Art. 1º da Portaria GM/MS nº 985, de 05.08.99, foi instituído como ponto de atenção à saúde complementar à assistência hospitalar ao parto e nascimento:

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias; § 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério; § 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta Portaria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

O Ministério da Saúde identifica, no ano 2000, a necessidade de ampliar a atenção à saúde da gestante, a fim de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal, ainda persistentes. Foi criado, então, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

Este programa teve como objetivo assegurar uma assistência à gestante e ao recém-nascido humanizada e com qualidade, com melhoria do acesso e da cobertura dos serviços de saúde com a ampliação de ações já adotadas como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e o Maternidade Segura (Brasil, 2004). O programa fundamentou-se no preceito de que a humanização é condição primordial para a assistência adequada ao parto e puerpério. Neste aspecto, assim descreve o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002):

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL 2002).

Para o PHPN, foram estipuladas metas físicas e financeiras a serem implementadas no quadriênio 2000-2003 com investimentos, à época, na ordem de R\$ 567 milhões (quinhentos e sessenta e sete milhões de reais) (BRASIL, 2000).

O programa, na proposta de uma adequada assistência pré-natal, à gestante e à puérpera, preconizava as seguintes atividades, a serem desenvolvidas com responsabilidade compartilhada nos âmbitos federal, estadual e municipal:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação; 2. Garantir os seguintes procedimentos: 2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. 2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. 2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta. 2.4 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes. 2.5 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segundo esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. 2.6 Realização de atividades educativas. 2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes. 2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Este documento explicita que a conclusão do ciclo de atenção à gestante se dá na consulta puerperal, que se encerra após o 42º dia após o parto.

Evidenciamos, assim, uma preocupação das áreas técnicas com ações inerentes à atenção à saúde materno-infantil do Ministério da Saúde quanto à prática de “alta do prenatal”. O termo “alta do pré-natal” significa o encerramento da assistência pré-natal por volta da 38ª a 40ª semana gestacional com orientação à gestante de, a partir daquele momento, procurar alguma maternidade para seu atendimento, o que gera riscos e vulnerabilidades para desfechos materno-infantis desfavoráveis.

O Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, reforça, mais uma vez, a necessidade de combate a esta prática:

(...) Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ser realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2006).

Já em 2003, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado Política Nacional de Humanização – A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, também conhecido como HumanizaSUS. A humanização nesta iniciativa é adotada numa perspectiva de política transversal.

Pasche (2014) afirma que qualificar de transversal uma política de saúde significa atribuir às suas práticas um caráter de comunicação e de comunalidade. O autor ressalta que este terceiro eixo, a transversalidade, altera o padrão tradicional de interação entre os serviços de saúde do SUS, no qual havia o “eixo vertical da hierarquização dos diferentes e o eixo horizontal que homogeneiza a comunicação na corporação dos iguais” (PASCHE, 2014, p. 16)

Os princípios norteadores desta política foram assim definidos:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Observa-se já neste documento a proposta de uma atuação em rede e com “alta conectividade”, bem como o fortalecimento dos espaços de gestão compartilhada, da autonomia e protagonismo dos sujeitos/usuários nos processos de atenção e gestão, buscando-se um despertar para práticas co-responsáveis.

O Ministério da Saúde lança, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - PNAISM.

Num balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002 (CORREA; PIOLA, 2003) relativas à Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – instituída em 1993, conforme discutido anteriormente, embora houvesse uma proposta de ação integral à saúde da mulher, identificou-se uma priorização da atenção à saúde reprodutiva com foco na redução da mortalidade materna. O estudo evidenciou avanços relativos à integralida-

de do cuidado e a uma perspectiva de atenção não mais verticalizada, além de uma agenda voltada ao combate da violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O documento de lançamento do PNAISM revela as lacunas identificadas até aquele momento e busca, assim, ampliar o espectro de atenção à saúde da mulher numa perspectiva efetivamente mais integral:

São apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os objetivos específicos e estratégias do PNAISM concernentes à atenção obstétrica e neonatal, buscaram promover um “atendimento qualificado e humanizado, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes”. Foram assim descritos seus princípios e diretrizes:

Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo; qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento; apoiar a expansão da rede laboratorial; garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes; melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Foi publicada, em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil que, no capítulo referente à saúde materno-infantil, preconizava uma atenção qualificada e humanizada à gestante e ao recém-nascido, com ênfase nas seguintes ações a serem ofertadas pelos sistemas de saúde:

Pré-natal (de acordo com protocolo do Ministério da Saúde); parto institucional (e parto domiciliar seguro em alguns municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste); atenção ao puerpério; urgências e

emergências maternas, com acesso a leitos de Unidades de Tratamento Intensivo; atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto, garantia de alojamento conjunto e acesso à Unidade de Cuidados Intermediários e a Unidades de Tratamento Intensivo, quando necessário, e acompanhamento após a alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esta agenda reforçava, ainda, a importância da realização da triagem neonatal e vacinação infantil de acordo com o calendário oficial, bem como o incentivo ao aleitamento materno.

A Lei Federal nº 11.108, publicada em 07.04 2005, garantiu às parturientes o direito a ter um acompanhante de livre escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde, na rede própria e conveniada.

Numa pesquisa intitulada *Nascer no Brasil*, realizada entre 2011 e 2012 e que envolveu 266 hospitais e 23.940 sujeitos, entre puérperas e recém-natos, observou-se que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tinham companhia contínua e 56,7% tiveram acompanhamento parcial (DINIZ, 2014).

A principal razão relatada pelas mulheres que não tiveram um acompanhante foi a falta de cumprimento da legislação pela unidade de saúde (52%), que informava não ser permitida a presença de acompanhante. Segundo este estudo, os serviços nos quais, às mulheres, era permitida a presença do acompanhante durante todo o internamento, foram os que apresentavam melhor estrutura de alojamento e de privacidade.

Em 2006, o Ministério da Saúde lança, por meio da Portaria nº 399, o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS com três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida definiu os compromissos de atenção a serem assumidos pelas três esferas de governo, com base na análise de indicadores sanitários do país. Assim, foram priorizadas as seguintes áreas: saúde do idoso, câncer de colo de útero e mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e atenção básica à saúde.

No âmbito da saúde materno-infantil, foi publicada, em 2007, a Lei nº 11.634, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade para atendimento a intercorrências e ao parto. Conforme Art. 1º§1º, esta vinculação se dará no ato da inscrição da gestante no pré-natal.

Em 2008, na perspectiva de enfrentamento das iniquidades regionais na Amazônia Legal e Nordeste do país, o governo federal instituiu, nestas regiões, ações voltadas para quatro prioridades: redução do analfabetismo, erradicação do subregistro civil, fortalecimento da agricultura familiar e redução da mortalidade infantil (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

O MS definiu, no âmbito institucional, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. Iniciaram-se atividades em 17 Estados dessas regiões com foco na regulação dos leitos obstétricos e neonatais, na vinculação da gestante do pré-natal ao parto e no direito a acompanhante de livre escolha da gestante em todas as fases da assistência ao parto (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Com o objetivo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal, dentro do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, foi criado, então, neste ano, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM). O PQM será discutido mais profundamente no tópico seguinte, pelos motivos adiante expostos.

6.1. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil – PQM

Este plano se apoiou nas seguintes diretrizes: cogestão; direito a acompanhante e ambiência; vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados; acolhimento em rede e acolhimento com classificação de risco (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012). Para integrá-lo, foram selecionadas 26 maternidades, distribuídas entre os 17 Estados envolvidos, de acordo com os seguintes critérios:

Pertencer à rede do SUS; estar localizada em municípios prioritários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil); realizar mais de 1.000 partos por ano; dispor de UTI neonatal; ser referência para a formação profissional e, preferencialmente, já participar da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE) (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Na Bahia, duas maternidades foram incluídas neste plano: Maternidade Tsylla Balbino e Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), ambas instituições da rede própria do Estado e localizadas em Salvador. As ações a serem implementadas buscaram assim se configurar:

Como um conjunto de ofertas metodológicas e técnicas para: promover mudanças na gestão e modelo de atenção ao parto e nascimento; articular e fomentar redes de cuidados perinatais (integração de pontos de atenção do SUS como, por exemplo, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia de Saúde da Família), sobretudo, por meio da organização de espaços de cogestão, tais como os Fóruns Perinatais (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Como ferramenta estratégica para implementação das ações propostas, o PQM utilizou-se do apoio institucional¹⁰, que foi realizado a partir de apoiadores e supervisores num trabalho em conjunto para a implementação de mudanças. Estes últimos tiveram a função de supervisionar e de promover, no âmbito de uma ação político-institucional do Ministério da Saúde, a intervenção/interação entre os apoiadores e os diversos atores das unidades de saúde.

Como tecnologia de trabalho, a escolha desta ferramenta buscou favorecer e apoiar a operação de mudanças nos processos do trabalho em saúde, numa atuação conjunta de supervisores, apoiadores, trabalhadores, gestores e usuários (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Em 2010, as ações do PQM buscaram, então, implementar mudanças que favorecessem a qualificação da atenção materno-infantil, a partir do enfrentamento de fatores relacionados à mortalidade materna e infantil, conforme abaixo destacados:

A baixa utilização em tempo oportuno de recursos clínicos disponíveis (partograma, corticóide, surfactante e sulfato de magnésio); intensa medicalização do parto e nascimento com taxas elevadas e crescentes de cesarianas desnecessárias bem como outros procedimentos biomédicos também desnecessários; pouca articulação entre serviços da rede de cuidados perinatais e suas equipes; não incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado ao parto e nascimento; não priorização dos casos mais graves nas portas de urgência das maternidades; reduzida utilização de abordagem não farmacológica da dor; baixa inclusão de acompanhante e de Doula no momento do parto; pouco protagonismo das mulheres e família no processo do parto (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

As análises iniciais da rede assistencial das maternidades participantes do plano evidenciaram nós críticos a demandarem investimento tanto em estrutura física predial, insumos e equipamentos, quanto em mudança nas práticas de gestão e de cuidado.

Os seguintes nós críticos funcionaram, então, como pontos de partida: observação de práticas de Gestão predominantemente verticalizadas e pouco participativas; fragmentação e segmentação do cuidado, com perda de efetividade das práticas, aumento dos custos e iniquidades no acesso; modelo hegemônico centrado no(a) médico(a); equipes multiprofissionais com pouca atuação interdisciplinar; inexistência de protocolos assistenciais para obstetrícia e neonatologia, com subsequente adoção de práticas individualizantes; pouca autonomia e protagonismo da mulher no momento do parto; situações de violência institucional nos centros obstétricos e salas de curetagem; compreensão do parto como fenômeno mais próximo da “doença” do que como

¹⁰ O apoio institucional se refere a um instrumento de gestão, baseado numa relação dinâmica (sem dominação ou subordinação) de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, entre o apoiador e a equipe apoiada, para favorecer a implementação de mudanças nas organizações (ANDRADE, 2014) (BARROS, 2011).

evento fisiológico e social; índices importantes de cesariana e iatrogenias em decorrência de intervenções desnecessárias; alta taxa de morbimortalidade materna e neonatal precoce (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

O Relatório Final, produzido em 2012, referente às ações implementadas pelo PQM revelou os seguintes avanços nas suas diretrizes. Do ponto de vista do acolhimento, a pactuação do “Vaga Sempre” e do ACCR foram implementados em 17 das 26 maternidades e pactuados nas 9 restantes. O Mapa de Vinculação foi constituído em 12 maternidades.

Esta é uma ação que, na perspectiva de rede, depende de uma pactuação com o gestor de saúde locorregional, a fim de facilitar a implantação do processo nos demais pontos de atenção à saúde, tanto das unidades de atenção primária quanto da área hospitalar.

Quanto à implementação do direito ao acompanhante, a ação foi pactuada e implementada em 20 maternidades; as demais, encontravam-se em fase de pactuação. A ampliação do horário de visita foi efetivada em 16 unidades apoiadas e encontrava-se em discussão nas 10 maternidades restantes. A criação de um Grupo Estratégico para cogestão do Plano nas maternidades apoiadas foi realizada em todas as unidades. O Colegiado Gestor foi implantado em 17 maternidades e encontrava-se em fase de implementação nas demais (Quadro 2).

A cogestão em rede, por meio dos Fóruns Perinatais, foi iniciada com a criação de 16 Fóruns, seja municipal ou estadual, nas regiões envolvidas no Plano.

Quadro 2- Diretrizes de Acolhimento nas maternidades apoiadas no PQM e redes locais regionais

Implementação da Diretriz Acolhimento nas maternidades apoiadas no PQM e redes locais regionais		
Pactuação de " Vaga Sempre "	Pactuado e Implementado na maioria das maternidades apoiadas (17) e em fase de pactuação nas restantes (9).	
Acolhimento de Classificação de Risco		
Mapa de Vinculação	Boa parte das maternidades (12) já constituíram o Mapa de Vinculação como forma aproximação com a Atenção Básica local regional para evitar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento.	
Implementação do Direito ao Acompanhante e Ampliação do Horário de Visitas nas maternidades apoiadas no PQM		
Direito ao Acompanhante	Pactuado e em implementação na maioria das maternidade apoiadas(20) e em fase de pactuação nas restantes(6).	
Ampliação do Horário de Visita	Ampliação realizada na maioria das maternidades apoiadas (16) e em discussão nas restantes (10).	
Implementação da Diretriz Cogestão nas maternidades apoiadas no PQM		
Dispositivos de cogestão nas maternidades	Grupo Estratégico para Cogestão do Plano	Implantado em todas as maternidades apoiadas
	Colegiados Gestores	Implantado na maioria das maternidades apoiadas (17) e em implementação nas restantes (9)
Dispositivo de Cogestão em Rede	Fóruns Perinatais	Organizados 16 fóruns Perinatais (municipal ou estadual) nas regiões abrangidas pelo PQM

FONTE: (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012)

Quanto às ações e intervenções em ambiência entre 2010 e 2011 nas maternidades incluídas no PQM na Bahia, tem-se o seguinte quadro:

Quadro 3 – Ações e Intervenções na ambiência em duas maternidades de Salvador/BA, 2010-2011.

BA	Maternidade Tsylla Balbino	-	-	Visita Técnica- 1 Oficina de Ambiência- 2 Criação de um grupo de trabalho para discutir e acompanhar o desenvolvimento do projeto arquitetônico	Mudanças nos pré-partos e salas de partos realizadas de acordo com a discussão apoiada.
	Instituto de Perinatologia da Bahia	Visita Técnica - 1 Oficina de Ambiência -1	Mudanças imediatas e sem reformas: individualização dos boxes dos pré-partos com cortinas, aquisição de poltronas p/ acompanhantes. Elaboração do projeto arquitetônico de reforma do Centro Obstétrico.	Oficina de Ambiência- 1 (validação do projeto arquitetônico de reforma)	-

FONTE: (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Entre os objetivos do plano, houve, também, a instituição de pólos locais e/ou regionais a partir das maternidades qualificadas como referência para outros serviços de atenção materno-infantil no âmbito de um atendimento qualificado e humanizado.

A experiência do PQM e os resultados que começaram a ser observados nas maternidades inseridas, incentivou o Governo Federal a ampliar a proposta de qualificação da atenção materno-infantil para um âmbito nacional.

Surge, assim, a iniciativa da Rede Cegonha como estratégia para, nacionalmente, estender ações e investimentos nos processos de assistência e gestão e melhoria da ambiência da atenção ao parto e nascimento, iniciados no PQM, para uma perspectiva de um modelo de governança em rede dos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança no país, desde o pré-natal à consulta puerperal e de saúde reprodutiva e assistência à saúde da criança até os dois anos de idade (PQM). Associadamente, a Rede Cegonha propôs a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento com base em evidências científicas da OMS (1996).

Após um breve histórico sobre as iniciativas governamentais anteriores à Rede Cegonha, aprofundaremos o olhar sobre os seus objetivos e diretrizes no item seguinte.

6.2. Rede Cegonha

Em 2010, identificava-se no país a necessidade de melhorias na efetividade e eficiência da assistência prestada nos serviços do Sistema Único de Saúde. O MS, com vistas ao enfren-

tamento do desafio de organização do cuidado e de implantação de estratégias de atenção prioritária aos segmentos mais vulneráveis e com indicadores de saúde mais críticos, instuei as RAS por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

O cenário, à época, foi assim descrito como motivador para a implantação das RAS:

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha foi, então, instituída por meio da Portaria nº 1.459, de 24.06.2011, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde materna e infantil até os dois anos de idade e, assim, melhorar os indicadores de mortalidade materna e infantil no país, com vistas, também, ao cumprimento do compromisso internacional assumido pelo Brasil para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Enquanto estratégia que buscou agregar avanços conquistados por iniciativas governamentais anteriores para melhoria da atenção materno-infantil, a Rede Cegonha propõe, ainda, a introdução de mudanças na lógica do cuidado no pré-natal, parto e nascimento.

No contexto político-assistencial, busca enfrentar o desafio de introduzir mudanças no modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento vigente no país, a partir de um cuidado articulado em rede dos diversos pontos da atenção à saúde perinatal, de práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas, numa compreensão deste momento enquanto um evento fisiológico e social. O estímulo ao protagonismo e à autonomia da mulher neste contexto, a partir de um cuidado humanizado, transdisciplinar e centrado na mulher, no recém-nato e na família é outro diferenciador incorporado nesta estratégia (PAS-CHE et al., 2014).

A partir da identificação da necessidade dos investimentos, por meio das ações e experiência recente do PQM, o Ministério da Saúde programou recursos na ordem de 9,4 bilhões de reais para a implantação das ações da Rede Cegonha.

O objetivo deste capítulo é apresentar os marcos normativos da Rede Cegonha e as propostas contidas nesta estratégia numa análise conceitual de rede e seus elementos constitutivos.

Demonstraremos os elementos da Rede Cegonha, se em consonância com a ampliação das ações propostas e implementadas no Plano de Qualificação de Maternidades da Amazônia Legal e Nordeste do país – PQM e descreveremos os artigos da norma legal que determinam, no desenho operacional, a organização dos seus componentes e respectivas ações.

Buscamos apresentar elementos da normativa que favoreçam a análise da operacionalização da Rede Cegonha no município de Salvador, os fatores facilitadores e dificultadores da sua implementação, com foco no componente parto e nascimento, bem como a influência da governança e suas possíveis implicações, objetivos deste estudo.

A Rede Cegonha fundamentou-se em importantes marcos legais:

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
2. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
3. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;
4. Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
5. Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde;
6. Portaria 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;
7. Portaria 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, que define os objetivos e as metas do pacto pela Vida;
8. Portaria 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
(Portaria 1.459, de 24.06.2011).

Os seus princípios remetem a importantes direitos de cidadania, numa perspectiva ampliada que envolve homens, mulheres, jovens e adolescentes: 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 garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Os seus objetivos são 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 resolubilidade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Observamos, entre estes objetivos, um foco na mudança do modelo de atenção ao parto e ao nascimento, associado à organização dos serviços em rede e busca da redução das taxas de mortalidade materna e neonatal.

As diretrizes da estratégia, das quais desdobram as ações propostas, absorvem aquelas do PQM, bem como aspectos relacionados ao acesso e qualidade do pré-natal, implementação de modelo de atenção ao parto e nascimento com base em evidências científicas, ampliação da atenção às crianças até dois anos de idade e ações de planejamento reprodutivo, com vistas a oportunizar a estas mulheres e à família a escolha do momento mais oportuno para uma nova gravidez. Enquanto estratégia de uma política de atenção à saúde da mulher, vem ao encontro de um dos elementos diferenciadores do PAISM, ao propor de forma inovadora, em 1984, a inserção da saúde reprodutiva no atendimento integral à saúde da mulher.

São as seguintes as diretrizes da Rede Cegonha:

- 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 da criança de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade; e
- V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Art. 6º da norma legal define os quatro componentes da Rede Cegonha: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O Art. 7º define as ações de atenção à saúde de cada componente, que serão integralmente descritos para uma compreensão ampliada da proposta, embora tenhamos o foco no componente parto e nascimento, objeto deste estudo. No anexo IV, é possível visualizar o quadro com esses componentes.

Observamos que a construção das ações estratégicas da Rede Cegonha buscou, a partir dos seus componentes, contemplar uma linha de cuidado¹¹ com atendimento ampliado e integral à saúde materno-infantil. Neste desenho, a trajetória da mulher se inicia no pré-natal na Unidade Básica de Saúde, a partir da captação precoce e acolhimento com classificação de risco da gestante e realização de exames pré-natais com resultado em tempo oportuno. Busca, ainda, implementar a vinculação à maternidade para realização do parto de acordo com o risco classificado, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Após o parto, prevê o retorno da mulher à UBS para continuidade do cuidado e disponibilidade de uma assistência à saúde sexual e reprodutiva e, da criança, para acompanhamento até os dois primeiros anos de vida. Destacamos o componente de apoio logístico referente ao transporte sanitário e regulação, aqui, explicitamente contemplados e importante diferenciador da estratégia.

Analisaremos os componentes desta linha de cuidado com base no referencial teórico de Mendes (2011) acerca dos elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

A trajetória do(a) usuário(a) no desenho proposto pela Rede Cegonha define a população para a qual a estratégia ministerial se propõe a assistir: mulheres gestantes, cuja estimativa obedeceu a parâmetro uniformizado para utilização em âmbito nacional, crianças até os dois anos de idade e puérperas para atenção à saúde sexual e reprodutiva. Esta população está definida nos artigos 1º e 3º da norma legal.

¹¹ Linha de cuidado é definida pela Portaria 4.279 como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e à conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõe uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (BRASIL, 2010)

O Art 1º da Portaria 1.459 MS (2011), que instituiu Rede Cegonha, a define como uma 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. O Art 3º delimita, no âmbito infantil, a atenção “ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses de vida”. O anexo III da Portaria 650, de 05 de outubro de 2011 do MS, determina a estimativa do número de gestantes para determinado estado, região de saúde, município ou distrito para o ano subsequente, a fim de identificar a demanda prevista e a necessidade de capacidade instalada nas unidades de saúde para a atenção proposta. Os parâmetros utilizados para o cálculo da estimativa de gestantes em determinado território no ano consideram o número de nascidos vivos do ano anterior acrescidos de 10%. O cálculo para gestantes de risco habitual corresponde a 85% das gestantes estimadas e para gestantes de alto risco, a 15% das gestantes estimadas.

No desenho da estrutura organizacional, apresentaremos os elementos que a compõem numa RAS na perspectiva do proposto para Rede Cegonha: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de informação; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

O elemento ordenador da rede e do cuidado, a APS, responsabiliza-se por promover as ações dos componentes I e III, respectivamente, aquelas do pré-natal, bem como as do puerpério e atenção integral à saúde da criança.

O segundo elemento é composto pelos pontos de atenção¹² secundária, correspondentes às maternidades de risco habitual e Centros de Parto Normal (CPN), e atenção terciária, que são as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e maternidades de alto risco. Nestas unidades de saúde, serão desenvolvidas as ações propostas para o componente II, referentes ao parto e nascimento.

Durante a construção dos planos estaduais de ação para implementação da Rede Cegonha, cuja análise será realizada em capítulo posterior, é feito o diagnóstico, por região de saúde¹³, para avaliar a disponibilidade de leitos para assistência ao parto de risco habitual e de

¹² Pontos de atenção à saúde: espaços onde se dispensam determinados serviços de saúde, e que se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Portaria 4.279/2010).

¹³ Região de Saúde corresponde ao espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto 7508, de 28.06.2011).

alto risco e ao recém-nato que demande cuidados intensivos e cuidados intensivos intermediários nos modelos convencional e Canguru¹⁴.

A proposta de assistência ao parto num CPN foi criada em 1999, por meio da Portaria 985/GM, de 05 de agosto de 1999, reformulada pela Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, com redefinição de suas diretrizes para implantação e habilitação em janeiro de 2015, por meio da Portaria nº 11. Nesta última, o Art. 3º define o CPN como “unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações”.

Entre os requisitos para constituição de uma unidade de saúde como CPN tem-se:

Possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º; garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico; garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico; garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais; oferecer orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde; garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde; possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber (BRASIL, 2015).

Verificamos na proposta do CPN a implementação de uma ferramenta para prestação do cuidado ao(à) usuário(a) com nível menor de complexidade, com vistas à otimização de recursos humanos especializados. Para a atenção ao parto e nascimento de baixo risco, exige-se, no mínimo, que a equipe seja composta por enfermeiro obstétrico ou obstetrix, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Não é exigida a presença de médico obstetra,

¹⁴ As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensivas ou Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais modelo Convencional, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.(Portaria 930, de 10.05.2012); As UCINCa ou Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais modelo Canguru são serviços em unidades hospitalares cuja infra-estrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do Método Canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar (Portaria 930, de 10.05.2012). O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica em colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe (OMS, 2004).

neonatologista e anestesista. Busca-se garantir neste espaço o cuidado humanizado¹⁵ e seguro por meio das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e, se necessário, a continuidade deste cuidado em nível de maior complexidade em estabelecimento hospitalar previamente referenciado para assistência a possíveis intercorrências maternas e neonatais.

Nesta perspectiva, a Rede Cegonha disponibilizou capacitações para enfermeiros obstétricos em unidades de saúde que têm estes profissionais bem inseridos no cenário do parto.

Os CPN são classificados em CPN Intra-hospitalar Tipos I e II e CPN Peri-hospitalar, na dependência do número de quartos Pré-parto, Parto e Puerpério (quartos PPP)¹⁶ e da proximidade da unidade hospitalar referenciada de suporte.

O CPNi Tipo I, deve seguir as seguintes características: estar localizado internamente nas dependências do espaço hospitalar; ter ambientes exclusivos das unidades (quartos PPP, sala de exames, área de deambulação, etc), e garantir a mulher e o recém-nascido no quarto PPP da admissão ao parto até a sua alta.

Quanto ao CPNi Tipo II, sua localização deve estar atrelada ao ambiente hospitalar, compartilhada com os ambientes do espaço da maternidade, por exemplo, posto de enfermagem, sala de exames, entre outros. Há a garantia da permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante todo o processo do parto, com a ressalva de que, no puerpério, pode ser transferida para o alojamento conjunto.

Por fim, o CPNi Tipo III, a sua localização tem que respeitar a orientação de estar a uma distância inferior a 20 minutos, assim como a garantia de transporte da mulher e do recém-nascido para o hospital de referência, naqueles casos onde existam riscos ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas durante todos os dias da semana. O serviço de referência nesse tipo de modalidade deve apoiar o estabelecimento ao qual está

¹⁵ Atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto (Portaria nº 11, de 07.01.2015).

¹⁶ Conforme Art. 2º da Portaria nº 11, de 07.01.2015, parto de baixo risco é definido como a assistência a parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico. Alojamento conjunto configura-se como uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar (Portaria nº 11, de 07.01.2015); Quartos PPP: espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº 11, de 07.01.2015).

vinculado, a fim de garantir a permanência da mulher e do seu recém-nascido no quarto PPP, da admissão a sua alta.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma iniciativa da Rede Cegonha instituída pela Portaria nº 1020, de 29.05.2013, com vistas à atenção a gestantes, recém-natos e puérperas de alto risco que demandem um acompanhamento pela equipe de referência, porém sem a indicação de internação hospitalar. Trata-se de uma unidade com nível de atenção intermediário entre as ações de âmbito ambulatorial e hospitalar.

A CGBP é uma “residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada”, conforme a Portaria Ministerial nº 1.020 de 2013. Não é um albergue ou abrigo com objetivo exclusivamente de caráter social.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera é uma importante ferramenta a ser utilizada pelo gestor de saúde, a fim de garantir a qualidade e segurança do cuidado aos usuários que necessitem de maior vigilância às suas condições de saúde e proximidade da unidade hospitalar em caso de intercorrências, otimizando a utilização dos leitos hospitalares. O encaminhamento da gestante, recém-nato ou puérpera para este ponto de atenção à saúde da rede deverá ser feito com base em critérios:

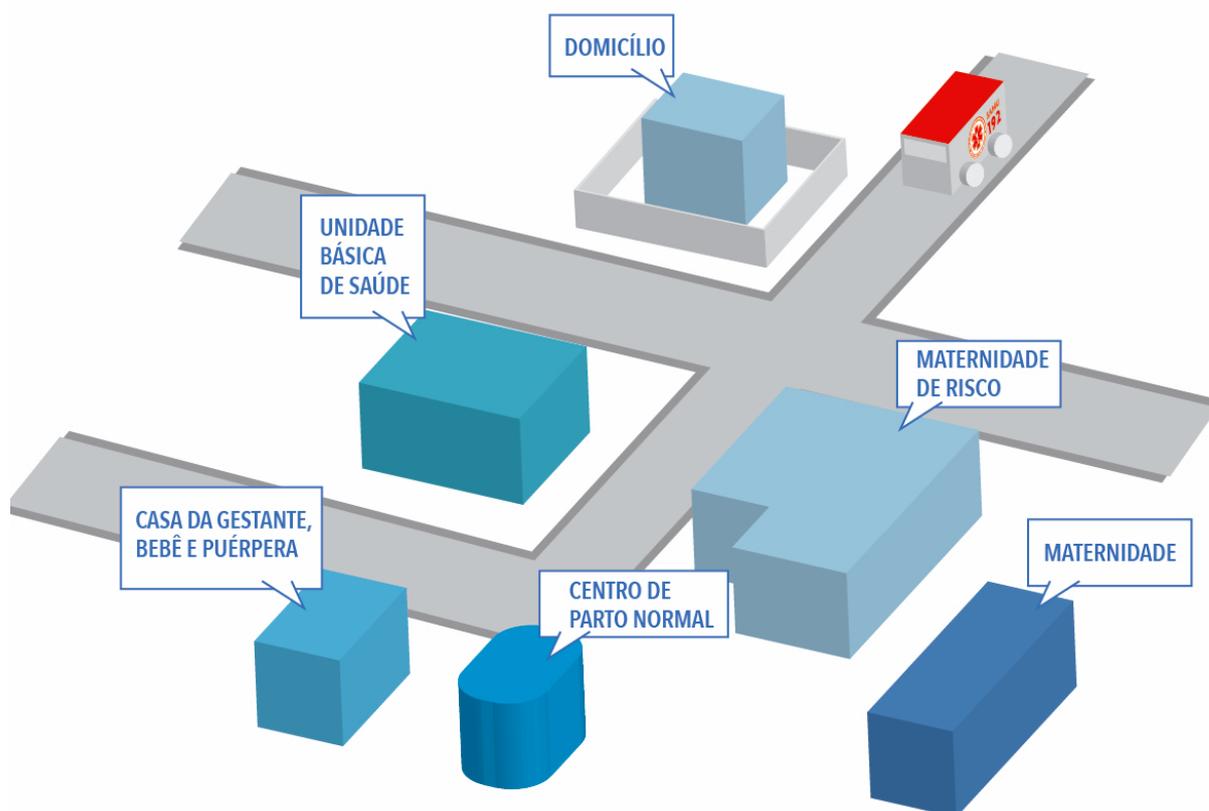
I – para a gestante: a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento; II - para o recém-nascido clinicamente estável: a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; e III - para a puérpera: a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe (PORTARIA 1020, 29 de maio de 2013)

A equipe de suporte a este nível de atenção deverá ser composta, no mínimo, por coordenador técnico-administrativo, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de limpeza e visita médica de acordo com o plano de cuidados proposto e solicitação da enfermagem. O transporte deverá ser garantido 24 horas por dia para, no caso de necessidade, encaminhamento do usuário à unidade hospitalar de referência que, preferencialmente, conforme portaria específica, deverá estar num raio igual ou inferior a 5 Km.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e o Centro de Parto Normal, propostos no desenho da Rede Cegonha, são importantes instrumentos para enfrentamento aos desafios da rede de assistência materno-infantil, principalmente no que tange à superlotação.

Contribuem para a utilização racional de leitos hospitalares e gradação do nível de atenção à saúde, de acordo com a complexidade do quadro clínico e necessidade específica de cuidados, otimizando insumos e a atenção dos profissionais de saúde.

Figura 7 - Pontos de Atenção da Rede Cegonha



Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde.

O terceiro componente da estrutura organizacional, os sistemas de apoio, organizam-se de forma transversal e permeiam os vários pontos de atenção à saúde.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico ilustra-se no desenho da Rede Cegonha por meio das unidades de imagem e patologia clínica, além das unidades da APS, unidades secundárias e terciárias que disponibilizem esses exames, ambulatorial ou a nível hospitalar.

Conforme Portaria nº 1.459, anexo III, foram inseridos recursos para financiamento de novos exames a partir da adesão do município à Rede Cegonha. São eles: teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis, teste rápido de HIV, urocultura, acréscimo de mais um exame de hematócrito e hemoglobina, ampliação da ultrassonografia obstétrica para 100% das

gestantes, proteinúria, teste de Coombs indireto, eletroforese de hemoglobina (Nota técnica do MS, número 35, de 2011). Observamos a proposta de ampliação da gama de exames a serem ofertados à população com vistas ao diagnóstico precoce e tratamento de patologias intercorrentes na gestação.

Para as gestantes de alto risco, foram inseridos, além dos citados, outros exames: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas em 24 h, uréia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassonografia obstétrica com Doppler, cardiocografia anteparto.

O sistema de apoio de assistência farmacêutica relaciona-se transversalmente com os vários pontos de atenção à saúde, por meio da disponibilidade dos medicamentos e insumos farmacêuticos necessários para a implementação das ações propostas, de acordo com a programação prevista para cada ponto de atenção à saúde, nos moldes do que é aplicado no SUS.

O sistema de apoio de informação em saúde da Rede Cegonha ancora-se nos vários sistemas de informação já utilizados no SUS, bem como naqueles relacionados às redes temáticas do Ministério da Saúde, a saber: SISPART (Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas), SISPRENATAL (Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança), Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dentre outros.

O quarto elemento da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde, o sistema logístico, possui os seguintes elementos: o cartão de identificação, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

A Rede Cegonha utiliza-se, no seu desenho, dos sistemas logísticos disponibilizados ao SUS: Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), SISPRENATAL WEB, entre outros. O Sistema Cartão compõe-se de três elementos: Cartão Nacional de Saúde, Cadastro Nacional de Usuários do SUS e o Portal de Saúde do Cidadão (GIOVANNI, 2014). Os prontuários nos quais se registram os dados e evolução dos usuários e as ações de atenção à saúde seguem o modelo dos existentes nos respectivos pontos de atenção à saúde nos quais os usuários são assistidos.

O sistema de acesso regulado faz parte da Política de Regulação da Atenção à Saúde do SUS e, no caso da Rede Cegonha, segue o modelo “Vaga Sempre”. Busca-se garantir ao usuário o acesso à assistência, independentemente de vaga hospitalar ou ambulatorial,

fortalecido pela implementação da vinculação das gestantes ao local do parto e de acordo com desenho regional da Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O modelo do sistema de transporte na Rede Cegonha foi proposto com a finalidade de viabilizar às gestantes o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e com qualidade. As gestantes receberiam apoio financeiro para o deslocamento às unidades de saúde para realização das consultas pré-natais e do parto. Este processo, entretanto, não foi efetivado. Os casos de urgência e emergência deverão ser atendidos pelo Serviço de Apoio Médico às Urgências (SAMU - Cegonha) (Manual Rede Cegonha, 2012).

Os elementos do sistema logístico da estrutura operacional referentes ao transporte e regulação são responsáveis pelas ações propostas no componente IV da Rede Cegonha, entre elas, a implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, bem como a regulação de urgências e de atendimento ambulatorial a nível de consultas e exames.

O mapeamento dos leitos para assistência obstétrica e neonatal de risco habitual e de alto risco é fundamental para o diagnóstico da suficiência deste instrumento do cuidado. A portaria que instiu a Rede Cegonha define, na sua operacionalização, a necessidade do diagnóstico e desenho regional da rede de assistência, a fim de construir a trajetória do(a) usuário(a) pelos pontos de atenção à saúde com a garantia do acesso em tempo oportuno. O transporte seguro do usuário e a regulação dos leitos buscam favorecer a entrada do usuário no sistema de saúde em qualquer que seja o nível de complexidade, na dependência da sua necessidade, com transferência do cuidado garantida entre as unidades. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA, 2008). O quinto elemento da estrutura organizacional de uma RAS, o sistema de governança, compõe-se do desenho institucional, sistema gerencial e sistema de financiamento.

O desenho institucional da Rede Cegonha segue aquele do SUS, conforme Decreto 7508, de 28.06.2011, referente às Comissões Intergestoras, ou seja, Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Regional (CIR), apresentado em capítulo anterior. Além destas comissões, em função de determinações da Lei nº 8.142/90, o modelo do SUS possui em todos os níveis do sistema, a participação social, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (MENDES, 2011).

O controle social está representado no desenho da Rede Cegonha por aqueles instrumentos que já o realizam no SUS, associados a “estruturas locais e estaduais que devem

desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisa de satisfação do usuário”, entre outros (BRASIL, 2010).

Desta forma, têm-se, além do Conselho de Saúde e Conferência de Saúde, Ouvidoria Geral do SUS, Mesa de Negociação do SUS, PARTICIPANETSUS, Disque Saúde, Comitê de Mobilização Social da Rede Cegonha, Comissão de Monitoramento do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (GIOVANNI, 2014).

Na Bahia, em 2012, foi criado o Fórum Rede Cegonha da Região Metropolitana de Salvador. A Resolução CIB 022/2016 aprovou em 17.02.2016 o Regimento Interno dos Fóruns Perinatais da Bahia com sua composição especificada no Art. 5º do Capítulo IV por representações da SESAB, dos Comitês de Vigilância de Óbitos Materno, Infantil e Fetal ou Câmaras Técnicas de análise de óbitos; dos Núcleos Regionais de Saúde; do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); de Secretários Municipais de Saúde da região de abrangência do Fórum; de Coordenadores de atenção básica, especializada e de regulação - estadual e municipais; de Diretores, coordenadores de obstetrícia, neonatologia, enfermagem entre outros, das maternidades da região de abrangência do Fórum; de Representantes de trabalhadores dos serviços de saúde integrantes da rede de atenção regional (atenção básica, maternidades, ambulatorios, SAMU, laboratórios, entre outros); do Ministério Público ou Promotorias de Justiça; de Conselhos Estadual e Municipais de Saúde; de Movimentos de mulheres e de defesa dos direitos das crianças; de Instituições formadoras (universidades ou faculdades); de Conselhos de Classe e associações de profissões da saúde. Observamos, portanto, uma representatividade ampla dos componentes no Fórum.

Como objetivo destes Fóruns, o Regimento Interno define no Art. 2º, Capítulo I, a construção de “uma rede de cuidados regionais para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”.

Os elementos do sistema gerencial da Rede Cegonha estão bem definidos na portaria que a instituiu: territorialização, planejamento estratégico, contratualização, monitoramento e avaliação e sistema de acreditação.

Do ponto de vista da territorialização¹⁷ e planejamento estratégico¹⁸, o Art. 8º da Portaria nº 1459, de 24.06.2011, descreve a sua operacionalização em 5 fases: adesão e

¹⁷ A territorialização se expressa por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDI) e corresponde à definição dos diferentes espaços de vida da população. Neste caso, os territórios sanitários, que constituem a base territorial das RAS (MENDES, 2011).

diagnóstico, desenho regional, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação.

A fase I de Adesão e Diagnóstico compõe os elementos do planejamento estratégico da Rede Cegonha. Nesta fase, o gestor constrói a matriz diagnóstica com indicadores referentes à mortalidade e morbidade, indicadores de atenção à saúde, situação da capacidade hospitalar instalada e indicadores de gestão.

A adesão dos municípios e respectivos serviços de saúde deve ser realizada a partir da análise da matriz diagnóstica na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e no Colegiado de Gestão Regional (CGR).

A portaria define, ainda, a instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, que é formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). Estas instâncias têm as seguintes atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011).

A fase II, correspondente ao Desenho Regional, é realizada pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF com o apoio da SES. Esta fase define o território e respectiva população com análise de suas características demográficas e epidemiológicas, dimensionamento da demanda e da oferta assistencial e especifica as unidades de saúde com suas responsabilidades e atribuições assistenciais e de apoio diagnóstico e terapêutico dentro da rede. Outras ações como a análise da situação de regulação, vigilância epidemiológica, auditoria e controle externo são também definidas. É elaborada, então, a proposta do Plano de Ação Regional, a ser pactuado nos respectivos Colegiados Gestores e, na sequência, são elaborados os Planos de Ação Municipais dos municípios integrantes da rede.

A portaria define, ainda, o estímulo à implantação do Fórum Rede Cegonha com a finalidade de criar espaço multirepresentativo da sociedade para contribuições e fortalecimento da construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento proposto pela Rede Cegonha e implementação de melhorias na assistência materno-infantil.

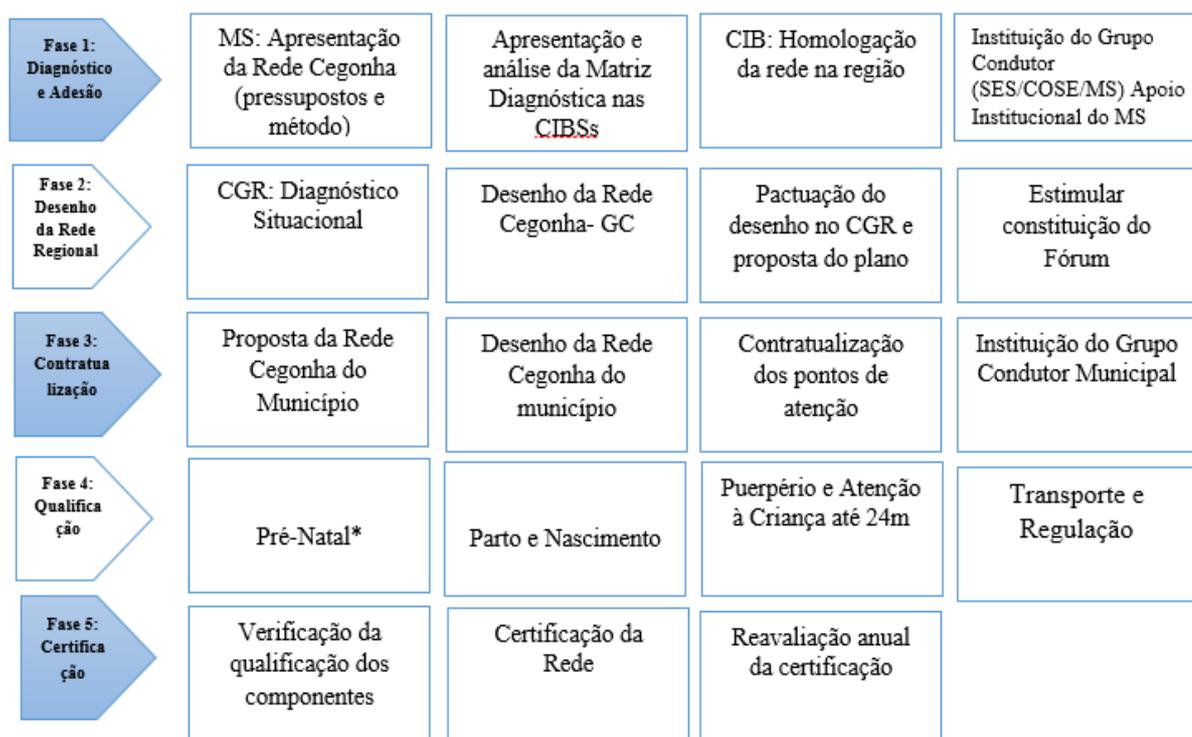
¹⁸ O planejamento estratégico do SUS se baseia nas responsabilidades, de forma articulada, de cada esfera da gestão, com seus objetivos específicos e integrados, buscando consolidar as diretrizes do SUS e contemplar as peculiaridades e necessidades de saúde da população daquela região (MENDES, 2011).

A fase III, contratualização dos pontos de atenção, tem por objetivo a pactuação de metas e indicadores de implementação da rede nos municípios, que possibilite acompanhar a implementação das mudanças propostas.

A fase IV, qualificação dos componentes, relaciona-se à realização das ações definidas para cada componente e ao cumprimento das metas estabelecidas e pactuadas.

A Certificação, fase V, conforme portaria 1459 MS, será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS após avaliação das ações de atenção à saúde implementadas de acordo com a pactuação realizada no município. A figura 8 ilustra as fases de operacionalização da Rede Cegonha.

Figura 8 – Operacionalização da Rede Cegonha



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Em continuidade à apresentação do sistema gerencial da rede, o monitoramento e avaliação são etapas fundamentais. A Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011, instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo para cada uma das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, entre elas, a Rede Cegonha.

Conforme Art. 2º da referida portaria, para cada Comitê Gestor foi instituído um Grupo Executivo com atribuições específicas, entre elas, a de monitorar e avaliar a implementação da rede temática.

São atribuições de cada Grupo Executivo:

I - elaborar o plano de ação para operacionalização da Rede Temática ; II - alimentar e manter atualizado o sistema de monitoramento da Rede Temática; III - monitorar e avaliar a implementação da Rede Temática; IV - subsidiar o Comitê Gestor com as informações por ele demandadas; V - articular as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas com as demandas operacionais da Rede Temática; VI - elaborar e sistematizar os produtos e documentos de referência para implementação da Rede Temática; e VII - manter o Comitê Gestor informado sobre os processos de implantação das Redes (BRASIL, 2011).

Os Grupos Transversais foram criados com a finalidade de discutir, elaborar e apoiar matricial e estrategicamente a implementação das diretrizes das redes temáticas de atenção à saúde. São eles: Grupo Transversal de Gestão da Educação; Grupo Transversal de Regulação e Financiamento; e Grupo Transversal de Pactuação e Articulação.

O SISPART – Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas, o SISPRENATAL WEB, descritos anteriormente, assim como o e-CAR – Controle, Acompanhamento e Avaliação dos Resultados e a Ouvidoria do SUS/Rede Cegonha são importantes instrumentos para apoiar o monitoramento e avaliação da Rede Cegonha (GIOVANNI, 2014).

A implementação das ações propostas no Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde Materno-infantil, nos Planos Regionais e nos Planos Municipais da Rede Cegonha terá o seu acompanhamento local pelos Apoiadores Institucionais do Ministério da Saúde, Grupos Condutores Estadual/Regionais e Municipais da Rede Cegonha, com avaliação periódica do Ministério da Saúde (GIOVANNI, 2014).

Para a implementação das diretrizes da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde utilizou a estratégia do Apoio Institucional que tem como finalidade “pautar o agir em saúde no exercício compartilhado de análise, produção de planos de intervenção nos processos de trabalho e tomada de decisões em espaços coletivos” (GUIA DE APOIO INSTITUCIONAL, 2013, p. 6).

O apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, [...], alguém que atravessa o grupo não para feri-lo ou para denunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de

transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e ofertar ações e estratégias de saúde (BRASIL, 2008).

O apoio institucional da Rede Cegonha teve as seguintes dimensões conceituais – operacionais: ampliação do grau de grupalidade das equipes, função coletiva e tarefa em “ato”, como uma ação no “entre”, intervenção em práticas, análise de processo de trabalho e elaboração de projetos de intervenção (GUIA DE APOIO INSTITUCIONAL, 2013, p. 15).

O desenho da Rede Cegonha propôs três perfis de apoio institucional: 1. Apoio Institucional Temático com ações e atividades em âmbito estadual para organização e implementação coletiva dos Planos Regionais da Rede Cegonha; 2. Apoio Institucional de Maternidades com atuação local nas unidades de saúde de assistência materno-infantil com vistas a promover discussões para a implementação das mudanças propostas pela Rede Cegonha no âmbito da gestão e práticas de saúde; 3. Apoio Institucional Matricial com a função de compartilhar conhecimentos técnico-científico, bem como apoiar politicamente as mudanças propostas num intercâmbio entre gestores, apoiadores temáticos, maternidades e serviços.

O modelo de apoio institucional implementado pela Rede Cegonha no município de Salvador foi uma importante ferramenta para o monitoramento e avaliação com a indução de espaços coletivos de debate, envolvimento de gestores e profissionais de saúde e de transformações de práticas de trabalho.

O Sistema de Financiamento é outro importante elemento da estrutura de governança e com forte impacto no funcionamento adequado dos diversos pontos da rede. A Portaria 4.279 define, entre os atributos da rede de atenção à saúde, o “financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede” (BRASIL, 2010).

Foram programados investimentos na ordem de 9,4 bilhões de reais até 2015 para a implementação das diversas ações e atividades propostas.

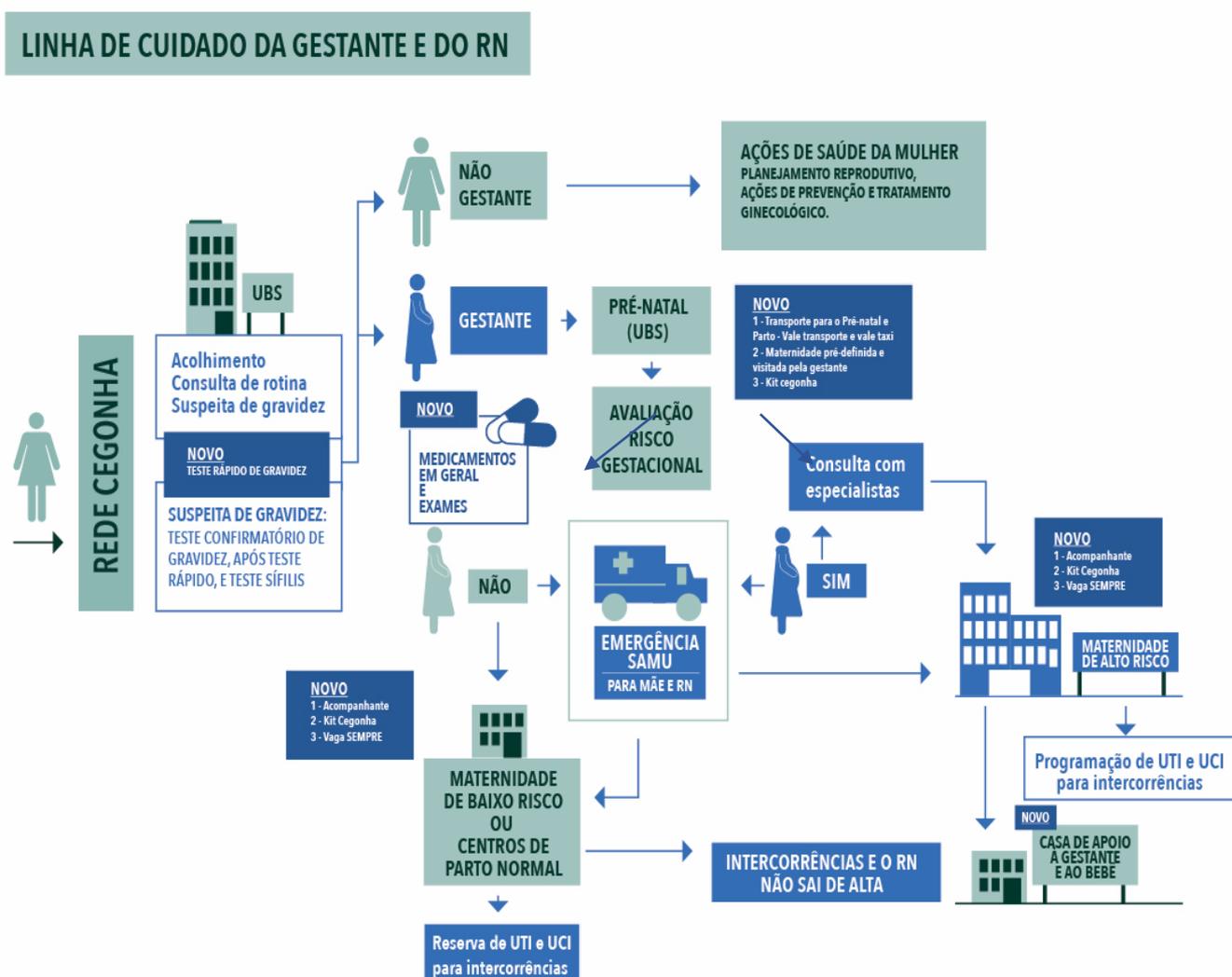
O terceiro elemento constitutivo da Rede Cegonha, enquanto conceito de rede, é o modelo de atenção. As condições maternas e perinatais, segundo Mendes (2011), estão incluídas entre as condições crônicas de atenção à saúde. Nesta perspectiva, destacamos as principais variáveis do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido por Mendes para ser aplicado no SUS, a partir do Modelo de Atenção Crônica ou *Chronic Care Model* (CCM). Observamos uma importante interface entre as diretrizes da Rede Cegonha e aquelas propostas pelo MACC:

Diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e feedbacks como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007b, MENDES, 2011).

Identificamos, assim, na linha de cuidado de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na assistência materno-infantil da Rede Cegonha, no seu desenho operacional, os cinco componentes estruturais definidos para uma RAS, acima apresentados: o centro de comunicação (Atenção Primária em Saúde – APS), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, informação em saúde), sistemas logísticos (cartão nacional de saúde, prontuário clínico, acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança.

A Figura 9 retrata as possíveis trajetórias do(a) usuário(a) propostas pela Rede Cegonha na linha de cuidado materno-infantil:

Figura 9 - Linha de Cuidado da Gestante e do Recém-Nascido na Rede Cegonha



Fonte: Adaptação do Ministério da Saúde.

Com base nos elementos constitutivos da estrutura operacional das RAS, numa perspectiva integrada dos pontos de atenção à saúde aos seus níveis de complexidade, buscamos contruir uma ilustração dinâmica dos componentes da Rede Cegonha relacionados às suas respectivas ações nos pontos de atenção e seus possíveis usuários.

Quadro 4 - Linha de cuidado da Rede Cegonha de acordo com os níveis integrados de atenção, componentes estruturais da rede, níveis de atenção, pontos de atenção e usuários¹⁹

	Atenção Primária à Saúde (UBS, USF)	Pontos de Atenção Secundários	Pontos de Atenção Terciários	G O V E R N A N Ç A
Componente IV Rede Cegonha	Componentes I e III Rede Cegonha	Componente II Rede Cegonha	Componente II Rede Cegonha	
Sistema de Transporte em Saúde	Unidades Básicas de Saúde	Maternidade de risco habitual	Maternidade de alto risco	
Sistema de Acesso Regulado à Atenção	Programa Saúde da Família	Centro de Parto Normal	Casa da gestante, bebê e puerpera	
	Gestante/puerpera/criança até dois anos	Gestante/puerpera/RN risco habitual	Gestante/puerpera/ RN alto risco	
Prontuário Clínico/ Cartão de identificação	Pré-natal de risco habitual	Parto/PA Gestante de risco habitual/ RN risco habitual	Parto/PA Gestante alto risco/ RN alto risco	
Sistema Diagnóstico Terapêutico	Consulta puerperal/ Saúde Reprodutiva			
Sistema de Assistência Farmacêutica	Consulta até os 2 anos de idade			
Sistema de Informação em Saúde				

Com a finalidade de facilitar a interpretação dos achados do estudo relativos às propostas da Rede Cegonha, no componente parto e nascimento, construímos um Modelo Lógico, baseado nos componentes, ações e resultados esperados.

¹⁹ **Legenda:** Elementos da estrutura organizacional da RAS ●

Componentes da Rede Cegonha: pré-natal (I), parto e nascimento (II), puerpério e atenção à criança até 2 anos (III) ●

Pontos de atenção à saúde por nível de complexidade ●

Serviços disponibilizados nos pontos de atenção ●

Usuários da rede nos pontos de atenção ●

**Quadro 5 – Modelo Lógico da Rede Cegonha
Componente parto e Nascimento**

Componentes	Objetivos	Ações	Resultados
Parto e nascimento	Qualificação da assistência ao parto e nascimento	<p>A) Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;</p> <p>B) Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);</p> <p>C) 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>D) Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</p> <p>E) Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>F) Estimulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>G) Estimulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.</p>	Redução da morbidade materna e infantil. Melhoria dos indicadores pertinentes.

Fonte: Elaborado pela autora.

7. OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Neste capítulo, analisaremos a operacionalização da estratégia Rede Cegonha no município de Salvador, com ênfase no componente II, parto e nascimento, do ponto de vista de construção do plano de implementação, com suas metas, indicadores e atividades propostas. Ressaltamos que os seguintes documentos serão balizadores da discussão: Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil – Rede Cegonha – Estado da Bahia, 2012; Planos Regionais da Rede Cegonha – Regiões Prioritárias Bahia, 2012; e do Plano Municipal de Saúde de Salvador, 2014-2017. A partir deste referencial inicial, outros documentos foram inseridos, a fim de respaldar a reflexão, e serão oportunamente ressaltados.

Logo após o lançamento da Rede Cegonha, em 28.03.2011 e da sua aprovação, no mês seguinte em reunião da CIT de 28.04.2011, o estado da Bahia iniciou as ações para sua implementação.

Em maio do mesmo ano, foram realizadas reuniões e oficinas para discussão do diagnóstico da rede de atenção materno-infantil das regiões consideradas prioritárias. Foi, assim, instituído, na 193ª Reunião Plenária da CIB, realizada em 02.06.2011, o Grupo Condutor da Rede Cegonha no Estado da Bahia, composto por representantes da SESAB, COSEMS e apoiador institucional do MS, conforme Resolução CIB nº 096/2011.

Nesta mesma plenária, foi aprovada a implementação da Rede Cegonha prioritariamente em quatro das nove Macrorregiões de Saúde do Estado: Região Metropolitana (Microrregiões de Salvador e Camaçari), Macrorregião Norte (Microrregiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim), Macrorregião Centro-Norte (Microrregiões de Irecê e Jacobina) e Macrorregião Sul (Microrregiões de Itabuna, Ilhéus, Valença e Jequié), considerando-se os indicadores de morbi-mortalidade materna e infantil, de atenção à saúde, de capacidade hospitalar instalada e os de gestão do Estado da Bahia de 2009/2010 (RESOLUÇÃO CIB Nº 128/2011).

Ressalta-se que, antes mesmo da publicação da Portaria que instituiu a Rede Cegonha nacionalmente, em 24.06.2011, a SESAB já havia implementado estas ações.

Percebemos uma pró-atividade da equipe técnica para avanços céleres. Isto pode ser devido à necessidade de resposta à situação crítica da rede de assistência materno-infantil, conforme evidenciado em atas de reuniões do Colegiado de Maternidades do estado:

Fatos, como exemplo, a superlotação nas maternidades, precisam ser pautados com o gestor maior, quando este momento vivido é muito grave na saúde materna pois a sobrecarga de trabalho pela superlotação leva à uma desassistência diária com equipes subdimensionadas. Para tanto, foi pactuado montar um grupo que irá definir ações, prioridades e elaborar documento para posterior reunião com os gestores do nível central (DIRPGD, DGRP e SAIS) (27ª REUNIÃO DO COLEGIADO MATERNO-INFANTIL, em 10.05.2011).

Uma análise crítica da realidade revela que a assistência materno-infantil no Estado vive um momento de superlotação e que especificidades precisam ser avaliadas, sendo necessário a equipe multiprofissional ser solidária para atender a demanda do usuário (29ª REUNIÃO DO COLEGIADO MATERNO-INFANTIL, em 19.07.2011).

Pode também estar associado a um diagnóstico prévio das deficiências da rede, em função de o Estado da Bahia já vir em discussão sobre esta realidade, conforme identificado nas entrevistas:

“Antes da definição e do lançamento da Rede, da implantação da estratégia da Rede Cegonha, no país, a Bahia, a gente já trabalhava na construção da situação do diagnóstico materno-infantil. Então, a gente já tinha... quando veio o lançamento da Rede, quando veio a demanda da gente construir matriz diagnóstica, da gente começar a criar um desenho de Rede, a gente já tinha uma proposta. Porque a gente já vinha trabalhando com o retrato da situação de saúde materno-infantil na Bahia. Então, a gente já tinha o levantamento da capacidade da Rede, de quais os serviços existentes, de onde estavam esses serviços, dos vazios existenciais, dos perfis epidemiológicos, onde nascia mais criança, onde existia gravidez na adolescência, onde se morriam mais, de que se morriam (...). Então, assim, isso facilitou muito, porque esse estudo que a gente já vinha fazendo, trouxe para a gente elementos para a gente construir a matriz. Então, a gente já sabia, com a regionalização da saúde existente, com, na época, as diretorias regionais de saúde, com as microrregiões que hoje o nosso plano diretor regional já aponta para macrorregiões e regiões de saúde, mas a gente já tinha um desenho dentro do Estado, onde precisava atuar mais, quais eram os territórios e quais eram as regiões mais sensíveis, quais eram os indicadores que precisavam ser melhorados” (P1).

O Estado da Bahia oficializou a sua adesão à Rede Cegonha durante o Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil: Tecendo a Rede Cegonha, em 26 de agosto de 2011. Neste mesmo dia, foi instituído o Fórum Estadual da Rede Cegonha e inaugurado o primeiro Centro de Parto Normal (CPN) do estado, o CPN da Mansão do Caminho, localizado no município de Salvador/BA (PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE CEGONHA – DO ESTADO DA BAHIA, 2012).

O processo de construção do Plano Estadual de Atenção à Saúde Materna e Infantil – Rede Cegonha – do Estado da Bahia envolveu discussões, pactuações, consensos e

aprovações em várias instâncias, entre elas os Colegiados de Gestão Microrregionais de Saúde (CGMR) e a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB), numa abrangência ampliada para todos os municípios do Estado (PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE CEGONHA – DO ESTADO DA BAHIA, 2012).

Foi, então, aprovado em 06.12.2011 o Plano Estadual da Rede Cegonha em reunião extraordinária da CIB/BA e pactuados os prazos para qualificação dos Planos de Ação Municipais, conforme Resolução CIB/BA nº 318/2011.

Este plano agregou três componentes adicionais àqueles instituídos pelo MS: a gestão do trabalho e educação permanente, a participação popular e o controle social, e a saúde sexual e saúde reprodutiva. Estes eixos foram inseridos de forma transversal em todos os componentes da Rede Cegonha.

Os objetivos destes novos componentes foram, conforme documento, do ponto de vista da gestão do trabalho e educação permanente, de adequação e compartilhamento de processos de trabalho entre a gestão municipal e estadual do SUS Bahia, a fim de fortalecer os processos formativos assistenciais e de gestão, numa perspectiva de horizontalização das relações de poder e saber nos diversos espaços de atenção à saúde materno-infantil.

A SESAB aposta na articulação da gestão e da educação a fim de qualificar a assistência e a gestão da atenção à saúde materna e infantil. Faz-se, portanto, necessário, intervenções que promovam o desenvolvimento de competências dos trabalhadores, a adequação das condições e das relações de trabalho e a ênfase na interdisciplinaridade e na articulação entre o ensino e o serviço (PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE CEGONHA – DO ESTADO DA BAHIA, 2012).

Esta questão estava em discussão nas reuniões dos espaços coletivos:

Como desafios, foram colocados a capacitação/atualização dos profissionais médicos no preenchimento da DO (declaração de Óbito), melhora da causa básica no SIM (Sistema de Informação de Mortes) e a participação de médicos obstetras, pediatras e neonatologistas nas comissões de óbitos, câmaras técnicas municipais/regionais ou em comitês de prevenção do óbito infantil (33ª REUNIÃO DO COLEGIADO DE MATERNIDADES, em 22.11.2011).

Quanto ao componente de mobilização e controle social, percebemos a busca de fortalecimento da participação popular como sujeito crítico, de construção e efetivação de uma assistência materno-infantil qualificada, bem como de ampliação de canais de diálogo

entre a sociedade civil e a gestão do SUS, numa perspectiva de discussão democrática e inclusiva.

O fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão (BRASIL, 2007 apud PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE CEGONHA – DO ESTADO DA BAHIA, 2012).

Percebemos na implementação da Rede Cegonha um alinhamento com esta proposta, no sentido de criação de um espaço multirepresentativo com ampla participação social:

(...) foi sugerido abordar na próxima reunião a discussão sobre a implantação do Fórum da Rede Cegonha na Região Metropolitana, assim como suas atribuições legais (40ª REUNIÃO DO COLEGIADO DE MATERNIDADES, em 29.08.2012).

A inserção do componente saúde sexual e reprodutiva objetivou incrementar os processos assistenciais e de gestão nos diversos municípios do estado, a fim de disponibilizar à população melhores condições de efetivar o planejamento reprodutivo e ampliar a possibilidade de contribuição na redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

O que se pretende das gestões municipais e da estadual, por meio das unidades de saúde, é que implantem e/ou implementem estratégias adequadas às diretrizes emanadas da atenção integral à saúde reprodutiva, com garantia da equidade, acolhimento, cuidados humanizados e de qualidade (PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE CEGONHA – DO ESTADO DA BAHIA, 2012).

As discussões, à época, no Colegiado de Maternidades envolviam com frequência os desafios da rede quanto à necessidade de enfrentamento da sífilis congênita. A Coordenação Municipal DST/AIDS abordou a necessidade de uma agenda, para discussão das questões relacionadas à sífilis e transmissão vertical, e a construção em conjunto com as maternidades, do Plano de Enfrentamento da Sífilis no componente parto e nascimento (34ª REUNIÃO DE COLEGIADO, em 13.12.2011).

Foram feitos comentários sobre a Transmissão Vertical da Sífilis, causando aos representantes do Ministério Público indignação à falta de acesso ao tra-

tamento da sífilis quando, na oficina realizada no CEDAP para apresentação do Plano Operativo Municipal para Enfrentamento da Transmissão Vertical de Sífilis e HIV, foi apresentado o caso de uma família inteira com sífilis avançada. Conclamada uma modificação da postura em relação à sífilis, com a colaboração de todos no enfrentamento desta questão (35ª REUNIÃO DE COLEGIADO, em 31.01.2012).

O Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil do Estado da Bahia definiu a metodologia do processo de construção dos Planos Regionais, nos quais as ações dos componentes da Atenção Básica de cada município deveriam estar definidas e pactuadas, com uma proposta de vinculação de cada USF/UBS ao serviço de referência para parto de risco habitual e pré-natal e parto de alto risco, com leitos de UTI adulto, leitos de UCINCO, UCINCA, UTI neonatal e o apoio diagnóstico (PLANOS REGIONAIS DA REDE CEGONHA, 2012).

Os 417 municípios do Estado da Bahia aderiram, ao menos, aos componentes da Atenção Básica da Rede Cegonha: pré-natal, puerpério e atenção à saúde da criança. A construção da matriz diagnóstica nos Planos Regionais foi realizada por macro e microregião de saúde utilizando indicadores e informações da saúde materno infantil. A partir daí, ampliaram-se as discussões com os 28 CGMR a respeito do desenho regional da rede com o levantamento estrutural e operacional, bem como com a definição dos serviços e nível de complexidade da atenção a serem ofertados pelos municípios dentro de cada região.

Sucederam-se reuniões e oficinas para discussão de propostas para construção de cada Plano Regional com identificação dos locais de referência para unidades de saúde secundárias, incluindo o CPN, e unidades terciárias. Atividades, indicadores e metas, ao modelo do Plano Estadual, foram estabelecidos, a fim de subsidiar os planos de ação municipais (BAHIA, 2012)

Observamos que, para viabilizar a implementação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde prioritárias, a SESAB estabeleceu com os municípios, nos Planos Regionais, ações por região com o objetivo de qualificação do cuidado materno-infantil integral e integrado em rede com otimização dos serviços numa perspectiva de economia de escala (BAHIA, 2012).

Um critério importante neste processo foi a busca de garantia do pré-natal de risco habitual com vinculação da gestante de acordo com a proximidade da sua residência e análise prévia da malha viária disponível, a fim de facilitar a captação precoce e adesão ao acompanhamento pré-natal. A garantia da continuidade do cuidado com pontos de atenção à saúde de referência para as necessidades identificadas da gestante, seja de diagnóstico, sejam terapêuticas, para o baixo e alto riscos, deveriam estar bem delimitadas nestes planos.

Um outro aspecto destacado foi a necessidade de implantação do SISPRENATAL WEB nas maternidades com o objetivo de favorecer a comunicação dos dados dos usuários e melhor acompanhar o desfecho do seu trajeto.

Na perspectiva de inclusão dos usuários na discussão das melhorias, entre as ações estabelecidas, havia a proposta de construção de espaços de co-gestão entre trabalhadores e gestores das várias instâncias. Nestes espaços, propunha-se, ainda, a realização de pactuação de estratégias de comunicação entre a comunidade e a rede e programação de visitas para fortalecimento de vínculo entre o usuário e os pontos de atenção à saúde (BAHIA, 2012).

Ressaltamos a intencionalidade da proposta de garantir aos usuários da rede uma atenção continuada e qualificada, principalmente no que se refere ao acesso, ao trânsito de ir e vir de um ponto de atenção a outro da rede.

Em reunião CIB de 01.06.2012, foi aprovado o Plano de Ação Regional das Regiões de implantação da Rede Cegonha do Estado da Bahia (RESOLUÇÃO CIB nº 128/2012). Nestes planos, foram estipuladas metas, indicadores e meios de verificação para cada uma das ações definidas na portaria de instituição da Rede Cegonha, por componente específico.

Apresentamos, no quadro em anexo (anexo V), as ações propostas nos Planos Regionais do Estado da Bahia restritas ao componente parto e nascimento, objeto deste estudo, e que são referência para os planos municipais na sua competência específica.

O Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha foi construído em 2012 e, no componente parto e nascimento, apresenta as atividades, indicadores e metas, conforme quadro (anexo VI).

Percebemos que, embora proponha ações de relevância para a qualificação do cuidado materno-infantil, o Plano Municipal de Salvador não apresenta, no componente parto e nascimento, ações pertinentes às prioridades ressaltadas pela portaria da Rede Cegonha e pelo Plano da RMS, principalmente aquelas de atenção ao parto com base em evidências científicas. De acordo com informações coletadas do campo, este plano encontra-se em reavaliação pelo Grupo Condutor Municipal.

É importante ressaltar, conforme apresentado em capítulo anterior, que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem a gestão contratualizada de reduzido quantitativo de leitos obstétricos na rede, alocados no Hospital Sagrada Família, totalizando-se, conforme CNES, 47 leitos obstétricos.

A suficiência de leitos obstétricos e neonatais, incluindo aqueles para atendimento intensivo ou de cuidados intermediários é um ponto crítico para análise em virtude da realidade evidenciada, já à época, em 2011, de superlotação.

Mais uma vez foi abordada a questão da transferência interhospitalar em neonatologia por conta da **superlotação em algumas unidades, onde não se tem conseguido a transferência de crianças** (...) Sugerido como melhoria para a questão da superlotação também a transferência da gestante, sendo pontuado que a responsabilidade não é só da CER, uma vez que a regulação é iniciada à medida que casos são discutidos na Unidade, sendo necessário o conhecimento da realidade de cada serviço, envolvimento das equipes em reuniões dentro dos serviços e o modo de fazer esta transferência (REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COLEGIADO DE MATERNIDADES, em 08.11.2011) (GRIFO NOSSO).

A atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), primeira atividade proposta para esta ação, já se mostra como um desafio, em função da realidade de distribuição e efetiva utilização dos leitos para a especialidade cadastrada pelas unidades de saúde, conforme registrado por este entrevistado.

“A informação da saúde ela é muito suja, porque se eu olhar agora o CNES de qualquer município aqui, vou dizer e, está apresentado, 5 leitos de obstetrícia, mas ai você vai e é obstetrícia clínica, mas ele faz cesáreas, teria que ter quantos destes 5 para cesáreo? Quando eu for lá e estabelecer 5 leitos clínicos, ele pode fazer... tirando a base do CPN (o parâmetro), que tem 1 leito PPP e me diz que com 3 leitos PPP faz 480 partos. Ele está dizendo que faz 100 partos mais ou menos por ano em 1 leito PPP, então se tenho 5 leitos, eu vou entender que vou fazer 500 partos, estamos fazendo o calculo por alto... 500 partos no município X não vai acontecer nunca! então para que ele ter 5 (leitos)? deveria ter 1 (leito), porque o parto (a quantidade de partos) que ele vai fazer é 100 partos (por ano), porque o território dele, o município é pequeno, mas ele mantém os 5 leitos lá registrados...” (P2).

“(Outro município)... Que ele tem 5 leitos hospitalares, 5 leitos clínicos e eu vou dar conta (teria que dar conta) de 500 partos, mas a necessidade de leitos dele é de 2 para 200 (partos) e não de 500, mas o gestor não quer tirar, não quer limpar esta barra (...) o caso não é perder os leitos, o caso é que ele tem dois leitos obstétricos e três clínicos (na verdade) porque de fato é o que esta acontecendo lá, eles estão usando esses leitos para clinica (e não para obstetrícia clínica), não esta usando como obstétrico, então, assim, deixa (deixaria) o dado real. O ministério ou o estado quando faz a leitura, vê que tem excesso de leitos” (P2).

A situação equivocada ou desatualizada do registro dos leitos no CNES pode impactar fortemente no planejamento dos Planos Regionais e Municipais.

O Plano Regional da RMS reconhece a necessidade de qualificação das informações registradas no CNES ao ressaltar uma produção de serviços materno-infantis no Estado não compatível com a capacidade oficialmente instalada das unidades de saúde, ou seja, abaixo do quantitativo possível para o número de leitos registrado:

Observa-se que o Estado da Bahia possui um grande número de leitos para partos de risco habitual que não se reflete na produção dos serviços (...) havendo a necessidade de qualificação desses leitos obstétricos. Essa baixa produção obstétrica sugere a existência de erros de registro de leitos obstétricos no CNES, subnotificação da produção, entre outras questões que podem mascarar os dados trabalhados (BAHIA, 2012).

O mapeamento da capacidade instalada e de produção dos hospitais/maternidades por região e por município para atendimento obstétrico e neonatal de risco habitual e de alto risco é outra atividade estratégica para a análise da suficiência de leitos. É importante, ainda, uma análise comparativa entre a produção esperada e aquela realmente efetivada, observando se os indicadores de gestão de leitos estão equivalentes aos utilizados nos parâmetros para cálculo na matriz diagnóstica.

Conforme levantamento de dados para composição desta matriz no Plano Estadual da Rede Cegonha, em abril/2012, o Estado da Bahia possuía 4134 leitos obstétricos, sendo 2.256 leitos clínicos e 1878 leitos cirúrgicos. Para este quantitativo de leitos, apenas cinco municípios realizavam atendimento à gestação de alto risco. O município de Salvador foi responsável, de março de 2011 a fevereiro de 2012, por mais de 65% dos partos normais e de 73% de parto cesárea.

Em função desses dados foi mantido **um quantitativo de leitos de gestação de alto risco e complementares a mais no Município de Salvador**, entendendo que **a implantação e qualificação dessa Rede não se darão de forma linear e automática, visando gradativamente conformar essa Rede nas demais regiões do Estado** (Centro Leste, Extremo Sul, Nordeste, Oeste e Sudoeste). A perspectiva desse movimento visa não causar desassistência na capital e nas demais macrorregiões para a gestação de alto risco, como também garantir a implantação da Rede Cegonha de forma consciente e segura (PLANO ESTADUAL BAHIA, 2012) (GRIFO NOSSO).

Com base nos critérios definidos pela Portaria SAS 650/2011, a matriz diagnóstica buscou analisar a capacidade instalada das unidades de saúde materno-infantil registrada no CNES e a capacidade de produção destes leitos. O número de nascidos vivos SUS dependente foi estimado num percentual de 75% da população total (PLANOS REGIONAIS DA REDE CEGONHA – REGIÕES PRIORITÁRIAS BAHIA).

O Quadro 6 apresenta, no ano 2011, os municípios da Região de Saúde de Salvador com a capacidade de produção mensal em relação ao seu quantitativo de leitos:

Quadro 6 - Municípios da RMS e a capacidade de produção mensal em relação ao quantitativo de leitos

Município	A: Capacidade Produção Mensal	B: Média NV x 75%	(A-B)
Candeias	181	83	98
Itaparica	138	19	119
Lauro de Freitas	215	203	12
Madre de Deus	34	17	18
Salvador	4.611	2.506	2.105
Santo Amaro	362	52	310
São Francisco do Conde	52	44	8
São Sebastião do Passé	52	40	12
Saubara	17	10	7
Vera Cruz	69	39	30
Total	5.731	3.014	2.717

Fonte: TABWIM/DATASUS, 2011.

Observamos que, no município de Salvador, de acordo com o quadro acima, considerando-se a capacidade produtiva das unidades de saúde, há cerca de 50% a mais de leitos necessários para o quantitativo de nascidos vivos evidenciado naquele ano.

Entretanto, em janeiro de 2012, a Área Técnica de Saúde da Mulher emitiu parâmetro diverso do utilizado na Portaria 1459 para cálculo da necessidade de leitos obstétricos, a partir de experiências durante a construção dos Planos de Ação da Rede Cegonha nas Regiões Metropolitanas de Belo Horizonte e Recife.

O parâmetro utilizado inicialmente se baseou na Portaria 1101/GM de 12.06.2002 que, conforme Nota Técnica, superestimou a necessidade de leitos em 50%. O novo parâmetro levou em consideração o Tempo Médio de Permanência (TMP) e a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) de acordo com o perfil da paciente, se alto ou baixo risco gestacional, para o cálculo do número de gestantes²⁰.

²⁰ **Leitos obstétricos de risco habitual** = nº estimado de gestantes de risco habitual x 3 (significa a taxa média de permanência) / 0,85 (taxa de ocupação) x 365; **Nº estimado de gestantes de risco habitual** = nº de nascidos vivos no SINASC (última atualização) x 0,85 (proporção esperada de gestantes de risco habitual x 1,1 (representa 10% de margem de segurança para estimativa do número de gestantes) x taxa de cobertura SUS (percentual variável localmente; aqui, considerado 85%); **Leitos obstétricos de alto risco** = nº estimado de gestantes de alto risco x 5 (significa a taxa média de permanência) / 0,85 (taxa de ocupação) x 365; **Nº estimado de gestantes de alto risco** = nº de nascidos vivos no SINASC (última atualização) x 0,15 (proporção esperada de gestantes de alto risco) x 1,1 (representa 10% de margem de segurança para estimativa do número de gestantes) x taxa de cobertura SUS (percentual variável localmente; aqui, considerado 85%).

Quadro 7 – Parâmetros para cálculo de necessidade de leitos obstétricos preconizados pela Portaria 1.101/GM, de 2001(parâmetro 1) versus Nota Técnica de 2012– Memorando DAPES/SAS/MS (parâmetro 2).

Capital	População	Leitos obstétricos Existentes (CNES)	Parâmetro 1: 0,28 leitos para cada 1000 habitantes		Parâmetro 2: (N esperado de internações x IMP) (365xTOH) (1)		Diferença (%)
			Necessidade	Déficit	Necessidade	Déficit	
Salvador	2.675.656	505	749	-244	349	+156	53,40

Fonte: Nota Técnica de 13.01.2012 – Memorando DAPES/SAS/MS

Identificamos a necessidade de aprofundar esta análise, uma vez que, a partir dos novos critérios apresentados, há suficiência de leitos no município, diferentemente do parâmetro anterior, a fim de buscar respostas para melhor compreender a superlotação das unidades de saúde.

Conforme registro do CNES/2016, o município de Salvador possui 542 leitos obstétricos na rede SUS. Destes, 180 são habilitados como de alto risco e distribuídos entre 6 maternidades da capital, conforme o anexo I da Resolução CIB 126/2014.

Utilizando-se o tempo médio de permanência e a taxa de ocupação hospitalar considerados para cálculo das necessidades de leitos obstétricos, conforme Nota Técnica (Memorando DAPES/SAS/MS, 13.01.2012), respectivamente, de 3 dias e 5 dias, para gestação de baixo e alto riscos e TOH de 85%, identifica-se a necessidade de 401 (400,78) leitos obstétricos para Salvador, conforme os seguintes cálculos:

a. Nº estimado de gestantes de risco habitual para 2016= $40304(NV^{21}) \times 85\%(RH^{22}) = 34258(GRH^{23})/ano;$

b. Nº estimado de gestantes SUS de risco habitual= $34258(GRH) \times 1.1(V10\%^{24}) \times 85\%(SUS) = 32031(GRHSUS^{25})/ano;$

c. Leitos obstétricos de risco habitual= $32031 (GRHSUS) \times 3(TMP)/0,85(cobertura\ SUS\ local) \times 365(total\ dias\ do\ ano) = 309,7\ leitos;$

d. Nº estimado de gestantes de alto risco para 2016= $40304(NV) \times 15\%(AR^{26}) = 6045 (GAR^{27})/ano;$

²¹ NV – Nativo.

²² RH – Risco Habitual.

²³ GRH – Gestação de Risco Habitual.

²⁴ V10 – Variação de 10%.

²⁵ GRHSUS: gestação de risco habitual do SUS.

²⁶ AR: alto risco.

²⁷ GAR: gestação de alto risco.

e. Nº estimado de gestantes SUS de alto risco = 6045(GAR) x 1.1(V10%) X 85%(SUS) = 5652 (GARSUS²⁸)/ano;

f. Leitos obstétricos alto risco= 5652 (GARSUS) x 5 (TMP)/0,85 (cobertura SUS local) x 365 (total dias ano) = 91,08 leitos.

Logo, o total estimado de gestantes no SUS na cidade de Salvador em 2016 foi de 37.683 (32031 +5652), sendo o total necessário de leitos no mesmo ano de 401 (91,08 + 309,7).

Num exercício analítico referente ao quantitativo de leitos em Salvador, verificou-se a capacidade de produção de 56016 partos/ano, conforme os seguintes cálculos:

- a. Total de leitos obstétricos em Salvador: 542 (-180 de alto risco)
- b. Total de leitos obstétricos de risco habitual: 362
362 leitos x 10 pacientes/mês/leito (30 dias/3d média de permanência) = 3620 procedimentos risco habitual/mês
- c. Total de leitos de alto risco: 180
180 leitos x 6 pacientes/mês/leito (30 dias/5d média de permanência) = 1048 procedimentos alto risco/mês

Total da capacidade de produção nas unidades de saúde de Salvador de 4668 partos/mês e 56016 partos/ano. Entretanto, o número de partos anual neste município entre os anos 2011 e 2016 variou entre 34000 e 37000 partos/ano (Tabela 1).

Tabela 01 – Número de nascimentos em Salvador de residentes em Salvador/BA de 2011-2016

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
N de nascimentos	36705	36473	35837	36049	36059	34446	215569

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2016.

Considerando-se o total de nascidos vivos com residência em outro município, este total variou de 43.000 a 46000 partos/ano (Tabela 2).

²⁸ GARSUS: gestação de alto risco SUS.

Tabela 02 - Nascimentos em Salvador de residentes em Salvador e em outras localidades (Brasil – nascidos em Salvador ou outros estados; e nascidos em outros países), 2011 a 2016.

País	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Brasil	45139	45071	44942	45996	46179	43284	270611
El Salvador	0	2	0	0	0	0	2
Jamaica	0	0	0	1	0	0	1
Turcomenistão	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2016.

Considerando-se a Portaria MS nº 650, o Quadro 8, apresenta a estimativa de gestantes de 2012 a 2017:

Quadro 8- Estimativa de gestante para o município de Salvador conforme Portaria MS nº 650

Ano	Nº de gestante
2012	41194
2013	40858
2014	40108
2015	40351
2016	40304
2017	37947

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2017.

Verifica-se, portanto, que a capacidade de produção das unidades de atenção ao parto no município de Salvador seria suficiente para o cuidado materno-infantil aos seus munícipes e àqueles de outras localidades, caso os parâmetros de TOH e TMP utilizados sejam replicáveis na prática.

Ressaltamos que, até o momento de concluirmos o estudo, somente 4 das 9 unidades apresentaram estes dados ao serem solicitadas. Entre as que os apresentaram, apenas uma unidade os disponibilizou prontamente. As TOH do ano de 2016 foram registradas com valores em torno de 80 a 100% (M1=99,6%; M2=96%; M5=81%; M7=79,8%). Neste caso, das quatro unidades que informaram o dado, duas estavam abaixo dos 85% preconizados.

Observamos, entretanto, discrepâncias entre os percentuais apresentados pelas unidades de saúde e aqueles indicados numa análise realizada pela SMS, para o ano de 2016, em 5 maternidades que compõem o presente estudo. Nesta avaliação, foi inserida associadamente a Ocupação da Capacidade Instalada (OCI), que se refere ao quantitativo de

pacientes/dia distribuído entre os leitos do alojamento conjunto, enquanto que a TOH indica a média de ocupação de todos os leitos da unidade, incluindo aqueles de UTI, UCINCo e UCINCa. Foram informados os seguintes resultados: M1=TOH=50% e OCI= 68%; M2=TOH= 82% e OCI=120% ; M3= TOH=72% e OCI=89%; M4=TOH=46% e OCI=69% e M5=TOH= 74% e OCI=94%.

A TOH do levantamento realizado pela SMS variou de 46% a 82%, com apenas uma unidade entre as cinco aproximando-se do parâmetro esperado (TOH=85%). Percebemos uma grande diferença de informação do dado referente à maternidade M1 decorrente de divergência entre o quantitativo de leitos registrado no CNES e o efetivamente disponibilizado para assistência. Outros fatores relacionados aos referenciais utilizados para cálculo podem também estar contribuindo para as diferenças apresentadas.

Associadamente, identificamos, entre os dados apresentados pela SMS, um elevado percentual de pacientes com tempo médio de permanência acima de oito dias por causas neonatais.

Emerge dos dados do campo fragilidades quanto a informações relativas a uma eficiente gestão de leitos nas unidades em análise, bem como à efetividade de utilização dos mesmos. Identificamos a necessidade de se aprofundar estudo para possíveis contribuições ao gestor na tomada de decisão.

Este achado associado àquele do TMP prolongado por internações na neonatologia pode colaborar para a realidade de superlotação vivenciada neste município.

Do ponto de vista da necessidade de leitos para gestação de alto risco (GAR), leitos de UTI adulto, leitos de UTI neonatal, UCI convencional (UCINCO), leitos UCI Canguru (UCINCA) e proposta de instalação ou qualificação destes leitos nos municípios da RMS e Macrorregião Leste, identificamos os seguintes números, conforme quadro abaixo:

Quadro 9 - Apresentação da necessidade de leitos obstétricos GAR e complementares e a proposta de qualificação e ampliação de leitos por município da RMS, Bahia, 2012.

Municípios/Leitos	GAR	UTI Adulto	UTI Neo	UCI Neo	Método Canguru
Camaçari	16	8	20	40	10
Lauro de Freitas	0	0	0	15	5
Salvador	180	24	118	156	55
Total	196	32	138	211	70
Necessidade RMS	107	28	88	133	44
Necessidade Leste	132	35	109	164	55

Fonte: CNES/MS e Portaria SAS nº 650/2011.

Verificamos que a proposta de qualificação e ampliação de leitos por município da RMS encontra-se acima do preconizado para atender às necessidades da assistência materno-infantil de alto risco desta região. O Plano Estadual reconhece que estes leitos não se restringem a um atendimento exclusivo aos municípios da RMS: “Além disso, o Município de Salvador, por ser a capital e concentrar uma oferta maior destes leitos, e por possuir um maior aporte tecnológico, atende a todo o Estado” (BAHIA, 2012).

Nesta perspectiva e, conforme o Plano Regional, para estimular as boas práticas na assistência ao parto, foram programados mais dois CPN²⁹ na Região de Saúde de Salvador, totalizando-se quatro CPN programados.

A necessidade considerada para cálculo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna corresponde a 6% dos leitos de risco habitual. Neste caso, 8,22 leitos para este município. Salvador possui UTI materna com 10 leitos. Este quantitativo mostra-se limítrofe para o atendimento aos casos que demandem UTI materna para pacientes de municípios que têm Salvador como referência para estes atendimentos. Nestes casos, leitos de UTI adulto de outras unidades hospitalares poderão ser utilizados, se disponíveis.

Quanto aos leitos neonatais, conforme Portaria 930 de 10.05.2012, a necessidade para leitos de UTI neonatal e para leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) corresponde a 2 leitos para cada 1000 nascidos vivos e, para Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), de 1 leito para cada 1000 nascidos vivos, portanto, 75 leitos de UCINCo e 38 leitos de UCINCa.

Conforme total populacional, Salvador comportaria 03 Centros de Parto Normal (2 a 3 milhões de habitantes) e uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) para cada maternidade habilitada para atendimento à Gestação de Alto Risco (GAR), neste caso, 06 CGBP.

O município de Salvador possui apenas um CPN que compõe o presente estudo. Uma das unidades, a Maternidade Climério de Oliveira, informou programação de início das atividades da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera sob sua responsabilidade para o 2  semestre de 2017, a primeira do Estado da Bahia, com capacidade para 10 leitos.

Para a realidade da rede de assistência materno-infantil de Salvador, considerando-se os dados apresentados, a suficiência de leitos obstétricos não fica demonstrada. Os parâmetros de TOH e TMP utilizados não se aplicam, no momento atual, para um recorte das unidades de

²⁹ Conforme Portaria 650/2011, o parâmetro para a recomendação de Centro de parto Normal   de 1 CPN para 100.000 a 350.000 habitantes; 2 CPN para 350.000 a 1 milhão de habitantes; 3 CPN para 1 a 2 milhões de habitantes; 4 CPN para 2 a 6 milhões de habitantes. O referencial para Região de Saúde de Salvador foi de 3.373.586 habitantes IBGE/DPE/COPIS – TCU. 1  de julho de 2008.

saúde do estudo. Portanto, correspondem a uma meta a ser alcançada e não a uma realidade implementada. As causas podem estar ainda relacionadas a um funcionamento irregular das unidades de saúde devido a equipes com quantitativo abaixo do recomendado para a capacidade instalada, giro de leitos ineficiente devido a retardo de alta hospitalar, retardo de resultados de exames, entre outros. O acesso e a qualidade da atenção materno-infantil estão comprometidos.

Durante a observação das unidades, pudemos presenciar situações que ilustram esta realidade, conforme registro em diário de campo:

“A outra gestante classificada como laranja veio de outro município (X), e relatou que tinha buscado o hospital de lá, mas como só tinha uma médica, a outra havia faltado, a orientaram a buscar outro serviço por conta própria, pois pela regulação poderia demorar muito” (Diário de campo)

Independentemente de gestantes de outros municípios se dirigirem a Salvador para realização de seus partos e sobrecarregarem a rede assistencial, verificamos uma capacidade instalada ociosa das unidades de saúde de Salvador, segundo os dados apresentados, gerando constantemente situações de superlotação, seus riscos, vulnerabilidades e comprometimento da qualidade da assistência.

Alguns questionamentos se apresentam para esta realidade:

1. O número de leitos informado por maternidade é real? Existe algum quantitativo em reforma ou inativo?
2. O número de leitos informado por maternidade é efetivo, funcionante 24 h/dia, 07 dias/semana?
3. Há equipe de assistência em quantitativo suficiente para o funcionamento efetivo de todos os leitos?
4. O tempo médio de permanência dos(das) pacientes está dentro do preconizado/esperado, conforme critérios aplicados para estimativa da produção de partos por leito?
5. O giro de leitos por maternidade é eficiente?

A adequação da ambiência³⁰ das maternidades de acordo com as orientações da RDC nº 36/2008 é outro desafio. As atividades propostas pelo Plano Regional, para atendimento a

³⁰ Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (RDC nº 36/2008).

esta ação, contemplaram, mais especificamente, o contexto de estrutura física da ambiência e foram, neste perfil, observadas.

Destacamos que o atendimento às normativas desta Resolução, referentes ao ambiente físico, demanda a necessidade de reformas em 7 das 9 unidades de saúde do estudo. Destas, apenas 1 unidade conseguiu efetivar a obra com redução do quantitativo de leitos para readequação do espaço e melhorar o acolhimento à gestante e ao acompanhante.

Observamos um percentual de 33,3% (3/9) das unidades com Banco de Leite Humano em suas instalações. Uma delas (1/9) teve a sua implementação após a Rede Cegonha.

Quatro unidades do estudo apresentam agência transfusional. Entre as demais, uma unidade apresenta contrato com serviço de hemotransfusão de localização ao lado da sua estrutura física, três outras têm convênio com o HEMOBA e para uma delas, o CPN, não há esta exigência em função do perfil de risco das pacientes.

As demais ações previstas no Componente II, parto e nascimento, da Portaria da Rede Cegonha, como as práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, nos termos de documentação da OMS, de 1996, a garantia do acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a realização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal e o estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão serão abordados nos capítulos seguintes.

O desenho da Rede Cegonha com os seus pontos de atenção à saúde materno-infantil no município de Salvador se configurou, a partir dos critérios estabelecidos no Plano Estadual, buscando efetivar a continuidade do cuidado e acessibilidade dos usuários aos diversos locais da rede.

A partir de reuniões e discussões com representações das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras, foi estabelecido o fluxo de pacientes da Atenção Básica às unidades secundárias e/ou terciárias de atenção à saúde para a realização do parto.

Realizou-se a distribuição dos serviços por nível de complexidade para a assistência pré-natal e ao parto e nascimento. O pré-natal de risco habitual é realizado nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família e aquele de alto risco está distribuído entre os

ambulatórios das maternidades, como alto risco tipo I e tipo II³¹, por complexidade de patologias, conforme figura do anexo VII.

O mapa de vinculação das gestantes às maternidades referenciadas para realização do parto, foi construído de acordo com o risco gestacional inicial ou evolutivo e distrito de residência, conforme figura em anexo (anexo VIII).

A contratualização, fase III da operacionalização da Rede Cegonha, é um importante instrumento de monitoramento das ações propostas para se efetivar as ações da rede. Está previsto o acompanhamento dos indicadores de gestão e de qualidade da assistência por uma comissão composta por representantes do gestor e da unidade de saúde.

Para se efetivar esta etapa, houve reunião, realizada no final do ano 2012, de apoiador do Ministério da Saúde com gestores da SESAB e diretores das unidades de saúde para apresentação e discussão do modelo do contrato, que não se efetivou no município de Salvador, no perfil proposto pela Rede Cegonha. Apenas as três maternidades que não são da rede própria do Estado têm contrato com o gestor estadual com metas e indicadores pactuados. A fase IV, da certificação, também não foi realizada.

²⁹ Esta classificação de pré-natal de alto risco tipo I e tipo II é restrita à rede assistencial da Bahia, tendo sido criada por um grupo de representantes das maternidades, da SESAB e da SMS com vistas à organização da distribuição das gestantes por nível de complexidade clínica para acompanhamento pré-natal.

8 A REDE CEGONHA E O FUNCIONAMENTO EM REDE(?): HUMANIZAÇÃO E MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

*“Maria, Maria... É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta de uma gente que ri
Quando deve chorar e não vive, apenas aguenta...”*

(Milton Nascimento e Fernando Brant)

Neste capítulo, será analisada a rede assistencial em efetivo funcionamento, seus fluxos, dificuldades e facilidades, a partir do critério central de uma RAS, o acesso do usuário aos vários pontos de atenção à saúde. Outros fundamentos priorizados, como disponibilidade de recursos, qualidade do cuidado e modelo de atenção ao parto e ao nascimento, serão discutidos nesta análise numa abordagem empírica.

Serão apresentados os dados coletados no campo de pesquisa nos âmbitos de organização da rede e de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento. Embora não seja proposta do estudo a análise de impacto da Rede Cegonha nas taxas de mortalidade materna e neonatal, estes indicadores foram coletados no município de Salvador, Estado da Bahia e Brasil para um exercício reflexivo de possíveis contribuições.

8.1 Organização da Rede

A análise do acesso do usuário em tempo oportuno a determinado nível de atenção à saúde possui uma dimensão ampliada que ultrapassa o entendimento inicial de adentrar a rede assistencial. Significa acessar o cuidado com garantia de qualidade e continuidade da atenção de forma participativa e esclarecida nas decisões terapêuticas propostas. O acolhimento com escuta, criação de vínculo com o usuário, responsabilização pela atenção e resolubilidade são critérios primordiais e definidores de qualidade.

O acesso aos serviços de saúde é um direito garantido constitucionalmente (Art. 196 CF) e reforçado em normativas ministeriais, como a Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009, que, em seu art. 2º, afirma que “toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)

Discutiremos aqui a rede em movimento, ou seja, o usuário em movimento na rede, a partir dos seguintes aspectos: a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Can-

guru), de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Na atenção ao parto e nascimento, a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI Convencional e UCI Canguru) é um aspecto fundamental para discussão do acesso.

Conforme evidenciado em capítulo anterior, esta suficiência, inicialmente estimada ao considerar, exclusivamente, a população de gestantes e o número de leitos oficialmente registrado, não se confirmou na análise empírica. A falta de registro fidedigno do número de leitos efetivamente em funcionamento, a taxa de ocupação hospitalar apresentada, em média, abaixo dos 85% esperados para o número oficial de leitos e o tempo médio de permanência com percentual expressivo acima de 8 dias comprometeram a estimativa realizada que utilizou parâmetros não compatíveis com a realidade desta rede.

A deficiência de leitos é percebida por entrevistado como importante desafio da rede:

“O fator mais difícil que tem é a deficiência de leitos, como já falamos anteriormente. Essa deficiência é uma coisa que preocupa, uma cidade como Salvador que tá crescendo... há trinta anos atrás, você tinha mais leitos do que tem hoje quando a população cresceu mais, quer dizer, a demanda aumentou e você reduziu leito, isso é um grande fator preocupante”
(I-H) (grifo nosso).

A deficiência no quantitativo de leitos hospitalares impacta no acesso e na qualidade da atenção nos serviços de saúde no momento do parto. A superlotação que ocorre, ou se intensifica, por consequência, é uma preocupação de gestores e de profissionais de saúde.

A ocupação das unidades por uma demanda acima da capacidade instalada foi referida como um importante dificultador da implementação de ações relacionadas à qualificação da assistência materno-infantil, dentre elas, a aplicação do modelo “vaga sempre”, partograma, modelo PPP, métodos não farmacológicos para alívio da dor, escolha da posição do parto, contato pele a pele e amamentação na 1ª hora.

“Porque a gente entendeu a necessidade de salvar vida. Agora, assim, dificuldade com, na instituição, porque a gente convive com superlotação. Essa maternidade já é pequena para a demanda. Então, assim, a dificuldade, no início, dos profissionais, que sempre questionam...” (vaga sempre) (P3).

Na fala acima, o entrevistado destaca a dificuldade de implementação do perfil de atendimento com “vaga sempre”, que visa diminuir o risco de peregrinação de pacientes pelas unidades de saúde e que, na prática, tem gerado, nesta rede, um outro risco, que é o comprometimento da qualidade do cuidado por falta de estrutura física e de pessoal para atender à demanda excedente.

“Depois a gente foi, se definiu pela segurança e importância do partograma que deveria ser, é utilizado. Mas, volto a dizer, falhamos nisso aí, ainda, porque muitas vezes, a gente convive com superlotação. Tem pacientes que ficam em trabalho de parto na emergência por falta de vagas e que dificulta todo esse acompanhamento” (P3).

*“É uma prática que a gente tenta colocar, mesmo com a paciente em maca, mas assim é difícil. Meu fator aqui “dificultório” é o espaço físico sempre. **Tem a superlotação.** Então se a paciente ela tem a cama dela isso é totalmente feito, mas se ela passa a ficar numa maca, no corredor... muitas vezes a gente não consegue. Muitas vezes eu amanheço o plantão aqui com sete, oito. Como já falei, **já cheguei a amanhecer aqui com 21 macas. Então, assim, a equipe não tem suporte.** Não tem o suporte técnico pra tá acompanhando essas pacientes uma a uma, e tá ali no colo, com o profissional estimulando e orientando. Não tem. Então **quando eu tenho um plantão tranquilo, um plantão dentro da minha capacidade, isso é feito, sim**” (amamentação na 1ª hora) (P4).*

Identifica-se, nos trechos destacados em negrito dos relatos acima, o reconhecimento dos gestores quanto à importância das práticas recomendadas de atenção ao parto e nascimento e o desafio enfrentado pelos profissionais de saúde para sua implementação. Estes relatos demonstram a incapacidade de efetivação, pelo serviço de regulação de leitos do Estado, de transferência do excedente de pacientes de uma unidade a outra, devido à falta de leitos para atendimento à demanda.

Outro aspecto importante que emergiu das entrevistas nas unidades de saúde como fator dificultador para a implementação da Rede Cegonha refere-se ao déficit de pessoal, em menor ou maior gravidade em determinadas unidades, e extremamente crítico em outra, a ponto de não garantir a atenção ao parto nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana. Das nove unidades estudadas, em 06 (66,6%) foi relatado déficit de pessoal e, entre

os fatores dificultadores, este item foi o segundo mais referido entre os coordenadores das unidades pesquisadas.

*“Sem equipe nada, nada caminhava na velocidade que a gente imaginava. Eu sei que é lento. É lento com a equipe. Mesmo equipes muito bem treinadas, inclusive num ambiente organizacional maravilhoso, já é difícil. **Imagina na circunstância de superlotação, na circunstância de sobrecarga, você colocar novas políticas, né?**” (P5).*

“No momento, a gente não tem todas as equipes completas. Todas as equipes de suporte, por exemplo...” (P3).

*“Entrevistadora: Número de profissionais nas equipes, houve mudanças? Entrevistado: Se houve mudanças? Houve mudança pra pior, **tem menos agora do que o que tinha antes**, não porque não tem a disponibilidade dos postos, os postos estão aí, mas, por outras razões, os colegas não assumem os postos” (P7).*

A análise empírica de déficit de efetividade de ocupação dos leitos no município de Salvador apresenta-se agravada pela deficiência de pessoal nas escalas de serviço, com impacto tanto no número de leitos efetivamente disponível para a assistência quanto na capacidade reduzida de produção da equipe, em função do quantitativo restrito de profissionais para a capacidade instalada da unidade. Identificamos, nesta realidade, sérias vulnerabilidades para a garantia do acesso aos serviços de saúde e cuidado qualificado do parto e nascimento.

Observamos que a suspensão de internamento para assistência ao parto, por falta de profissional obstetra ou neonatologista ou anestesista, em determinado ponto da rede, desloca o quantitativo de usuárias da área adscrita para outra/outras maternidade (s), esta (s), também no limite de sua capacidade, superlotando-a (s).

Ressaltamos que este é um importante aspecto a ser considerado, uma vez que equipes de assistência desfalcadas implicarão numa capacidade instalada comprometida, produção abaixo do esperado, sobrecarga de trabalho para as equipes, dificuldade do acesso do usuário e qualidade reduzida do cuidado materno-infantil com sérios riscos de desfechos desfavoráveis.

*“(...) É uma coisa difícil porque as vezes **quando a gente está com a maternidade superlotada e a paciente tem que permanecer lá sem condição...** Às vezes não tinha lugar nem para sentar, porque a gente não tinha cadeira, a gente não tinha nada. Então, o vaga sempre é meio complicado, mas **hoje a gente acolhe, fica lá e na medida do possível pari no, na admissão, pari em maca, enfim é vaga sempre.** Onde o bebê vai nascer é onde vai nascer. Menino está nascendo, não escohe lugar” (P8).*

*“A vaga sempre é para evitar a perambulação da paciente pelas maternidades. Ah! não tem vaga aqui não, vá para outra. Chega lá, não tem vaga. Vá para outra, vá para outra, vá para outra...Então, e ela é da minha área (de vinculação), eu tenho que ficar com ela, e eu tenho que me virar para poder resolver ali. Ela vai parir como já aconteceu em uma maternidade, parir até no chão. **Vai estender um lençol, vai parir no chão, mas vai parir ali. Não vai parir na rua como antes acontecia, né? O vaga sempre é isso. Custe o que custar, mas você vai ter que fazer”** (P8).*

Esta realidade compromete, também, de forma crítica a condição física e de trabalho das equipes assistenciais, bem como a sustentabilidade financeira da unidade, conforme referido por entrevistado:

*“Entenda, **quando superlota a maternidade** você precisa... **você gasta mais equipamento, você gasta mais insumo, você gasta mais seus recursos humanos. As pessoas cansam, sofrem, adoecem.** Porque elas estão trabalhando num volume maior. **Você não dimensiona pra sobrecarga.** Você dimensiona pra sua capacidade instalada. E quando você trabalha com sobrecarga, você vai ter um incremento das suas contas e prejuízo pra, pra os seus funcionários e pro seu parque tecnológico, por exemplo. Entendeu? Então, é **muito sofrido isso.** E aí você cria um círculo vicioso. De resistência da equipe, eventualmente, de boicote, de brigas, de reuniões, de, é, um **clima organizacional muito hostil, as pessoas brigando entre si, brigando com a gestão. E a gente tentando contemporarizar nesse meio tempo, é essa situação, entendeu?”** (P5) (Grifo nosso).*

As principais causas apontadas durante as entrevistas para o déficit de pessoal situam-se entre dificuldades financeiras do gestor para contratação, desestímulo dos profissionais ao tipo de vínculo empregatício sem garantia de direitos trabalhistas, valor salarial abaixo do ofertado no mercado, especialidades médicas, como neonatologia e anestesiologia com quantitativo restrito de profissionais, entre outras:

*“...A gente acha que na parte de técnico de enfermagem a gente tem uma defasagem grande, eh..na parte de...na área médica, a área de neonatologia, na UCINCo ainda precisa completar. Às vezes, a gente tem dificuldades porque a gente não tem plantonista, por exemplo, as vezes no final de semana, **a gente não tem uma equipe fixa com esses vínculos eh... Que se estabeleceram na Secretaria de Saúde, né?** Leva, às vezes, a gente não ter esses profissionais. Porque, por exemplo, **quem é pessoa jurídica, quando é interessante para ela estar no serviço, no sistema, está, quando ela desiste, um mês, dois meses, diz eu vou embora e pronto, quer dizer, a vinculação (do profissional ao serviço) é muito frágil.** Entendeu? É de acordo com a necessidade do profissional” (P8) (Grifo nosso).*

Fica evidenciado que a insuficiência no quantitativo de recursos humanos, referenciada nas entrevistas, agrava a efetividade de utilização dos leitos e compromete a produção es-

perada para a unidade. Associadamente, contribui para a superlotação nas unidades em funcionamento pleno que terão, proporcionalmente, um déficit de pessoal para atendimento à demanda excedente, com conseqüente comprometimento da qualidade da assistência.

*“Aí se a rede não está estruturada, o que pode acontecer, principalmente para esta maternidade? a explosão no número de atendimento, como eu falei, né? Porque a política foi: atender. Fiquem todas que necessitem ficar. E daqui, a gente providencia pra onde mandar. **O problema era para onde mandar. Porque a rede não respondia, né? E aí, pronto. Ficavam todas aí. Todas aí. E aí vem o medo do profissional de tá mandando de qualquer forma e o medo da gestante, da paciente de tá indo também, não é? Eu não vou, eu não vou, eu não quero ir, porque não tinha garantia da assistência. Eu já fui em tal lugar e não tem, eu já fui em tal lugar, me mandou seguir, me mandou ir pra ali, pra aqui, pra acolá, então eu não vou voltar mais... Entendeu? Nem que me mande, eu não vou. Nem que... Ah! A senhora vai, eu consegui uma vaga em tal lugar... eu não vou, não, porque eu sei que lá não tem... Então, com isto, ocorreu um problema que a maternidade vivenciou por muito tempo, que gerou uma dificuldade pra todo lado, que foi o **problema chamado superlotação**” (P9) (Grifo nosso).***

Questões de ordem financeira e de limite administrativo foram apresentadas como justificativa para a falta de contratação do número necessário de profissionais em algumas unidades:

*“ai já entram outras questões, eu posso contratar por REDA, medico por PJ (Pessoa Jurídica), eu posso contratar por... ou fazer concurso público ou... Tem o tribunal, Ministério Público batendo, me dizendo que eu não posso mais fazer REDA. **Tem que fazer concurso, se eu fizer concurso, tô com meu limite estourado**, o tribunal vai dizer que eu não posso fazer. Enfim... e ai tem, você já tem o número de concursados, esses concursados muitas vezes são de concursos antigos, muitas vezes se aposentam, **você não faz novo concurso porque não pode fazer ou até mesmo porque não quer, quer assumir outra modalidade de contratação**” (P10).*

Neste contexto, evidencia-se que o acesso do usuário à rede de serviços e sistema de saúde, no conceito pleno, torna-se reduzido, prejudicado, adiado ou, até mesmo, impedido.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um tema complexo, multicausal, com forte relação com a percepção dos gestores sobre as necessidades de saúde da população, condição para transformá-las em serviços de saúde que atendam ao usuário pronta, oportunamente e de acordo com a complexidade. Torna-se fundamental compreender os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, identificar razões para a sua procura, para a satisfação com o cuidado e resultados alcançados (VIEGAS, 2015).

Neste aspecto, evidencia-se a necessidade de aprofundar estudo sobre as causas que geraram internações neonatais prolongadas, conforme identificado em capítulo anterior, e desdobraram em tempo de permanência acima do estimado. Torna-se fundamental realizar uma gestão de leitos efetiva e avaliar ações prioritárias no âmbito da assistência pré-natal, do parto e nascimento, a fim de minimizar as vulnerabilidades e riscos relacionados ao diagnóstico clínico em si, bem como àqueles de um planejamento da assistência que não considerou estes fatores. Associadamente, a recomposição das equipes de assistência para o funcionamento pleno dos leitos e serviços é outro fator que se apresenta como primordial.

A Rede Cegonha buscou minimizar os riscos desta realidade, conhecida e vivenciada durante o PQM, e preconizou a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas unidades de atenção à saúde materno-infantil.

A literatura científica confirma o ACCR como importante ferramenta para qualificação do acesso nos serviços de urgência e emergência:

O acolhimento com classificação de risco operacionalizou mudanças no cenário onde imperava a lógica da exclusão, associada à percepção negativa e cheia de desconfianças por parte dos usuários. Acolhendo toda a demanda, escutando e oferecendo uma resposta positiva, há melhora na percepção do usuário, quanto à atenção e à assistência a ele dispensada, e **contribui definitivamente para a mudança do foco do atendimento, que sai da doença e vai para a pessoa, humanizando o atendimento**. Além disso, essa mudança, tornou a assistência oportuna e pontual, contribuindo para a **melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos** (SOUZA; BASTOS, 2008) (Grifo nosso).

Associada ao acolhimento, que humaniza e qualifica a atenção, a classificação de risco proposta neste instrumento agrega mais valor e efetividade ao processo de trabalho. Em função da categorização do nível de complexidade e risco dos pacientes que procuram o serviço de saúde, o ACCR é um poderoso instrumento para distinguir as diferentes prioridades relativas à situação clínica identificada. Há diminuição do tempo de espera para os casos classificados como de urgência ou de emergência com encaminhamento para uma atenção pronta e imediata e maior possibilidade de redução dos danos.

A realidade do sistema de saúde do país evidencia que os serviços com funcionamento ininterrupto durante as 24 horas prestam-se não somente para o atendimento a demandas de urgências propriamente ditas, mas também às urgências do indivíduo e às urgências sociais (BRASIL, 2002). Além disso, baixa cobertura de saúde primária é um fator que contribui para a superlotação evidenciada nas portas das unidades de emergência (SOUZA; BASTOS, 2008). A dificuldade de acesso do usuário aos serviços de atenção básica para o atendimento

pré-natal compromete a qualidade deste acesso nos serviços de urgência e emergência.

Identificamos nas unidades estudadas a implementação desta ferramenta em todos os casos, porém de forma restrita em três unidades: em duas (2/9), o ACCR ocorria apenas no período diurno, de segunda a sexta-feira, e, em outra (1/9), alguns dias da semana. Nos três casos, a justificativa foi o déficit de pessoal para cobertura da escala em tempo integral.

Destacamos a referência de um dos entrevistados de que, para esta ação, não houve qualquer facilidade para implementação. Identificou como principais dificultadores o déficit de pessoal, a falta de local adequado para realização da atividade e a resistência dos profissionais. Mesmo assim, a unidade implantou o ACCR, porém de segunda a sexta-feira, diurnamente (M5).

“Por nós não termos enfermeiras capacitadas o tempo todo e haver o déficit de enfermagem, só funciona de segunda a sexta e durante o dia. Nem de noite, nem final de semana. E, há cerca de três meses, verificamos que, mesmo com a classificação de risco, a gente não conseguia reduzir os atritos na porta de entrada e as pacientes não conseguiam ser atendidas no tempo que a classificação preconiza...” (P6).

Na unidade M6, foi relatada uma implantação do ACCR efetiva, 24 h/dia, todos os dias da semana desde 2015, tendo-se iniciado o processo em 2013 de forma paulatina com discussões e capacitação da equipe, com a atividade, à época, apenas no período diurno. Para a implementação na integralidade do período, devido ao déficit de pessoal, foi remanejado enfermeiro obstétrico para este atendimento e sacrificada a sua atuação na sala de parto.

“Aí, né, no final das contas acabamos perdendo por um lado, né, do parto assistido por enfermeira, mas nós conseguimos implantar a classificação nas 24 horas e melhorou. Isso foi realmente um passo muito importante. Nós ganhamos muito mesmo. Eu tinha muito problema de tumulto na porta de paciente que ia na diretoria reclamar e isso aí acabou, acabou porque a enfermeira tá lá e ela toma conta, organiza, a cada duas horas ela revisa, ela olha de novo, ela reavalia, ela aciona a equipe. E a partir do momento que a enfermeira aciona a equipe, a equipe se sente responsabilizada porque aquela paciente já foi vista e aí se tenho uma paciente laranja, a enfermeira pressiona e aí pronto, meus problemas realmente acabaram” (P4).

A instituição da Rede Cegonha, por meio de portaria e como estratégia diretiva do Ministério da Saúde para atenção materno-infantil, foi relatada como um facilitador da implementação:

“Entrevistadora: *E houve alguma facilidade? Algum fator que facilitou a implantação do ACCR?* Entrevistado: (...) **veio com a lei. É lei, então... a unidade está inserida dentro da Rede Cegonha, ela contempla, tem que ter, então, vamos colocar enfermeiras treinadas pra fazer esse acolhimento**” (P11).

É importante ressaltar que, neste aspecto, enquanto “lei”, a Rede Cegonha foi instituída em 2011 e a proposta de ACCR se iniciou em 2004, com a PNH, reforçada em 2009, nos serviços de urgência e emergência, com a publicação pelo Ministério da Saúde de cartilha específica sobre o tema. Outro fator, portanto, além da obrigatoriedade de cumprimento de lei, deve ter influenciado, ou se somado a este, como facilitador do processo de implementação.

A disponibilidade e apoio da gestão foi o fator apontado como maior facilitador do processo de implementação do ACCR, seguido pela disponibilização de recursos humanos, sensibilização, convencimento e treinamento da equipe.

*“...Se decidiu fazer esse tipo, de acolhimento com classificação porque a gente entendeu porque, né... As pessoas que decidiam na assistência e aí já era a atual diretoria também que, era uma forma, era um fluxo, era um processo que qualificava a assistência. Por quê? Porque primeiro que ordenava a, fila de chegada. É óbvio que **uma paciente que chega em emergência tem que ter prioridade no atendimento perante aquelas que não estão nessa situação. Mas era preciso ter uma, uma, um ordenamento lógico, um ordenamento científico**” (P9).*

*“Uma estratégia de um protocolo. Classificação, que cores seriam, do que a gente ia se basear. **Fez o treinamento das equipes. Implementou**” (P5).*

*“Ah... o desejo da gestão, da diretoria, das diretorias médicas, das coordenações e aceitação pelo corpo clínico e... **desta norma legal**” (P4).*

*“Então, primeiro o que facilitou foi ter uma política diretiva pra isso, dizendo que isso era bom e já tinha sido testado que se podia fazer desse jeito. Segundo, foi **a disponibilidade de quem decidia o modelo de atenção dentro da maternidade, não é? E terceiro foi o próprio, o próprio grupo, recurso humano disponibilizado para isto, não é?**” (P9).*

O maior dificultador para a implementação do ACCR identificado nas entrevistas foi o déficit de pessoal, seguido pela falta de local adequado para a atividade.

O ACCR é um importante instrumento dos serviços de urgência e emergência com a finalidade de escuta humanizada à demanda do usuário numa perspectiva ampliada de eficácia, priorização do atendimento e decisão dos encaminhamentos posteriores necessários (ES-

TRADA, 1981 apud SOUZA; BASTOS, 2008; BELO HORIZONTE, 2002 apud SOUZA; BASTOS, 2008).

É importante ressaltar que a superlotação que tratamos anteriormente é subsequente a este momento de recepção e acolhimento da gestante, ou seja, para aquelas com indicação de internação. Portanto, neste caso, está relacionada aos fatores anteriormente tratados. A sua relação com a baixa cobertura da atenção primária pode ser feita do ponto de vista da dificuldade de acesso a um atendimento pré-natal qualificado que minimize o risco de intercorrências gestacionais e tenha instrumentos para assistir a gestante com queixas de menor gravidade.

Emergiu dos dados de observação das unidades de saúde do estudo que 53,8 a 89,5% das gestantes atendidas foram classificadas na categoria verde³² do protocolo, indicando alto percentual de pacientes com pouca ou nenhuma urgência.

Estudos realizados em hospitais gerais no contexto brasileiro evidenciam resultados semelhantes a estes da atenção materno-infantil com percentual de classificação nas categorias verde a azul de 73,2% (ANZILIERO, 2016).

Em um outro, realizado em uma maternidade pública, encontrou-se percentual de 59% de mulheres classificadas como pouco urgente com a cor verde. As mulheres classificadas com a cor vermelha e com a cor laranja corresponderam a 8,5% e 4,5% dos atendimentos, respectivamente (PEREIRA; LIMA, 2014).

Em duas unidades da presente análise, observamos que havia um monitoramento do percentual de pacientes atendidas no ACCR com efetiva internação. Este percentual de pacientes variou entre 25 e 33%.

Os motivos habitualmente relacionados à procura dos usuários pelos serviços de emergência em condições de menor gravidade relacionam-se à necessidade de qualificação do acesso à atenção básica (ANZILIERO, 2016), assim como a questões relacionadas à disponibilidade integral deste ponto de atenção à saúde no sistema de porta aberta e crença de resolubilidade “rápida” que o usuário projeta nestes serviços (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

O ACCR favorece, ainda, outra ação também incentivada pela Rede Cegonha: a atenção multidisciplinar e interdisciplinar. O processo de trabalho do ACCR envolve mais inten-

³² ACCR - A cor vermelha identifica o paciente de emergência; a amarela, o paciente que necessita de atendimento urgente; a cor verde, o paciente de prioridade não urgente; e a azul, o paciente que necessita de consulta de baixa complexidade, com última prioridade para atendimento. As cores verde e azul representam o paciente com baixo risco de agravos que pode receber atendimento na APS. A SESAB realizou adaptação deste modelo aplicada em 7 unidades do estudo. Uma maternidade utilizava a classificação de Manchester com critérios adaptados à obstetrícia.

samente o enfermeiro obstétrico no cenário da atenção materno-infantil. Estimula a interrelação entre médicos e enfermeiros para discussão e acompanhamento conjunto dos casos clínicos (SOUZA; BASTOS, 2008).

Em uma das unidades do estudo foi registrado como fator dificultador da implementação deste instrumento o choque entre as categorias profissionais de médicos e enfermeiros.

Em sequência à análise do acesso da gestante à atenção materno-infantil, segura e qualificada, será analisado o modelo “Vaga Sempre”. Observamos a sua implementação em 7 das 8 unidades estudadas (7/8). Em uma unidade, o modelo não se aplicava, em função do perfil da atenção (por isso, não foi considerada no total estatístico) e, em outra, houve a informação de que, ao se atingir o limite de leitos, suspendia-se a internação.

Os principais facilitadores para a implementação desta prática apontados pelos entrevistados foram a decisão da gestão e a qualificação da atenção com aumento da segurança para o paciente e para o profissional. O terceiro fator facilitador mais citado foi a implementação do processo de vinculação das pacientes por distrito sanitário à maternidade referência para o parto e nascimento.

“Não era confortável pra mim mandar uma paciente seguir adiante, necessitando de internamento, não é pra ninguém, pra nenhum colega, eu tenho certeza. Seja ele de que categoria profissional for, seja da saúde... não é prazeroso você mandar uma paciente seguir, necessitando ficar porque não tem vaga, né? Mas, graças a Deus alguém disse que isso não é problema dela, a questão de vaga. É um problema institucional e quem tem que garantir a vaga é a instituição desta paciente. Ela só pode sair no momento em que ela seja entregue com segurança em outro local que dê uma condição de atendimento que seja compatível com sua complexidade de atendimento, tá? Então, eu acho que isso pra mim, foi o que facilitou, não é?” (P9) (Grifo nosso).

“Decisão de gestão. Quando? Sempre. Pelo menos desde quando a atual gestão da unidade assumiu aí.” (P5) (Grifo nosso).

“Acho que a dedicação da diretoria de implementar, né? Isso foi passando pra coordenação e a coordenação passando pra, a importância disso, né, pra os plantonistas, pra equipe. Acho que é o fator... né, um fator determinante a equipe reconhecer que essa paciente que tá lá fora é nossa, também. A conscientização, na realidade foi a conscientização, né. Da direção, coordenação e a equipe médica” (P4) (Grifo nosso).

“A tentativa do vaga sempre é justamente essa coisa da vinculação, né? Para que a paciente permaneça e não mande ela perambular. Porque o que é o vaga sempre? A vaga sempre é para evitar a perambulação da paciente pelas maternidades. Ah não tem vaga aqui não, vá para outra. Chega lá não tem vaga. Vá para outra, vá para outra, vá pra outra” (P8) (Grifo nosso).

Apenas uma das unidades do estudo informou a prática do “vaga sempre”, com os seus desafios, anteriormente à instituição da Rede Cegonha. Como dificultadores desta implementação foram mais frequentemente apontados o fato de gerar superlotação nas unidades, o comprometimento da qualidade da assistência por esta demanda acima da capacidade instalada, a superlotação em si e a rede de assistência mal estruturada.

*“É...A **dificuldade é a superlotação** né? Os profissionais se queixam que as pacientes ficam nervosas. Muitas delas, às vezes elas mesmos desistem, né? “ (P8) (Grifo nosso).*

*“**Dificuldade é que você superlota a maternidade.** Entenda, quando superlota a maternidade você precisa... Você gasta mais equipamento, você gasta mais insumo, você gasta mais seus recursos humanos” (P5) (Grifo nosso).*

*“**A principal dificuldade chama-se desorganização da assistência,** você ter uma assistência desorganizada que ninguém sabe direito pra onde vai, que paciente que é pra ir pra rede básica vem pra unidade de emergência, de alta complexidade...Porque você corre o risco de abarrotar a sua unidade e perder toda e qualquer característica de assistência, então, a principal, o principal problema do vaga sempre é que **o vaga sempre foi criado para um sistema de saúde organizado ou pelo menos pra forçar o sistema a se organizar** porque na hora que é desorganizado e que ocorre o vaga sempre e superlota, aquela unidade vai gritar e vai clamar por uma organização do serviço, então, pelo menos, né, a dificuldade aí está... Mas quando a gente vê dificuldade, a gente tem que ver oportunidade e a oportunidade é da gente vir a organizar o serviço através do grito das unidades superlotadas” (P9) (Grifo nosso).*

O trecho em negrito destacado no relato acima mostra, na prática, a efetivação de um dos objetivos da Rede Cegonha de fomento às discussões ampliadas, em busca de uma organização efetiva da rede que qualifique o cuidado materno-infantil.

Outro entrevistado relata esta percepção como um dos fatores facilitadores para implementação da Rede Cegonha:

*“Dois facilitadores... talvez essa onda do movimento que ela fez dentro (da unidade), com relação à unidade, né? ... De mobilizar a unidade como **um todo**, em mobilizar a unidade do ponto de vista multidisciplinar, né? E de, da criação de vários fluxos, né? De atendimento, da assistência, desde a questão da ambientação, desde a questão do atendimento, né? **Da humanização do atendimento desde o porteiro** que, é a primeira pessoa a ter um contato com a paciente, até a pessoa que tá levando a paciente de volta, pra, dando a alta, né? Então, isso pra mim, foi importantíssimo” (P12) (Grifo nosso).*

A implementação da normativa ministerial do “vaga sempre” foi uma ação fundamental em busca da qualificação da atenção ao parto e nascimento com redução dos riscos da peregrinação de gestantes pelos vários pontos de atenção da rede. O compromisso e responsabilização da instituição pelo atendimento corroborou o respeito ao usuário enquanto cidadão de direitos. Porém não garantiu, na rede assistencial do município em estudo, a qualidade da assistência. O direito a um “leito físico” foi reduzido à acomodação em macas, poltronas ou cadeiras. Direitos como privacidade, presença do acompanhante, escuta qualificada, dentre outros para um atendimento humanizado, estiveram ameaçados:

“A maternidade chegou a ter 400% da sua taxa de ocupação, tá? dentro do centro obstétrico. A gente tinha quatro vezes mais do que a gente podia ter em média dentro do centro obstétrico. Você imagine o que é trabalhar isso pra você ter acompanhante, pra você ter privacidade, pra você ter qualidade de assistência, pra você ter ensino, ter pesquisa...precisa ter pessoal, precisa ter insumo, pra você ter tudo” (P9) (Grifo nosso).

Observamos, no relato acima, evidências de risco de comprometimento da qualidade da assistência e do ensino disponibilizado na unidade. Ressaltamos que cinco maternidades do estudo disponibilizam-se como campo de prática para graduação e/ou pós-graduação em áreas da saúde.

Neste processo, observamos que a efetivação da vinculação da gestante desde o pré-natal à maternidade onde será realizado o parto, bem como para atendimento de intercorrências gestacionais, foi primordial para o processo de início de estruturação da rede. Esta ação está prevista na Rede Cegonha no componente I, Pré-natal. Entretanto, devido à sua relação com o acesso à atenção ao parto e nascimento, será aqui analisada.

A implementação da vinculação é pauta de discussões desde 2010 entre a SESAB e a SMS. As discussões sobre as estratégias evoluíram a partir da análise populacional por distrito, quanto ao quantitativo de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e das unidades de saúde de assistência ao parto e nascimento, considerando-se a sua capacidade instalada para absorver a demanda prevista (ATAS DE REUNIÕES DO COLEGIADO DE MATERNIDADES).

Apesar de avanços na relação entre as unidades de atendimento pré-natal e maternidades de referência para o parto, por meio de visitas das gestantes a estas unidades com construção de vínculo, e de comunicação fortalecida entre as equipes de assistência primária e secundária, a gestante ainda é vulnerável à peregrinação nos casos de falta de vaga na maternidade vinculada:

“Além disso, com base na data provável do parto e da avaliação de risco gestacional das mulheres **devemos proporcionar a visita da gestante (antes do parto) à maternidade** que deverá ser procurada no momento do trabalho de parto. A **peregrinação das mulheres ainda faz parte da nossa rotina**, por isso vamos intensificar nosso **diálogo com as mulheres e entre as equipes de saúde da atenção básica e maternidade**” (RELATÓRIO REUNIÃO FÓRUM RMS DE 08 DE ABRIL DE 2016) (Grifo nosso).

*“...Existem as reuniões de vinculação com as gestantes. Então, os distritos sanitários mandam para uma visita ao hospital e palestras explicando sobre o parto, explicando sobre o uso do cavalinho, o uso da bola, como é que vai fazer, fala sobre o parto natural, estímulo ao parto natural e não ao parto cesariano, porque a população ainda tem como padrão-ouro o parto cesariano. Então, essas reuniões visam isso, conhecer a maternidade, fazer a **vinculação com os profissionais**, conhecer o espaço, falar sobre o que é parto natural, estímulo ao parto natural e eh..para que a família participe, então também vai o companheiro, vai, quando não vai o companheiro, vai algum familiar acompanhando essa... essa gestante. Entendeu? (P8) (Grifo nosso).*

A efetivação da vinculação à maternidade referência num contexto de “vaga sempre” ocorreu a partir de julho de 2016 após acordo entre a SESAB e gestores das maternidades de que, independentemente da existência de vaga na unidade, a gestante de risco habitual com indicação de internamento, seria acolhida e internada na maternidade referenciada e vinculada ao distrito sanitário da sua residência. Foi construído, então, um protocolo com critérios de condições seguras para transferência de pacientes em trabalho parto inicial, de uma maternidade a outra, independentemente de vaga, para os casos de gestantes que procurem atendimento em unidade diversa da qual está vinculada. Nestes casos, a transferência ocorre sem a necessidade da autorização da Central Estadual de Regulação.

*“E tem um outro processo também que ele foi criado já na evolução dessa coisa da vinculação... é que as gestantes que estão perambulando por outras unidades eh... **existe um acordo tácito entre as unidades** que, quando, por exemplo, a gestante que é do meu, da minha área de abrangência, né? Que a gente definiu em vários seminários a questão da **abrangência das maternidades por distrito sanitário de acordo com os bairros e também por proximidade**...se ela é paciente da minha localidade e ela está aqui, então ela, o pessoal telefona e ela aqui estando em trabalho de parto, menos de cinco centímetros, tem todos os critérios, ela é vinculada para poder, ela ir para lá para a unidade. **Eu tenha vaga ou não tenha vaga, eu tenho que receber essa paciente...**” (P8) (Grifo nosso).*

Observamos que esta decisão foi assumida após período crítico de superlotação nas maternidades, principalmente naquelas que efetivamente já haviam implementado o “vaga sempre”. A UFBA convocou uma Audiência Pública em março de 2016 com representação de

várias instâncias da sociedade, a fim de discutir a situação crítica da atenção materno-infantil e propor soluções. Participaram a SESAB, a SMS, o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, o CRM, COREN, SINDIMED, SOGIBA, entre outras instituições.

Identificamos, no contexto, um protagonismo da universidade nesta iniciativa, motivada por unidade de saúde pertencente à UFBA com risco de sério comprometimento de qualidade da assistência, ensino e pesquisa desenvolvidos nas suas dependências por conta da superlotação. Em seguida, o Ministério Público Estadual e Federal assumiram a coordenação de encontros para discussão de propostas e soluções. Houve manifestações públicas de corpo docente assistencial da unidade, de técnicos-administrativos e de conselhos e sindicatos representantes das áreas da saúde. Percebeu-se uma mobilização de vários segmentos representativos da sociedade para o enfrentamento e busca de solução para a crise na área da assistência materno-infantil.

Emerge, assim, de dados do campo, a “pressão” sofrida pela rede para a necessidade de impor ritmo e maior celeridade na implementação efetiva das ações propostas pela Rede Cegonha. Ressaltamos que o “vaga sempre” e a vinculação são importantes instrumentos para organização da rede, mas não resolvem as fragilidades inerentes à utilização dos leitos e ao quantitativo reduzido de profissionais nas equipes, também causas da superlotação e da dificuldade de acesso do usuário aos pontos de atenção à saúde.

Observamos que todas as maternidades (8/8) estudadas estão inseridas no processo de vinculação. Uma unidade de saúde, o CPN, por suas características, não está vinculada a nenhum distrito sanitário específico, com internação condicionada ao atendimento a critérios de atenção secundária para risco habitual, com demanda triada de vários distritos sanitários.

Evidenciamos, a partir das entrevistas e da observação direta, que o sistema de transporte seguro está implementado para a transferência do cuidado ao usuário de um ponto a outro da rede. É realizado por veículo próprio da unidade de saúde ou, em casos de maior complexidade, por ambulância da Central Estadual de Regulação, acompanhado por profissional de enfermagem e, quando necessário, também da equipe médica.

“ (Paciente) de distritos não vinculados a gente acolhe a paciente, vê qual é a condição clínica dela e aí, se ela tiver algum nível de gravidade, ela é transferida pela regulação. Se ela não tiver nenhum nível de gravidade e estiver, no momento, em trabalho de parto e for menor do que cinco centímetros, aí, a gente eh...faz a transferência dessa paciente com nossa ambulância, com a enfermagem, dentro da nossa ambulância e leva essa paciente para a unidade dela que ela é, que ela tem como referencia. Estão essa é, esse é o procedimento (P8)” (Grifo nosso).

“Uma gestante sem acompanhante, no momento, aguardando transferência via regulação para maternidade de alto risco, com quadro de sepse secundária a uma infecção urinária que evoluiu para pielonefrite, estava internada na enfermaria. Vaga já liberada aguardando o transporte” (Registro do Diário da Campo).

Ficou evidenciado, neste processo de estratégia de organização da rede, conforme preceitua Mendes (2011), a utilização de economia de escala, concentrando os equipamentos de maior complexidade em determinadas unidades de saúde, distribuídos por nível de atenção, com integração horizontal e vertical dos pontos de atenção, numa estrutura referenciada por territórios sanitários, os distritos de saúde. Segue outro relato:

“...Mas se ela for de alto risco e tal, então, já vai para os locais onde realmente tenha essa necessidade de UTI e parto prematuro, essa coisas, aí já vincula de uma outra forma, mas se tiver previsão de ser um parto natural e... ela puder parir em uma unidade que não precise nem de UTI neonatal nem de UTI materna então ela vai, ela é vinculada à unidade, tanto por demanda espontânea como uma demanda da própria unidade” (P8) (Grifo nosso).

Em seguida à vinculação da gestante, os dados de campo evidenciam o início do processo de vinculação do recém-nascido, atrelando esta consulta ao atendimento puerperal na unidade básica de saúde, dando-se continuidade ao trajeto da mulher e da criança na linha de cuidado materno-infantil da Rede Cegonha.

*“...E agora a gente também está no sentido de fazer a **vinculação do recém-nascido**. Então o recém-nascido ele sai da maternidade e eh...quando ele sai da maternidade a gente já manda a relação dele para o distrito sanitário, para o distrito sanitário não, para a Secretaria Municipal de Saúde para poder a gente fazer essa vinculação do RN (recém-nascido) para poder ser agendado na atenção básica, tanto para a gestante no puerpério, como para esse recém-nascido para ele ser atendido. Eh... isso tem eh.. trazido, né, **uma nova dinâmica no serviço que a gente precisou também se organizar internamente para poder fazer esse envio dos recém nascidos**. (P13) (Grifo nosso).*

“Ampliar para TODAS as maternidades de Salvador a **vinculação de recém-nascidos com as equipes de AP** (atenção primária) de referência; Iniciar o processo de vinculação de recém-nascidos nos demais municípios da Região Metropolitana; em Salvador, as reuniões distritais devem ser espaço de planejamento e operacionalização/monitoramento do processo de vinculação dos recém-nascidos; iniciar o processo de **marcação da consulta na AP com a mãe e RN ainda internados** na maternidade, isso pode reduzir a dificuldade de contactar a mãe por falha de registro ou telefone/endereço inexistente; envolver a rede de urgência e emergência (UPAS e pronto atendimentos) no atendimento à criança; a consulta puerperal deve ser agenda aberta nas equipes de AP; **atrelar a consulta puerperal com a consulta**

pediátrica” (ENCAMINHAMENTOS PACTUADOS EM REUNIÃO DO FÓRUM DA RMS EM 31.08.16)

Observamos nestes relatos a importância da implementação do processo de vinculação para a busca da qualificação assistencial, do ponto de vista de garantia do acesso, no sentido de porta aberta da rede para a gestante e o recém-nato. Isto ainda não significa a garantia da qualidade do cuidado, em virtude da superlotação das unidades, déficit de pessoal, dentre outros motivos. Identificamos, porém, um movimento da rede, dos gestores, dos profissionais de saúde em busca de soluções que minimizem os riscos e vulnerabilidades até aqui ilustrados. Percebemos uma tomada de decisão que inicia efetivamente o processo de organização da rede.

Ao questionarmos os dois maiores dificultadores para implementação da Rede Cegonha, após a insuficiência de recursos humanos, a estrutura física inadequada foi o mais frequentemente apontado entre os entrevistados. A estrutura física precária apresentou-se como fator dificultador para implementação das ações da Rede Cegonha em 6 das 9 unidades estudadas (6/9).

“Estrutura física do hospital, dificultador demais. A gente queria reconstruir esse hospital, (risos)...até hoje a gente tem dificuldade porque a gente não reformou, a gente não tem estrutura, as vezes os profissionais reclamam da falta de estrutura física, mas, a gente teve, a gente tem uma equipe muito boa, de muitos profissionais daqui, que tiveram adesão mesmo e que caminhavam junto com a gente sugerindo, trazendo, que trabalham em outros serviços e que traziam sugestões que eram possíveis de serem feitas aqui” (P3) (Grifo nosso).

“Dificultadores: falta de recursos humanos e a falta de modificação da estrutura da unidade” (P6) (Grifo nosso).

“O maior dificuldade é o recurso humano e estrutura física, isso sem dúvida alguma” (P14) (Grifo nosso).

A adequação do ambiente físico das maternidades de acordo com a RDC 36/2008 é outra ação proposta pela Rede Cegonha para a qualificação do parto e nascimento e uma necessidade identificada durante a observação das maternidades em estudo.

“A privacidade fica comprometida uma vez que o primeiro atendimento é feito fora do box, num espaço comum e mais de uma paciente é atendida ao mesmo tempo, sendo possível que todos ouçam o atendimento (Registro do Diário de Campo) (Grifo nosso).

“O ambiente para a primeira **avaliação médica** é uma mesa com **3 cadeiras para os profissionais e mais 3 cadeiras na frente para as pacientes**, mesa única e entrevista no mesmo espaço sem privacidade” (Registro do Diário de Campo) (Grifo nosso).

Os entrevistados informaram projetos arquitetônicos para melhorias estruturais da ambiência discutidos e aprovados, mas que não foram executados.

“Nós temos um projeto que está há muito tempo, desde 2009 mais ou menos, já tinha um projeto antigo que teve que ser modificado com vistas à questão da Rede Cegonha. Eh...esse projeto é de 2005, que foi iniciado mas foi interrompido porque a empresa declinou, houve mudança de governo e aí ela não quis continuar fazendo projeto, e a partir daí a gente ficou esperando que no novo governo fizesse isso, foi quando veio a questão da Rede Cegonha aí se teve que readequar, fazer outro projeto já com a perspectiva da Rede Cegonha...” (P8) (Grifo nosso).

“Se tem o desenho de reforma e ampliação, o qual está com a SESAB, esse projeto, inclusive tem algumas empresas já para licitar, mas ainda não foi realizado, as mudanças (que ocorreram na unidade) foram bem pequenas, alguns ajustes internos!” (P14) (Grifo nosso).

Em duas unidades (2/9), a não execução da obra foi devido à falta de recurso financeiro e em duas outras (2/9), devido a questões de atendimento a exigências bancárias para liberação do recurso já descentralizado. Destas quatro unidades, apenas uma (1/9) tem programação de readequação da ambiência do Centro Obstétrico para início no 2º semestre de 2017, a fim de melhor atender às exigências da RDC 36/2008, com recurso não oriundo da Rede Cegonha e sem contemplar, ainda, as necessidades de adequações físicas da unidade em outros setores.

“E desde então a gente está aguardando esse, a realização porque o projeto já está pronto, o recurso do Ministério da Saúde já está na Caixa Econômica Federal, e a gente só ouve dizer que vai ter a reforma e até hoje eu aguardo” (P8) (Grifo nosso).

Das nove unidades estudadas, somente duas (2/9) realizaram reformas com maior impacto na qualidade da assistência, porém os entrevistados relatam que a unidade ainda necessita de melhorias. Em 5 unidades (5/9), houve pequenas adequações estruturais até que possam ser realizadas reformas mais efetivas para atendimento às necessidades dos serviços e às normativas ministeriais de qualificação da assistência e vigilância em saúde.

“Na nossa unidade, com relação a Rede Cegonha, primeiro, de dificuldade, eu já falei por diversas vezes, estrutura. Nós não temos estrutura pra o que é proposto no meu entendimento da Rede Cegonha, certo? Não tem espaço para um parto humanizado, né? O parto conceitual, né? Parto humanizado com pessoas humanas, com educação, isso a gente faz em qualquer lugar. Agora, o conceito de parto humanizado, desde o ambiente adequado, infelizmente não temos” (P12) (Grifo nosso).

“Houve pequenas, pequenos ajustes, mas a reforma dos projetos que foram cadastrados no Ministério da Saúde pela Rede Cegonha que seria o CPN e a reforma para a adequação da ambiência conforme a RDC nenhum dos dois foram contemplados até hoje” (P15) (Grifo nosso).

Em duas das unidades em que foi realizada alguma reforma, houve redução de leitos em função da necessidade de espaço para acomodação do acompanhante.

“...Foi uma adequação principalmente no centro obstétrico, para permitir a permanência do acompanhante, a gente precisou reduzir leitos (P15) (Grifo nosso).

“A gente reduziu leitos. Para implantar a Rede Cegonha a gente reduziu leitos. Isso realmente foi um ponto que teve uma interferência grande (P8) (Grifo nosso).

A estrutura física inadequada apresentou-se, entre os entrevistados, como o principal dificultador para implementação das ações da Rede Cegonha relativas ao parto e nascimento. A falta de espaço físico e de estrutura para as adequações necessárias à implementação das ações propostas é ainda agravada pela superlotação vivenciada nas unidades. Percebe-se que o atendimento às normativas da RDC 036/2008 relativas a projetos arquitetônicos das unidades incluirá, possivelmente, a redução de leitos, conforme já observado em duas maternidades da rede assistencial. Este aspecto necessita de uma atenção peculiar e de um planejamento de obra concomitante ou posterior à adequação dos indicadores de gestão de leitos aos parâmetros recomendados.

Quanto à disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado, os dados coletados mostraram que 6 maternidades (6/9) garantem acesso a Banco de Leite Humano. Destas, três possuem Banco de Leite Humano próprio na unidade, sendo duas, prestadoras de apoio a duas outras maternidades.

A assistência hemoterápica é disponibilizada em 4 unidades por meio de agência transfusional (4/9), 4 têm apoio de outra unidade, seja do Estado ou terceirizada (4/9), e para uma unidade não há esta exigência. Ressaltamos que as duas maternidades de atendimento

terciário estão incluídas no grupo com agência transfusional, embora em uma delas a implementação tenha sido recente, em 2016.

Evidenciamos que a implementação no município de Salvador de fluxos naturais de acesso do usuário a qualquer ponto do sistema durante sua trajetória na linha de cuidado materno–infantil necessita de pontos de atenção com capacidade instalada compatível com o planejamento e funcionante e, para isso, a efetividade de utilização dos leitos e regularização do quantitativo de recursos humanos são fatores decisivos. A disponibilidade de recursos, qualidade e acesso constituem fundamentos descritos por Mendes (2011) para a organização de uma RAS de forma efetiva e eficiente.

Neste aspecto, a rede assistencial materno-infantil no município em estudo aproxima-se, no âmbito do modelo assistencial, de acordo com o referencial proposto de Redes Integradas de Serviços de Saúde da OPAS (anexo I) das características de uma rede parcialmente integrada com elementos a consolidar e a aprofundar no processo de implementação. Há uma população definida com a atenção à saúde em processo de organização a partir dos distritos sanitários até as unidades de saúde vinculadas. A oferta de serviços, embora contemple um modelo com níveis de complexidade do cuidado estipulados, está prejudicada devido à necessidade otimizar a utilização dos leitos. A mudança do foco de atenção da enfermidade para o indivíduo, com os elementos da humanização que qualifiquem a atenção, enfrenta o desafio da superlotação. O cuidado, numa perspectiva ampliada, centrado na pessoa, na família e na comunidade, conforme proposto nas redes integradas, é uma meta a ser alcançada. O modelo de atenção proposto pela Rede Cegonha reforça o espaço da mulher no centro desse cuidado, como protagonista do cenário do parto e nascimento.

Do ponto de vista da organização e gestão, entretanto, a insuficiência de recursos humanos de acordo com a necessidade da rede é uma característica que a aproxima dos critérios de uma rede fragmentada. Numa rede integrada de serviços, os recursos humanos apresentam-se suficientes, competentes, comprometidos e valorizados. Outros atributos referentes a esta abordagem, como gestão de apoio, sistema de informação e desempenho e resultados demonstram transição entre uma rede fragmentada e aquela parcialmente integrada.

A integração dos serviços de saúde é um processo evolutivo, contínuo, que necessita ser monitorado e avaliado quanto aos avanços e dificuldades encontradas. Os desafios locais e suas causas são múltiplos e variam de uma realidade a outra. O referencial de integração apresentado pela OPAS presta-se como um auxílio aos gestores para identificar quais atributos necessitam de maior prioridade de intervenção (OPAS, 2010).

8.2 Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento

Em continuidade à análise da trajetória do usuário e do acesso à qualidade da atenção materno-infantil, considerando-se a garantia do direito à internação, quando necessário, apresentaremos e discutiremos os achados referentes ao modelo de atenção ao parto e nascimento nas unidades estudadas.

Outra ação proposta pela Rede Cegonha no componente parto e nascimento é a garantia do acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto e pós-parto imediato.

A presença do acompanhante colabora com o equilíbrio emocional da gestante no momento do parto e nascimento. Há evidências de alívio da dor, Índice de Apgar³³ aos 5 minutos maior que 7, diminuição da necessidade de analgesia e de cesariana, entre outros (SANTOS et al, 2011). A presença de alguém do convívio social, num momento de dor e de receios, contribui para o bem estar físico e mental da gestante com repercussão numa evolução mais tranquila do seu trabalho de parto (HODNET et. al , 2012).

Neste estudo, observamos a permissão da presença do acompanhante em todas as unidades. O acompanhante de livre escolha foi autorizado em 5 dos 9 casos (5/9). A justificativa das 04 unidades que restringiram o acesso ao acompanhante do sexo feminino, referiu-se à estrutura física da instituição não permitir a garantia de privacidade das pacientes. Destas maternidades, em duas havia a restrição do sexo masculino em espaços específicos, uma, no centro obstétrico e, outra, no alojamento conjunto.

*“Como não temos os leitos individualizados, as vezes ter a permanência do sexo masculino, do marido aqui, é muito complicado, **por não termos uma condição física-estrutural adequada, para absorver três ou quatro homens em um única enfermaria, então, às vezes, a mulher perde muito a privacidade, mas se a mulher relata que ela quer como acompanhante o companheiro, ele permanece!**” (P14) (Grifo nosso).*

*“**Acompanhante ela tem em todas as fases do internamento, agora de livre escolha nossa limitação depende do momento, como é que está o movimento dentro do centro (obstétrico) em relação ao sexo masculino. Mas em todo o resto da unidade o acompanhamento do sexo masculino é de transito livre**” (P8) (Grifo nosso).*

³³ A Escala ou Índice de Apgar é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909 – 1974) para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido ao nascimento. Consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro e no quinto minutos após o nascimento: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Cada um dos sinais é pontuado numa escala de 0 a 10 e o resultado compõe o Índice de Apgar. O recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar 0 a 2 (Manual Instruções Preenchimento DN 2011_jan_24).

A reação do pai quanto à restrição da sua presença no momento do parto foi identificada durante a observação:

“O pai, parece triste e fala que **queria muito ter assistido ao parto de seu filho, está carregando duas sacolas de bebê escrito “Príncipe” e fala que, em outras maternidades públicas, é permitido.** A sogra repete a fala da técnica de que a estrutura da maternidade não permite. Ele permanece aguardando a autorização para poder conhecer o filho e poder ficar como acompanhante no alojamento conjunto” (Diário de Campo) (Grifo nosso).

Embora exista, ainda, a restrição quanto ao acompanhante do sexo masculino em 45,5% das unidades estudadas, percebe-se um grande avanço de cumprimento desta lei após a Rede Cegonha. Registre-se que a lei é de 2005 e que, somente após as discussões do tema trazidas por esta estratégia, a partir de 2011, identificaram-se ações efetivas da governança e da gestão central e das unidades para a sua implementação. Em duas maternidades que participaram do PQM em 2009/2010, esta prática já havia sido iniciada antes da Rede Cegonha. Uma delas, por questões de limitação de estrutura física, está incluída entre as unidades com restrição da presença masculina em determinados espaços.

Entre os fatores facilitadores para a implementação da presença do acompanhante, a decisão da gestão seguida do atendimento à legislação foram os mais frequentemente citados.

*“A decisão da gestão e a decisão da gestão superior de que essa prática fosse implementada foram decisivas para isso, né? Porque um diretor de unidade que não apoiasse isso, uma gestão da Secretaria de Saúde que não apoiasse esse tipo de prática, ela não iria acontecer, porque as resistências seriam maiores do que o que iria favorecer. E diante da estrutura física, porque não se preparou a estrutura física para se fazer isso né? E isso aconteceu porque tinha que acontecer, **porque tinha que atender a lei e tinha que acontecer...**” (P13) (Grifo nosso).*

O convencimento e sensibilização da equipe se manifestou como terceiro facilitador no grupo estudado.

*“A gente não tem uma ambiência adequada. A gente tem uma situação eh...de, de conflito porque a gente não tem essa estruturação e a gente recebe essas reclamações das quais eu lhe falei, né? E isso gera uma série de conflitos entre as equipes, mas **que a gente foi, foi administrando**” (P8) (Grifo nosso).*

*“Eu tinha uma equipe de enfermagem voltada pra, né, **enfermeiras obstétricas voltadas pras boas práticas e elas foram fundamentais no convencimento da equipe de enfermagem.** Fizemos um trabalho, na*

*realidade fizemos um workshop, um treinamento com o pessoal de apoio de maqueiro, de porteiro, de vigilante e o administrativo que é o internamento(...) de início tivemos alguns conflitos, conflitos, né? Da equipe não conseguir, não conseguir transmitir de forma tranquila e se sentir ameaçada de ter aquele acompanhante ali. Mas isso foram coisas pontuais, bem pontuais e, né, **muita conversa, com muito jeitinho, com muito vai ser assim e tem que aceitar (risos) nós fomos, fomos, fomos e foi uma forma tranquila, né?**” (P4) (Grifo nosso).*

*“Fizemos, é... **incentivo a todos os profissionais, mostrando em palestras a necessidade e o quanto o acompanhante ajudaria no trato com a cliente, né? Então, foi bem aceito**” (P6) (Grifo nosso).*

A constituição do Colegiado Gestor e a presença do apoiador institucional na unidade foram também apontados como facilitadores, enquanto práticas que estimularam a discussão ampliada sobre o direito da gestante, benefícios para a qualificação da assistência e vantagens para o serviço. Emergem do campo evidências sobre a importância do monitoramento e apoio da gestão na implementação de novos processos de trabalho:

*“Entrevistadora: Houve fatores que facilitaram a implantação desta prática? Quais? Entrevistado: Sim....**Colegiado gestor, apoiadora institucional do Ministério da Saúde...** (P15) (Grifo nosso).”*

*“A **assistência do Ministério com os apoiadores tentando, né... fazer o meio de campo com as equipes, com a... toda a parte de gestão, foi o que ajudou isso, trazendo novas argumentações, novos olhares, né? De que era possível assim, de que era possível assado, e a gente foi aos pouquinhos contornando. Então isso foi se tornando mais familiar para que realmente isso se efetivasse, mas as resistências elas foram grandes**” (P8) (Grifo nosso).*

Entre os fatores dificultadores para a implementação da presença do acompanhante, os entrevistados citaram a resistência dos profissionais em ter uma pessoa a observar o serviço e a ambiência e estrutura física do setor inadequadas para acomodação acolhedora.

*“A **dificuldade principal, duas dificuldades grandes. A nossa infraestrutura que é... já não acolhe a equipe e as pacientes, imagine você ter um terceiro ator aí que é, que é o acompanhante. E a resistência da própria equipe, né. É... as equipes de saúde elas tentam, elas tentam, em determinado momento, ficar hermeticamente separadas da família, né? Até como uma questão de proteção profissional, é uma cultura**” (P5) (Grifo nosso).*

*“A **resistência, assim, porque é algo novo. Entendeu? A equipe se acostumou muito a só ter o familiar do paciente apenas no horário da visita ou então numa situação especial, que tinha um acompanhante menor de idade, no nosso caso só menor de idade. Então, assim, ter***

alguém ali o tempo todo olhando, tô precisando disso, tô precisando daquilo, no início, teve algumas resistências” (P3) (Grifo nosso).

Para adequação do espaço à presença do acompanhante, 2 unidades (2/9) relataram redução do número de leitos:

*“...E a gente **por conta do acompanhante e por conta de, de ter a cadeira do acompanhante, isso criou um problema sério para ter, ter necessidade de redução de leito.** Era uma política eh..nacional adotada pela Secretaria de Saúde do Estado e que a gente tinha que seguir, né? Então houve várias discussões e tal, e houve realmente a redução de leitos. Então esse foi um dos problemas. **Isso criou problemas dentro da própria estrutura da rede, né?**” (P8) (Grifo nosso).*

*“...Não foi exatamente uma reforma, foi uma adequação principalmente no centro obstétrico **para permitir a permanência do acompanhante e a gente precisou reduzir leitos**” (P15) (Grifo nosso).*

A decisão para redução do número de leitos, a fim de disponibilizar melhores condições de acolhimento à gestante e seu acompanhante, numa rede que enfrenta superlotação e com uma realidade de utilização de leitos que não atende à alta demanda é, no mínimo, conflituosa. A escolha entre qualificar o acesso, porém com redução de leitos, ou manter o acesso do ponto de vista quantitativo de possibilidades, sem conforto e privacidade a ambos, usuário (a) e acompanhante, precisa ser profundamente analisada, e discutidas soluções a médio prazo com a abertura concomitante de novos leitos que compensem o quantitativo reduzido por reforma para qualificação.

A análise da rede como um todo, o impacto, o momento oportuno e o planejamento de obras e ampliações com instrumentos e recursos garantidos na perspectiva futura de solução precisam ser considerados na tomada de decisão. É importante ressaltar que as adequações propostas pela Rede Cegonha, conforme RDC 036/2008, demandam maior disponibilidade de espaço para, no mínimo, atender à distância entre um leito e outro.

Ao se analisar, nesta perspectiva, a proposta da Rede Cegonha de fortalecer o processo de humanização nas unidades de saúde, a presença do acompanhante durante a internação do paciente é uma das ações primordiais. O processo de hospitalização, principalmente aquele de longo prazo, como ocorre com pacientes de UTI, é amenizado pela presença de familiar ou pessoa de escolha do convívio social (SPIR et al., 2011). No caso das gestantes, além de efeitos clínicos favoráveis relatados anteriormente, a presença do acompanhante vem ao encontro de um dos eixos da humanização: a articulação entre os avanços tecnológicos (seja

tecnologia leve ou dura) com o bom relacionamento entre a equipe de assistência, o paciente e a família.

O apoio emocional à gestante foi um item investigado durante as entrevistas. Todas as unidades de saúde relataram disponibilizar o apoio emocional, seja por meio do acompanhante, psicólogo em casos específicos, ou pela própria equipe de assistência. Três unidades (3/9) informaram a presença de doulas durante a internação da gestante.

Para esta prática, os principais facilitadores foram a presença do acompanhante e o apoio da gestão. Quanto aos fatores dificultadores, 04 unidades (4/9) informaram não ter dificuldade e três unidades (3/9) relataram pequena resistência da equipe assistencial à presença das doulas: *“Nós temos o **programa de doulas aqui. No apoio emocional pelo acompanhante e o programa de doulas. E depois com a chegada das enfermeiras obstétricas elas fazem muito esse apoio em trabalho de parto e parto**”* (P16) (Grifo nosso).

Ressaltamos relato de entrevistado sobre o apoio emocional disponibilizado pela própria equipe dentro do conceito da humanização. Referiu, ainda, neste contexto, o desafio da superlotação da unidade. Como fator facilitador, destacou a equipe de serviço completa e num perfil de trabalho multiprofissional:

*“Até porque no **contexto de sobrecarga** nem sempre você pode trabalhar com essas, esse tipo de situação. Mas, a partir do momento que a **gente traz o acompanhante pra perto dela**, você já trabalha essa parte do suporte emocional. Quando você **educa a paciente**, quando você **educa a equipe com referência, em referência às questões de humanização** tanto do ponto de vista do parto quanto do ponto de vista de aleitamento materno, você dá o suporte emocional. Quando você **fortalece o trabalho do serviço social e da psicologia** nesse contexto da maternidade, você fortalece, esse, esse trabalho é, emocional... então foram políticas que foram, é... tanto aconteceram com a chegada dos acompanhantes, aí se eu não me engano por volta de 2011... mas com **a chegada da equipe** você conseguiu mais uma vez trabalhar, abraçar situações que a gente não abraçava com a equipe mais restrita. Uma delas foi, foi essa questão da, do suporte emocional da gestante”* (P5) (Grifo nosso).

Quanto às práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, na perspectiva de mudança do modelo de atenção proposta pela Rede Cegonha, conforme definido na metodologia, analisamos a implementação das seguintes ações: liberdade de movimento durante o trabalho de parto, disponibilidade de líquidos por via oral durante o traba-

lho de parto e parto, utilização do partograma³⁴, métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto, contato pele a pele entre mãe e filho, amamentação na 1ª hora de vida. Além destas ações, foram observadas a implementação da assistência ao parto com episiotomia seletiva e o atendimento multidisciplinar com inserção do (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) no cenário do parto.

As 9 unidades de saúde observadas (9/9) instituíram a permissão de livre deambulação das gestantes durante o trabalho de parto. A falta de espaço adequado, resistência da equipe e da paciente, bem como receio de acidentes foram citados como dificultadores em ordem decrescente de frequência, porém não impeditivos da prática.

“Agora, assim, a gente não tem uma área propícia pra isso. Porque o pré-parto é muito, muito apertadinho. Tá no projeto de reforma pela Secretaria de Saúde aquela ambiência dali. Mas, é permitido porque, é isso quando eu digo a você, sempre os auxiliares são, de enfermagem são, é, orientados a caminhar, tem um corredorzinho” (P3)

*“A dificuldade foi sempre do novo. Que a gente sabia que a paciente andar talvez fosse o melhor mas, **diziam a gente, a gente enquanto obstetra que, ela devia ficar em decúbito lateral esquerdo.** Isso é uma coisa que diziam a gente o tempo inteiro, os mestres diziam. Então pra você levantar essa mulher sem medo que ocorra um problema maior no parto foi terrível, né? Porque a gente tinha ideia, ne...E se acontecer algum problema, é sempre esse. Vou dizer, **o problema dessas mudanças todas é que, assim, se acontecer o pior quem vai ser responsável? O médico, né?**” (P9).*

O estímulo pela equipe de fisioterapia e de enfermagem foi o fator facilitador mais citado, seguido em igualdade de frequência pelo envolvimento dos profissionais. Os resultados obtidos com a nova prática foram também referidos como facilitadores criando um ciclo autoalimentado de implementação.

“É estimulada porque a gente na maioria dos momentos de internamento dessas gestantes a gente tem fisioterapeutas aqui e a enfermeira obstétrica estimula... Só não temos uma área excelente, né, pra que essas pacientes façam essa deambulação, mas tem espaço dentro da salinha de PPP” (P11).

“Fatores que facilitaram foram os resultados no dia a dia, então foi vendo que era melhor, que a paciente ficava melhor, que o parto fluía mais, que o número de partos normais aumenta, que as dificuldades em relação aaaaa...ao tempo do trabalho de parto diminui. então, aí as pesso-

³⁴ Partograma é uma representação visual/gráfica de valores ou eventos relacionados com o trabalho de parto, como a dilatação cervical, descida da apresentação, frequência cardíaca fetal, duração do trabalho de parto, sinais vitais, uso de fármacos. A visualização gráfica evita anotações extensas desses dados.

as vão criando gosto pra coisa e achando que tá funcionando né, que a velha prática não era tão boa quanto essa, né” (P5).

A normativa vinda por meio da Rede Cegonha foi também citada como facilitador da implementação pelos entrevistados: *“Eu acho que o que facilitou foi a **obrigatoriedade**” (P17) (Grifo nosso).*

*“Foi a visão de alguns integrantes das equipes médicas. A visão que tinham da necessidade de tirar as mulheres da cama. Depois foi ver os bons resultados como facilitadores. E depois, **quando recebemos material da Rede Cegonha, a aceitação de todo mundo que era o melhor**” (P16) (Grifo nosso).*

Ressaltamos que a OMS publicou recomendações com base em evidências científicas, nas quais está incluído o estímulo à deambulação em 1996. Mais de 20 anos após, identificase a necessidade de uma estratégia ministerial para facilitar esta implementação. Associadamente, o relato de aprendizado diferente do que atualmente está preconizado sinaliza a importância de um trabalho concomitante com os departamentos de ensino dos cursos de graduação e pós-graduação das áreas de saúde para estímulo ao ensino e aprendizado das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Neste mesmo aspecto, percebemos a liberação da dieta durante o trabalho de parto e parto. Sua prática foi relatada em todas as unidades do estudo. O receio do profissional anestesista e, em menor frequência, obstetra, pela possibilidade de uma cesárea de urgência, foram os principais motivos referidos pelos entrevistados de dificuldades enfrentadas.

*“...Foi depois da rede cegonha, óbvio. Porque as coisas ficaram mais claras, digamos assim, mas... **dentro de uma política de atuação**. É aquela história que eu tô lhe dizendo, é claro que me diziam o seguinte: entrou em trabalho de parto pode exigir, pode culminar num parto cirúrgico. Parto cirúrgico com estômago cheio é mais arriscado porque pode aspirar e ter uma pneumonia aspirativa e complicar o parto. Isso é o que me diziam, todo mundo dizia isso. **Aí de repente, sem ter nada normatizado, sem ter nada escrito, eu vou mudar isso porque tão me dizendo? Não vou mudar, né? Mas, se alguém está se responsabilizando lá, tá escrito no papel que eu posso, posso. Entendeu? (...)** Eu sei que depois que você normatizou uma política, evidentemente que aí as pessoas se sentem mais à vontade (...) Dificuldade é de mudar, de mudar a rotina, de mudar procedimento, de mudar aquilo que já se faz a longo tempo e já se tem como verdade, não, é? (P9).*

*“**Resistência maior da prescrição de alguns obstetras e anestesistas.. Resistência maior da anesthesiologia que ainda tem até hoje. Só que eu tenho uma coordenação de anesthesiologia que é muito boa também e sabe como estar mediando esse conflito. É uma mediação de conflito**” (P3).*

Porém a conscientização das equipes por meio do conhecimento de práticas com base científica, associada à satisfação das gestantes contribuíram para a superação das resistências.

“E o grande facilitador foi a gente verificar que as pacientes, as clientes da gente estavam com índice de satisfação muito bom após essas modificações. E os acompanhantes tavam junto também satisfeitos com essa modificação. Isso foi o que incentivou as equipes a ir implementando as mudanças” (P6).

“Hoje é uma evidencia científica. Isso ta, graças a Deus, mudando. Quando você não alimenta a mulher que ta em trabalho de parto ela faz cetose e diminui a atividade uterina, diminui as contrações, e daí é obrigatório alimentar. Trabalho de parto, trabalho no significado da física né, significa gasto de energia. Trabalho é definido pela física como gasto de energia. Se uma mulher gasta energia, ela precisa repor energia. Qual a forma de repor energia? Comendo!” (P18).

A preconização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto foi referida por entrevistados de todas as unidades do estudo. Relatou-se a utilização irregular desta ferramenta por motivos que incluíram superlotação da unidade, falta de hábito deste tipo de registro pelos profissionais, falta de controle da aplicação deste instrumento. Houve a justificativa de que o monitoramento do trabalho de parto é realizado em todas as pacientes com registro habitualmente de forma manuscrita e que a modificação para o modelo do partograma, com gráfico, está sendo introduzida na unidade.

*“Apesar da gente ter um prontuário onde a gente coloca ele em todos, a alegação que os profissionais fazem é a **superlotação**, é o **corre corre**, é a paciente que chega parindo e que não dá tempo fazer, todas essas coisas”(P3).*

*“Inclusive porque eu sou do serviço de residência, é o que a gente divulga, é a política pra ser utilizada. Mas, muitas vezes, vem o **velho discurso de que “Ah! Não dá tempo!” “O movimento é grande!”**. Na verdade, são discursos, de certa forma, infundados, né? **É o discurso da prática**. Da utilização e do entendimento que é uma ferramenta que nós temos pra preservar o paciente e pra preservar também o médico” (P12) (Grifo nosso).*

A necessidade de estratégias para enfrentamento das resistências à mudança de cultura ficou evidente nos relatos:

*“E é uma **resistência natural é... da equipe**. A facilidade, é porque é simplesmente um papel, não é? Apesar de você **tentar mudar cultura**, tudo isso aqui é um papel, que você precisa muito mais mudar o processo*

*de trabalho. **Processo de trabalho é a forma de, da pessoa pensar o uso, a importância da, dessa ferramenta***” (P5) (Grifo nosso).

*“Aí as pessoas que têm o hábito de escrever as coisas, aí escreve e não coloca no partograma, aí o hábito é **mudar a cultura da escrita**, não é? Literalmente, né para...para a escrita gráfica, não é? Só isso, a determinação... e, segundo, registrar as coisas que fazem, não é? os acompanhamentos que fazem, isso é difícil?”* (P9) (Grifo nosso).

Os principais facilitadores para a inserção da prática foram o treinamento e capacitação dos profissionais, associados aos argumentos de qualificação da assistência com visualização gráfica do trabalho de parto na contribuição de tomada de decisão.

*“O que acontece é que a **implementação em si, dependeu de algumas, algumas estratégias**. Como por exemplo, **treinamento das equipes**, não é? A conversa com as equipes, **mostrar a necessidade** e em algum momento até colocar em, **neste caso, a lei** e dizer: “olha, o partograma faz parte da assistência. **Quem não o faz pode incorrer em grave erro assistencial se for investigado com relação à qualidade da sua assistência**”. Então, foi assim, basicamente, **mostrando ou convencendo** na qualificação que esta assistência tem, quando ela é feita ao lado do partograma, junto com o partograma”* (P9) (Grifo nosso).

*“Eu fui apresentada ao partograma em 98 quando eu fiz a residência. Então, os preceptores, eles têm essa preocupação de ensinar pro residente que bota na prática, que **estimula o meu obstetra a acompanhar e a verificar né... acompanhar todo desenvolvimento da paciente**. Então, por ser uma instituição de ensino, ela já... ela já tá implantada”* (P4) (Grifo nosso).

Das unidades estudadas, duas são certificadas como hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação e três outras têm atividade de ensino com estudantes de graduação e/ou pós-graduação. Apesar desta característica, percebemos, na observação e nos dados apresentados por unidades que monitoram esta prática, uma adesão baixa à sua implementação, em torno de 30%. Entretanto, os entrevistados declararam que o uso do partograma foi iniciado, reiniciado ou fortalecido, após 2011, por meio da Rede Cegonha.

Quanto à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, observamos uma adesão em todas as unidades do estudo (9/9). As opções à disposição das gestantes, referidas pelos entrevistados, variaram entre cavalinho, bola, massagem e outras. Apenas uma unidade (1/9) informou a disponibilidade de uma única opção, o banho morno. As dificuldades relatadas para a implementação desta prática, foram o déficit de recursos humanos, principalmente enfermeiras obstétricas e fisioterapeutas, a falta de espaço adequado para a sua realização e resistência inicial da equipe de assistência.

*“Uma resistência **inicial** achando que isso não era uma coisa desse mundo, era uma coisa meio que utópica, mas que foi vencida (R – MTB)” (Grifo nosso). “A dificuldade o que eu falei pra você é muito mais logística por que **a gente não tem espaço físico** pra poder adotar essa situação e **nem material humano**” (P17) (Grifo nosso).*

Em duas maternidades, foi explicitado, durante as entrevistas, o impacto do déficit de recursos humanos na continuidade de práticas implementadas:

*“Até esse trabalho da gente ultimamente está diminuído e **prejudicado pelo déficit de RH (recursos humanos)**. Porque eu tinha enfermeiras obstetras só lá. E elas preparavam um cenário bacana, botavam até música e tal. Isso a gente reduziu, nesse momento. Mas, já tivemos, a gente tem alguns vídeos dessa época, mas a gente ainda permite, **ainda consegue fazer em alguns plantões, a depender do movimento do hospital, também**” (P3) (Grifo nosso).*

*“(...) Mas a **partir do momento que eu não tenho esse RH**, né, essa, essa, **eu tive que fazer esse direcionamento**, realmente teve uma queda, nós tivemos um retrocesso, eu acho que nós tivemos um retrocesso” (P4) (Grifo nosso).*

Por outro lado, observamos nos relatos um empenho dos trabalhadores para superar essas dificuldades e garantir um atendimento mais qualificado e em consonância com as práticas recomendadas. Um dos relatos abaixo é de profissional de mesma unidade que vivenciou a redução do quantitativo de recursos humanos:

*“**Espaço físico, né? Recursos, nós que compramos, a equipe**. A equipe que se cotizou, juntou dinheiro e comprou a bola, né, o cavalinho, aí uma enfermeira fez pós-graduação e deu, o, o, ela apresentou um trabalho na realidade e ela deu os banners, né, explicando, mostrando as posições das massagens” (P4) (Grifo nosso).*

*“Dificuldade é sempre o quê? **O espaço, a estrutura porque a gente não tem grande espaço** pra caminhar com paciente, **mesmo assim, é feito pra tá com bolas em todos os lugares, com cavalinho...cavalinho a dificuldade é que não tinha equipamento suficiente um cavalinho pra todo mundo; agora, talvez, a gente tenha dois ou três pra seis, oito, sete pacientes... as dificuldades barram sempre na estrutura e...no recurso e e no treinamento, na **disponibilidade de recursos humanos**, apesar de que essas coisas quando você tem o **acompanhante facilita muito**, né, porque o próprio acompanhante passa a ser um fator colaborador na implementação dessas práticas” (P7) (Grifo nosso).***

O treinamento e a sensibilização da equipe, assim como a presença de enfermeiras obstétricas na equipe foram evidenciados como facilitadores para a implementação:

*“O que **facilitou** foi isso a equipe se disponibilizar, foi a forma de pactuar isso, foi... o que facilitou, a **determinação** mesmo de fazer os **treinamentos** que ocorreram, as **discussões**, não é, isso facilitou muito a implementação dessas práticas” (P7).*

*“...Com **algumas resistências**, porque tudo nos serviços, eu só posso falar do serviço público, que é a minha realidade, a **gente tem que sensibilizar a equipe** porque eles já convivem com sobrecarga e tudo eles acham que é uma coisa a mais. Mas, quando percebe que é algo que vem pra melhorar, e a gente sempre cita isso, aí a resistência diminui. Mas, **tudo começou aqui pra gente quando, com a Rede Cegonha** e com a nossa **visita ao Sofia Feldman**. Foi o que disparou. Então, a secretaria providenciou pra gente já o cavalinho, a gente providenciou a bola, uns pufes pra acomodar a paciente, fez divisória no pré-parto, e começou a **sensibilizar e capacitar a equipe**” (P3) (Grifo nosso).*

Além das capacitações, percebemos dos dados do campo que a forma participativa da equipe no processo de implementação e a presença do apoiador institucional como representante do Ministério da Saúde nos debates, compartilhando evidências e experiências de outros serviços, foram importantes diferenciadores para favorecer a implementação da prática:

*“As **facilidades foram as reuniões**. E, a **prova das evidências**, né? De que funciona, foi isso aí, documental. E aí, assim, alguns profissionais foram pra curso, né? E, o próprio Ministério da Saúde, quando foi implantado, fez um curso em Manaus, onde levou alguns, dois ou três profissionais para ir, uma enfermeira também, pra que elas fossem e se tornassem **multiplicadoras**, principalmente dessas evidências, né? E, a, ah... **manuals** também que o próprio Ministério trouxe, a **presença de uma pessoa do Ministério da Saúde, fazendo parte das reuniões** também, trazendo essas evidências, essas práticas, **experiências de outras maternidades**. Trazendo profissionais de outras casas de parto, né? Onde essas evidências, elas estão em uso há muito tempo pra provar a experiência, pra mostrar a experiência para o corpo clínico” (P12) (Grifo nosso).*

*“Essa **implantação foi realmente um trabalho de equipe** e a gente contou também com algumas enfermeiras obstétricas daqui que já conheciam todo esse método na implantação e a **visita duma equipe daqui ao Hospital Sofia Feldman**” (P3) (Grifo nosso).*

Em outra unidade do estudo, que não vivencia os desafios de deficiência de espaço e de recursos humanos e superlotação e que tem o processo de implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento mais avançado, as dificuldades são outras:

*“O que a gente tem pontuado na verdade é o contrário. É o oposto. A gente tem pontuado para a... os profissionais, que **esses métodos são para ser oferecidos à mulher, mas não para obrigar a mulher a fazer tudo**,*

*entendeu? Porque, assim, a gente já... já percebeu que alguns profissionais querem que a mulher use tudo, entendeu? Sim... então, o que eu estava falando, dos... dos métodos não farmacológicos, é, porque assim... alguns profissionais acham que a mulher tem que fazer o circuito completo, né? Tem que passar pela bola, pelo cavalinho, massagem e banho... e respira, e “não sei que lá”, e sobe, desce... não! **Tem mulher que não precisa de nada disso, que não quer nada disso.** Ela não gosta aqui de determinado método. A gente oferece os métodos se a mulher... se a gente perceber que a mulher precisa. A gente dispõe dos métodos. A gente tá fazendo o trabalho ao contrário na verdade. De... de... é, reprimir um pouquinho, para não fazer e não... não ser como uma obrigação, **pra fazer tudo aquilo quando necessário.** Mas a gente dispõe de tudo” (P19) (Grifo nosso).*

*“Eu estou com uma **dificuldade**, é com o parto na água. Eu tive **dificuldades estruturais com a nossa banheira**, ela não deu certo, **o aquecimento da água da nossa banheira, é uma luta, é um problema.** Tem cinco anos que a gente luta com esse aquecimento da água. E isso fez com que **as equipes que não sabem manejar um parto na água, não se apropriassem**, entendeu? Então, eu percebo que quem não sabe, não tem o hábito de manejar, tem medo(...) o “meu” parto na água é 1% (um por cento) e na verdade, Brasília espera 40% (quarenta por cento) dos partos na água, entendeu? Como um indicador de qualidade, então, isso para mim, tem sido ainda um entrave, **mas eu vou vencer esse entrave**” (P20) (Grifo nosso).*

Observamos que os desafios desta unidade estão em um outro nível de dificuldade. São ajustes no trabalho da equipe que demonstra conceitos de uma atenção qualificada ao parto e nascimento bem incorporados na prática, evidenciados, inclusive, com certo grau de ansiedade de tudo fazer para bem fazer.

Destaca-se que estrutura física adequada, quantitativo suficiente de recursos humanos e demanda de atendimento compatível com a capacidade instalada (nesta unidade não houve queixa de superlotação), presentes nesta unidade, podem ter favorecido o deslocamento das dificuldades da atenção para situações cotidianas de mais refinado ajuste.

Os problemas estruturais referidos para o parto na água são uma realidade isolada desta unidade, única a disponibilizar este tipo de atendimento na rede pública do município. Não os torna menos importantes para análise, uma vez que é referido o impacto no treinamento dos profissionais para esta capacitação. Identificamos, ainda, no relato, um comprometimento do profissional com a qualificação dos indicadores da atenção disponibilizada na unidade e na superação desses desafios.

A assistência ao trabalho de parto e parto no modelo PPP foi relatado em 6 das 9 unidades analisadas (6/9). Entre as dificuldades, foram citadas:

*“A principal dificuldade foi resistência mesmo, tá? **Resistência ao novo. Resistência a essas práticas. A essas ditas boas práticas que resistiram mesmo. Muita gente não queria fazer. Levou... isso foi um problema, né? E depois, no nosso caso específico, foi a questão de estrutura física, foi a resistência**” (P9) (Grifo nosso).*

*“Houve porque, **tudo que é novo, né...então se acha que vai dar mais trabalho, que as pessoas não vão aceitar, mas a aceitação foi muito boa...é...a cama que achavam que não ia saber lidar com a cama e a maneira como foi, eu já contei aí, que agente desceu as camas que tinham aqui, levamos lá pra baixo, tiramos as mesas e as camas, tiramos as mesas comuns do pré-parto e as mesas de parto...as camas comuns de pré-parto e as mesas de parto da sala de parto e deixamos de ter salas de pré-parto e salas de parto e **passamos a ter um centro obstétrico com camas PPP****” (P15) (Grifo nosso).*

*“Minha unidade é pequenininha (...) **Meu ambiente acaba agredindo as boas práticas. Ai eu começo a me questionar: “Será que realmente eu tô fazendo a humanização?” “Será que realmente eu tô fazendo as boas práticas?” “Será que realmente, boas práticas são só alimentar, permitir acompanhante?” “Ou é, acima de tudo, ter um ambiente pronto pra aquilo?”**” (P12) (Grifo nosso).*

Uma das unidades que não atende no modelo PPP, possui as camas específicas, mas funciona no perfil de pré-parto e deslocamento da paciente para sala de parto devido à estrutura física:

“No mesmo local, não. Ela é diferente. Ela faz o pré-parto num local, vai parir em outro, nas camas PPP's, mas pare em outro, e depois ela volta pra o seu local pra fazer o pós-parto ali e depois vai pra enfermaria. Não, não aplica” (P4).

Em outra unidade, ficou evidenciado durante a entrevista que a superlotação, com as salas de parto ocupadas, obrigou a realização do parto nas camas PPP, disponibilizadas num ambiente sem as conformidades exigidas de espaço e privacidade adequados à paciente e ao recém-nato, devido à limitação de estrutura física.

“É até interessante como algumas coisas chegam enviesadas. A partir do momento em que a gente começou a trabalhar com a maternidade superlotada, nem sempre a gente tinha uma maca na sala liberada pra fazer parto. E as pessoas acabavam fazendo partos nas camas PPP. Porque aquela, aquele translado não poderia ser feito. É... então teve essa, essa vertente do que se podia fazer naquele momento. Associado ai, e foi bom, né, que o que se pode, o que podia fazer naquele momento nem sempre era adequado. Então na dificuldade a gente teve uma boa oportunidade” (P5).

Foram referidas evidências científicas como favorecedoras de implementação do modelo, bem como a comodidade para a equipe, paciente e acompanhante de assistência no mesmo local:

“A própria política foi um fator, né, a política escrita baseada em evidências, você podendo provar que aquilo não é nada tirado da cartola, que é uma coisa que tem trabalhos evidenciando, vai mudando, né...a cultura das pessoas” (P7) (Grifo nosso).

“A facilidade de implantação foi assim com o tempo, foi o maior quantitativo de pessoal, é, e realmente a disponibilidade de se estar treinando, de se estar falando, de se estar comunicando a situação” (P9) (Grifo nosso).

“Você não precisava ficar deslocando a paciente de um leito de trabalho de parto para uma sala de parto, o quer dizer já facilitava tudo e até a paciente facilitava também porque o acompanhante já tava ali junto da paciente, não precisava deslocar, trocar de roupa, o que implicaria em um custo operacional maior porque você ia ter que disponibilizar roupas pra esses acompanhantes pra irem para o centro obstétrico ou centro cirúrgico, então isso facilitou muito, melhorou” (P17) (Grifo nosso).

O estímulo à posição não supina da gestante durante o trabalho de parto e parto foi observado em 8 das unidades analisadas (8/9). Uma instituição não oferecia (1/9) e, em uma unidade (1/9), esta opção era possível, porém não era rotina. O motivo para não utilização foi a inexistência de camas que permitissem esta variação posicional para o parto. A unidade que por vezes oferecia esta possibilidade, não o fazia de rotina por causa da superlotação. Os principais motivos que dificultaram a implementação relatados foram a falta de condição e de infraestrutura para o trabalho humanizado, déficit de pessoal e resistência dos profissionais.

“A equipe nesse hospital, trabalha com sobrecarga. E você sabe que a sobrecarga faz passar por cima de algumas situações. Quando ela vê que estão só aqueles dois profissionais que estão ali, tem parindo uma aqui, uma aqui, outra aqui, que a emergência tem mais pacientes em trabalho de parto, já tira da gente essa condição de trabalho, de um trabalho humanizado. O trabalho não tá sendo humanizado, totalmente, poderia ser melhor, pra nenhum dos dois. Nem pro profissional, porque, superlotação, você sabe o estresse que causa. As vezes, o corre corre do centro obstétrico tá cheio de macas. Todas as salas estão ocupadas e os profissionais rodando pra dar atendimento, porque o cálculo não é feito para sobrecarga. E ainda, a gente tem déficit de pessoal, que é uma realidade do serviço. Então, complica tudo. Eu não posso dizer assim ‘Ah! É porque os profissionais não querem’. As vezes é porque não tem condição” (P3) (Grifo nosso).

“O espaço físico é sempre uma dificuldade aqui pra mim, né? Então, é... muitas vezes é um fator que vai limitar um pouco pelo espaço físico e por não ter feito a reforma total” (P4) (Grifo nosso).

“A mesma coisa com relação a deambulação. Era o receio de acidentes, de não estar perto, da deficiência, do déficit de técnicos e de enfermeiras pra ficar observando mas, aos poucos, elas foram absorvendo isso” (P6) (Grifo nosso).

Há nos relatos acima um grande desafio para a implementação de, ao menos, dois eixos da humanização: a capacidade de oferecer atendimento de qualidade associado ao bom relacionamento, bem como condições adequadas de trabalho do cuidador. Identificamos, nestes relatos, a qualidade do atendimento com sérios riscos de comprometimento, associada a uma equipe assistencial sobrecarregada, física e emocionalmente, de serviço, com vulnerabilidades à má prática técnica e de relacionamento com pacientes, acompanhantes e demais integrantes da equipe.

A resistência da equipe assistencial em função de um aprendizado diferente no período de sua formação acadêmica destaca a importância de um trabalho junto ao corpo docente e preceptoria dos hospitais para a implementação das boas práticas e formação de multiplicadores a curto, médio e longo prazos. A discussão em grupo quanto aos benefícios e bons resultados em outros serviços são fatores de convencimento dos profissionais e avanços quanto às mudanças. Os relatos seguintes trazem estas evidências:

“Equipe também. Cultura mais uma vez. O que eu aprendi na residência não é o que eu tô tentando fazer aqui. Então, na residência, sistematicamente, até pela estrutura dos hospitais, todo mundo pare em litotomia. É uma posição extremamente confortável para o obstetra. Cirurgião adora fazer parto em litotomia (risos). E você tolerar que a paciente pode, possa parir de cócoras, que eventualmente você fica agachado no chão, ou agachado num banquinho, que você não, não perca o controle do nascimento do bebê (risos), que esse bebê pode sei lá, cair... então isso, isso é cultural, só. Também, através de evidências, através de outros profissionais que vieram de outros locais para mostrar suas experiências e das reuniões da Rede Cegonha. E de outros profissionais que começaram também a praticar em outros locais e são plantonistas daqui e começaram a adotar” (P12) (Grifo nosso).

Como facilitadores do processo, foram citados o conhecimento e as evidências científicas, assim como os resultados benéficos iniciais de condução do trabalho de parto e parto, a aquisição de camas no modelo PPP, sensibilização e treinamento das equipes:

*“Eu acho que **quando chegaram as camas, quando chegou a equipe**, realmente você sai de uma resistência pra, tipo, ‘vou tentar...agora tem gente que pode me dar uma, uma ajuda aqui’” (P5).*

*“Eu acho que dificuldade existe ainda, né? Porque são anos fazendo a mesma posição, né? Então você aceitar... primeiro você tem que ver, né? A posição verticalizada ela facilita tudo isso, é... **as reuniões, os encontros, tudo isso está facilitando e os próprios resultados que a maternidade tem obtido** até daqueles profissionais mais resistentes, eles vêem a evolução do parto, da assistência ao parto em outras posições que não é a posição tradicional, né? eles têm visto que é um diferencial” (P12) (Grifo nosso).*

Emergiu também dos dados a importância do empenho da gestão para a implementação das mudanças propostas. Em uma delas, houve a contratação de coordenador para apoio específico. Nesta unidade, o envolvimento da equipe, conforme relato, tem superado muitos dos desafios de estrutura física e de recursos humanos: *“O **empenho da equipe, a diretoria que acreditou no projeto, a coordenação que foi contratada pra tocar esse projeto, né, e acreditar nisso**” (P4) (Grifo nosso).*

O contato pele a pele foi relatado como inserido na prática de atenção ao parto e nascimento em todas as unidades do estudo. A sensibilização e conscientização da equipe de assistência e a capacitação profissional foram os dois facilitadores mais relatados, seguidos pelo monitoramento da prática e boa aceitação da equipe de neonatologistas.

*“... o **monitoramento, a discussão, né, mostrar o benefício, a mudança, multidisciplinaridade**, porque ai é como eu lhe disse, né, a pratica da assistência ao parto feita pela enfermagem incorporando certas ...certas coisas protocolares das boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha e aí você vai permeando, né, os profissionais entre si e, ai, a gente vai conseguindo melhorar isso” (P9) (Grifo nosso).*

*“...A **quebra de paradigmas, a quebra de costume das pessoas acostumadas e foram quebradas pelo conhecimento. E depois pela vigilância**. Contamos com isso, com a **boa vontade da coordenação da, da neonatologia que treinou seus, seus profissionais e quem nos deu mais trabalho foi a enfermagem**. Até hoje continua nos dando dificuldades, a enfermagem. **E não raro, nós encontramos bebês feito charuto dentro de incubadora quando poderiam estar no contato pele a pele com a mãe**. E nós, neste momento, nós temos em torno de 70% de recém-nascidos que vão para o contato pele a pele” (P16) (Grifo nosso).*

Os dificultadores citados com maior frequência foram a sobrecarga de trabalho devido à superlotação, resistência da enfermagem e do pediatra em função da prestação dos cuidados imediatos ao recém-nato:

“Porque você não tem como acomodar o paciente, então assim, é uma coisa que realmente é o complicador pra todas as boas práticas. Você não pode dizer que o atendimento está humanizado quando o paciente tá na maca ou na poltrona. Entendeu?” (P3).

*“Dificuldade, porque assim...ai mais com o neonatologista, né, porque aquela velha ideia de pegar o bebê, de que **prestar os cuidados imediatos a qualquer bebê** que nasce e tal... depois deixar ele ali por uma hora, tem que fazer **o contato pele a pele** por uma hora e tal... houve uma dificuldade maior, mas hoje, não, hoje já é prática corriqueira, quem não faz, reclama, né? quem não faz, já é olhado de lado porque **já é uma prática como beber água, né?**” (P9)*

*“Tudo você vai dizer que é a **superlotação**” mas é. **Quando você tem vários partos e poucos profissionais**, então, você vê que é um complicador, a falta do, do profissional. Que aqueles que estão, se preocupam muito em dar assistência pra não acontecer nenhum sinistro, e algumas coisas que podem passar, agora assim, os técnicos do centro obstétrico, os enfermeiros, todos são muito sensíveis a isso. **O contato pele a pele e a equipe**” (P3)*

A amamentação na 1ª hora após o parto foi relatada como prática instituída em todas as unidades do estudo. Os desafios para implementação foram semelhantes àqueles do contato pele a pele. O principal dificultador referido foi a superlotação da unidade.

*“Dificuldades quando você trabalha com uma **equipe sobrecarregada**, você quer produzir. Então, você quer que a paciente tenha o parto, você tira logo do quarto, da sala para botar outra pra parir. E, e trabalhar nesse ambiente é extremamente confuso pra você fazer, por exemplo, política de contato pele a pele, contato imediato, amamentação logo na primeira hora” (P5).*

Apesar da sobrecarga de serviço, este entrevistado refere que a padronização do processo num trabalho multidisciplinar foi um facilitador importante na sua unidade:

*“... Você **diversificou a equipe, foi só você padronizar**. E aí hoje, é... o bebê nasce, já existe a preocupação da enfermeira, inclusive do neonatologista, de fazer um contato mais próximo do bebê, evitar levar logo ali, logo pro berço, fazer aquele primeiro cuidado com, no seio materno...” (P5) (Grifo nosso).*

A realização de cursos e treinamento dos profissionais foi o fator facilitador mais frequentemente apontado pelos entrevistados.

*“A secretaria de saúde promoveu, esqueci de falar isso, **muitos treinamentos** que a gente mandava **a equipe multi, técnico de enfermagem, enfermei-***

ro, nutrição, a equipe toda, a gente começou a treinar para isso. Todos mesmo. Até o pessoal que fazia algum trabalho administrativo que precisava ir na enfermaria, aconselhar da importância do aleitamento em aulas, em aulas mesmo. Botando na sala e falando. E, assim, não foi um, um trabalho muito difícil, não. A grande dificuldade nossa é a falta de condição de trabalho e a gente está trabalhando em condições precárias por conta dessa superlotação” (P3) (Grifo nosso).

Sobrevem, entretanto, dos dados de campo, num relato de entrevistado de outra unidade, a necessidade de que o processo de amamentação ocorra de forma natural, espontânea e prazerosa, sem a pressão de cumprimento de protocolo:

“A gente só fez ir aperfeiçoando e melhorando. Hoje a gente não tem... a gente tem uma coisa de... incentivar o contato e a... a... a tentativa de amamentação, sem fazer um... uma obrigação. A gente ficava assim, numa tensão com o bebê. Em cima, forçando, forçando que o bebê mamasse. Hoje, já é uma coisa mais tranquila, mais fluida, né? Não é mais tão tensa como era no início. Então, essa prática foi melhorando também ao longo dos anos. A resistência era mais as pessoas... queriam é... que a coisa acontecesse do jeito que está descrito nos livros, nos manuais. Então, a gente foi é... transformando isso numa forma mais leve” (P19).

Percebemos, nesta unidade quando comparada com outras maternidades, desafio diverso em relação a esta prática. Ressalte-se que a equipe está num quantitativo compatível com a demanda de gestantes.

A realização de episiotomia seletiva em substituição àquela praticada de rotina na assistência ao parto e nascimento foi referida como prática preconizada nas unidades por 100% dos entrevistados. O principal dificultador foi a resistência dos profissionais por receio de complicações do períneo, como lacerações de 2º e 3º graus, e a resistência à mudança de cultura.

“...Foi uma luta no início porque as pessoas não achavam que era a melhor prática não fazer episio. Como, se eu fiz a minha vida inteira, se meus professores me ensinaram a fazer...e diziam que quanto menor a cabeça do bebê, né, maior deve ser a episio, para evitar traumatismo no momento da passagem do encéfalo, não sei o quê. Então, tudo isso...causa dificuldade, mas o tempo vai passando e as coisas vão melhorando” (P7) (Grifo nosso).

“Dificuldade é só realmente mudar a cultura. Mudar a cultura. Eu mesmo me lembro na residência médica que eu lia na literatura “poxa, cara, é... todo mundo tá falando que não se faz episio e aqui no hospital todo mundo faz episio, estranho na minha cabeça o livro falar uma coisa e todo mundo fazer outra. Eu vou testar isso”. E comecei a fazer episios cada vez menores (risos) (...). Mas assim, observe como o processo de convencimento, de mudança de cultura, de você acreditar no que tá, no que a literatura produz,

né. Então, é basicamente a dificuldade de convencer as pessoas de que aquilo ali é o melhor caminho. É treiná-las, é capacitá-las, é tirar o medo delas. E se a universidade não fizer isso, é difícil outro lugar fazer” (P5). (Grifo nosso).

No relato acima, mais uma vez, entrevistado ressalta a importância do espaço acadêmico para a implementação das mudanças no modelo de atenção ao parto, para o convencimento dos profissionais e, por meio do conhecimento e experiência de professores e preceptores, para superação das resistências. As evidências científicas, respaldando a modificação da prática, seguidas pela capacitação e sensibilização dos profissionais para os benefícios esperados, foram citados como facilitadores do processo:

*“Nós conseguimos enviar para o Sofia pelo menos um profissional de cada equipe. E, esse profissional se tornou multiplicador. E, nós identificamos profissionais que eram líderes na equipe, então isso que foi o marco, né? **Um líder que veio e multiplicou para o os outros e mostrou o quanto isso seria positivo” (P6) (Grifo nosso).***

*“Houve dificuldades porque alguns profissionais vinham da prática de todo parto ter episiotomia e aí com a deambulação, com a qualificação de profissionais, **todos nossos profissionais foram qualificados pelo ALSO.** Então isso já trouxe para a gente um avanço muito maior da retirada da episiotomia, exceto em casos em que de fato necessite. Então, a gente já não vê como rotina pré-estabelecida, não!” (P14) (Grifo nosso).*

Emergiu dos dados, análise crítica de entrevistado quanto ao extremismo de não fazer episiotomia. Observa a importância do uso do procedimento de forma seletiva, a fim de minimizar o risco de lacerações maiores com possíveis complicações, não devendo ser interpretado como uma má prática obstétrica, quando utilizado nos casos indicados:

“A episiotomia foi discutida, é apresentada dentro do protocolo de boas práticas como uma prática que não deve ser rotineira e, sim, que deve ser feita de uma forma seletiva, foi trabalhado isso no auditório com todas as equipes, todos os profissionais” (P12).

*“De rotina, não. Mas se faz episiotomia pra aqueles casos em que há indicação... e isso daí é uma boa prática da assistência obstétrica, a gente, essa volta agora a um passado remoto em que não se fazia episiotomia é uma coisa que eu, como médico, sou obstetra, pessoalmente, **faço observações e, até crítico, porque acho que a medicina evoluiu e a episiotomia foi uma evolução da medicina, da assistência obstétrica, do mesmo jeito que a cesariana foi uma evolução.** Então, essa história de não fazer episiotomia, eu faço críticas, porque a gente tem observado aí muitos casos em que você tem **múltiplas lacerações de trajeto que são piores do que fazer a episiotomia, agora, não é necessário fazer episiotomia em toda paciente que vai parir” (P17) (Grifo nosso).***

Em relação à analgesia de parto, das 9 unidades analisadas, 3 unidades (33,3%) realizam o procedimento em situações excepcionais e, destas, apenas uma realiza com maior frequência, conforme referido no diário de observação da unidade. A maior dificuldade relatada para a instituição da prática foi o número insuficiente de anestesistas na equipe e, inversamente, o maior facilitador foi a disponibilidade deste profissional para o procedimento. Em uma unidade, por se tratar de Centro de Parto Normal, a composição da equipe não compreende o anestesista.

A presença do (a) enfermeiro(a) obstétrico(a) na composição da equipe de atendimento foi observada na totalidade das unidades. Porém, efetivamente assistindo ao parto de risco habitual, foi relatada em 7 das 9 unidades estudadas (7/9). Em uma unidade, este profissional atendia exclusivamente no ACCR e, em outra, o profissional atendia prioritariamente no ACCR, podendo realizar o parto de risco habitual, se a demanda de pacientes e composição regular da equipe o permitissem. A maior dificuldade para a inserção deste profissional no cenário de parto foi a resistência da equipe médica por falta de confiança e receio de responsabilização por algum desfecho desfavorável do parto, bem como a concorrência de espaço profissional.

“Teve uma queda grande (na prática do parto assistido por enfermeiro) por conta de eu ter que remanejar esse enfermeiro obstétrico para o ACCR. Entendeu? Então, quando eu tenho folga na escala, eu tenho equipe, mas eu precisaria de mais” (P4).

“Eu acho que um trabalho teria sido necessário, um trabalho maior, né? Talvez da própria gestão com o intuito de mostrar que o trabalho é coletivo, né? Ninguém está invadindo o campo de trabalho de ninguém e, sim, somando, né? E definir o papel de cada ator dentro da dinâmica do parto, da assistência ao parto, que seria o ideal. Eu acho que, talvez, foi a forma de apresentação, né? Do enfermeiro obstétrico pra o médico como um todo. Acho que a implantação foi o grande problema” (P12) (Grifo nosso).

“Qual foi a resistência? A resistência foi você não explicar direito isto, não explicar direito esta área e até hoje existe aonde começa, né, a assistência do médico e aonde termina a assistência da enfermeira (...) Como ninguém fica bem quando não se tem êxito na coisa, seja o que for, não é? Médico, também, então, ele não quer saber de tá assumindo complicações que ocorreram na mão dos outros, de outros profissionais... esse que é o grande problema que tem aí, não é? Então, é a boa conversa e o bom treinamento, quando você tem uma equipe, digamos, de enfermeiras obstetras, que realmente tem um bom limite da sua atuação, todo mundo ama, adora, não é? O problema é que há profissionais e profissionais e quando isso transita no campo da complicação é complicado...é complicado porque cada um tem o seu...o seu...a sua responsabilidade, eu sei, mas até que ponto essa responsabilidade vai implicar numa complicação e até morte de uma pessoa é outra história, não é” (P7) (Grifo nosso).

Como facilitadores foram citados a postura segura do enfermeiro obstétrico a despertar confiança e respeito da equipe, a capacitação e atualização dos enfermeiros obstétricos e o entendimento da importância e benefícios de um trabalho multidisciplinar.

*“Na verdade, acho que foi o grande, o grande ponto que nós quebramos os paradigmas foi a enfermeira obstétrica fazer o parto, né? Mas, as equipes, inicialmente, nós pedimos para que as equipes acompanhassem, que criassem um vínculo, que **criassem exatamente uma confiança da equipe com a enfermeira** que estava no dia, né? Foi, se conseguiu colocar uma enfermeira fixa durante um período, então, em três ou quatro dias (da semana), nós tínhamos enfermeiras que ficavam só com aquelas equipes” (P6) (Grifo nosso).*

*“Alguns que eram, é, **enfermeiros obstétricos, eles pediram atualização**, que a gente conseguiu através da SESAB em três etapas, com a parte prática no Sofia Feldman, que treinou alguns preceptores, que treinou a equipe daqui.” (P3) (Grifo nosso).*

*“Mas, aqui, graças a Deus, como o **corpo de enfermagem obstétrica é bem treinado**, é um corpo bem experiente na situação, eu acho que há um certo...**havia uma certa desconfiança no início, que hoje não existe mais**, porque como já se conhece, (...) Ele sabe bem aonde...aonde, até aonde ele pode se colocar” (P7) (Grifo nosso).*

A implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal foi referida em 6 dos 9 serviços de saúde analisados (6/9), sendo que em um deles, somente no atendimento neonatal. O déficit de profissionais nas equipes foi o maior dificultador relatado. Entre as facilidades, foram citadas a construção do protocolo de boas práticas da unidade e a boa vontade e engajamento dos profissionais com adequação da distribuição de sua carga horária de trabalho.

Os resultados individualmente apresentados, referentes à rede assistencial, ao modelo de atenção ao parto e à implementação das boas práticas, refletem desafios que remetem àqueles relacionados às mudanças propostas por uma política pública. No caso em estudo, por uma estratégia, a Rede Cegonha, para a qualificação da atenção materno-infantil a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM integrada a ações voltadas à saúde da criança até os dois anos de idade.

A determinação da agenda que priorizou, por meio dos resultados identificados no PQM, as mudanças no cenário do parto e nascimento em âmbito nacional, definiu com bastante clareza os problemas em questão: altas taxas de mortalidade materna e neonatal, excesso de medicalização, altas taxas de cesárea, a mulher à margem deste processo como um ator

secundário, estrutura física precária das maternidades, necessidade de humanização das condições da atenção perinatal e fragmentação da rede de atenção.

A formulação da Rede Cegonha e legitimação da proposta considerou esta realidade e buscou definir ações específicas que viessem ao encontro dos resultados esperados. Entre as intenções e ações, há que se considerar o contexto político, social, econômico e individual das instâncias e atores envolvidos no processo de implementação (PINTO, 2004). Embora durante a formulação da estratégia houvesse o diagnóstico da estrutura desarticulada e precária da rede de assistência, inclusive com a inserção da organização da rede como um de seus objetivos, percebemos que uma das dificuldades para a implementação da Rede Cegonha no município em estudo foi “encaixar” o modelo proposto na realidade local. Os problemas estruturantes da SESAB aqui apresentados restringiram, inclusive, a captação de recurso previsto para reformas e ampliações.

As intenções e ações previstas travaram, assim, um “embate” amistoso para concretizar a implementação das mudanças. A cultura de uma rede hierarquizada com unidades autônomas e com atitudes independentes umas das outras, num processo precário de comunicação e interação entre elas, foi enfrentada por espaços de discussão propostos pela Rede Cegonha a nível da governança, da gestão e do controle social.

Neste contexto, os agentes executores têm um papel primordial para efetivar os novos processos. Cabe ressaltar o diálogo mantido entre os formuladores da Rede Cegonha e os implementadores, por meio de um instrumento que favoreceu a comunicação, compreensão e adesão às mudanças: o apoiador institucional. Este agente foi estratégico e pôde combinar, durante a fase de implementação, um perfil *bottom-up* com outros de enfoque *top-down*, num entendimento de que a estratégia em estudo se aplicava sobre políticas anteriores em estruturas organizacionais consolidadas e complexas, a exigir uma negociação constante com o implementador final (BAPTISTA; REZENDE, 2011) (MARQUES, 2013).

Os hiatos (*gaps*) da implementação podem estar relacionados ao momento de transição para a efetivação das mudanças, ainda não claramente identificadas, e podem ser secundários a vários fatores: falta de adequação, suficiência e disponibilidade de tempo e recursos; dependências externas; comunicação ineficiente; objetivos e tarefas mal definidos; dificuldade relacionais entre os implementadores e pouca capacidade de adaptação e ajustes a imprevistos (CARVALHO, BARBOSA; SOARES, 2010).

No momento de implementação de uma política, percebem-se disputas entre os atores, sendo necessária uma intensa negociação (VIANA E BAPTISTA, 2008). As mudanças propostas no cenário do parto, nas unidades do estudo, embora baseadas em evidências científicas

cas e recomendadas pela OMS desde 1996, foram favorecidas pelo processo de escuta e debates com os implementadores, com adequações paulatinas apoiadas por capacitação e ferramentas de sensibilização das equipes assistenciais. A aproximação das instâncias ministeriais às sociedades representativas e aos espaços acadêmicos tem-se mostrado com um importante fator facilitador para superar resistências e favorecer a compreensão de novos conceitos.

Há, entretanto, numa dimensão político-institucional e operacional, questões relativas à máquina administrativa que sobrepujam o interesse e decisão dos implementadores da política. Problemas estruturais do aparato administrativo público, déficit de pessoal, carência de recursos financeiros foram alguns dos desafios identificados no cenário do estudo. Neste aspecto, conforme conceitos de Testa (2007), identificamos o poder administrativo limitado, o poder técnico, relativo ao conhecimento, sujeito a mecanismos de disputa que envolvem resistências a mudanças e conflito entre áreas da saúde por espaços no cenário do parto, e o poder político influenciado por atores com maior ou menor capacidade de compreensão das mudanças e mais, ou menos, disponível à reflexão e empenho para modificar sua consciência e suas verdades.

A mudança de práticas que interfiram no comportamento individual dos sujeitos, na sua forma de pensar e de agir, impacta ou está condicionada à cultura local do coletivo, técnica e institucional (TESTA, 2007). O campo de forças deste espaço social pode ser equilibrado por estratégias de discussão das mudanças propostas, numa atitude de co-participação e envolvimento dos implementadores. Os Colegiados Gestores instituídos, enquanto espaço de gestão, bem como o Fórum Perinatal da RMS, como controle social, buscaram favorecer as relações entre os atores intra e extra-institucionais, a fim de minimizar conflitos.

Identificamos a Rede Cegonha como uma estratégia programática com objetivos determinados, condução normativa e recursos específicos. Não apresenta prazos e limites para implementação. Coloca-se como estratégia passível de revisão e de mudanças que se identifiquem necessárias.

8.3 A Rede Cegonha e as taxas de cesárea

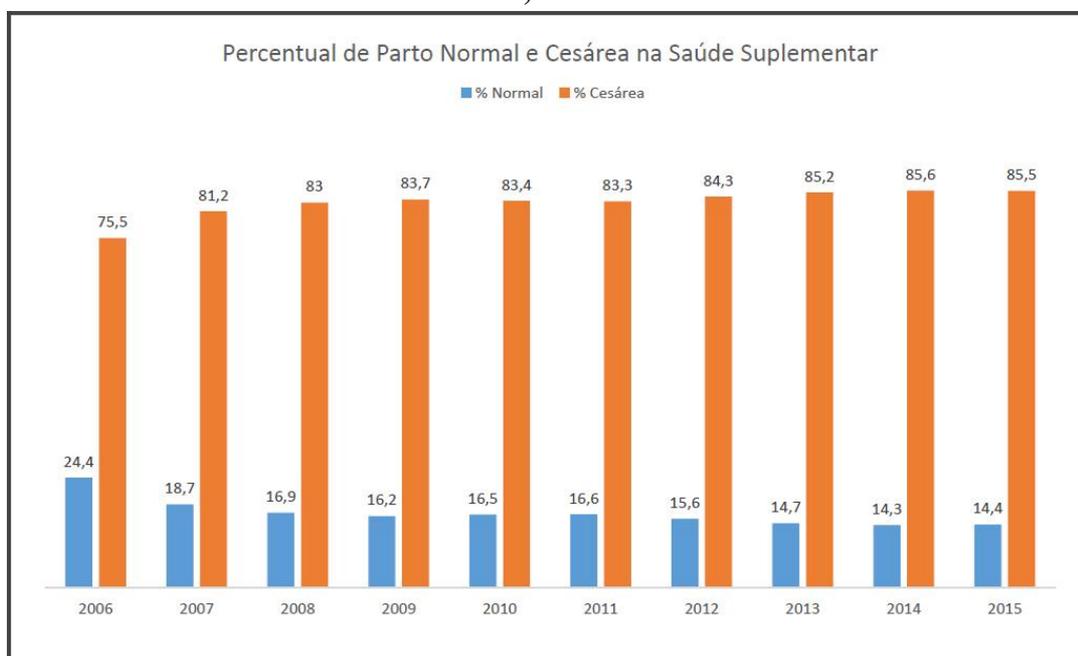
As ações da Rede Cegonha, enquanto modelo assistencial adotado pelo Ministério da Saúde, visam, ainda, qualificar a atenção perinatal com estímulo ao parto normal e redução das altas taxas de cesárea no país. O modelo de assistência obstétrica adotado tem relevante importância no perfil de utilização de tecnologia médica e na realização de parto cesáreo. Fatores como a forma de remuneração de profissionais de saúde, financiamento do sistema,

constituição da equipe assistencial, realização de uma medicina defensiva por receio de processos judiciais, limitações na formação profissional e receios de complicações do parto vaginal, cultura local e desejo materno são destacados por vários autores como impactantes na decisão da via de parto (PATAH, 2011).

O parto cesáreo é cada vez mais frequente em todos os países do mundo. As taxas referenciais propostas pela OMS em 1985, de 10 a 15%, para muitos autores, não devem ser consideradas uma normativa. Eram razoáveis e estavam baseadas no conhecimento médico à época, sendo necessário, no momento atual, considerar a realidade local e nível socioeconômico dos diversos países (PATAH, 2011).

Os elevados percentuais de cesáreas colocam o Brasil como líder mundial de partos operatórios, com valores muito próximos a países como a Turquia (50,4%), México (45,2%) e Chile (44,7%). Entre 80 e 90% dos nascimentos do setor suplementar no país ocorrem por um procedimento cirúrgico, conforme evidenciado no Gráfico 1. No sistema público, a taxa de cesárea atinge o valor de 40% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Gráfico 1 - Percentual de Parto Normal e Cesárea na Saúde Suplementar no Brasil, 2006- 2015.



Fonte: ANS, 2015.

Com o objetivo de favorecer a comparação de dados maternos e perinatais de um mesmo hospital e entre diferentes unidades de atendimento quanto aos desfechos relacionados ao parto e nascimento, a OMS propôs aos hospitais, em 2014, a adoção da Classificação de

Robson³⁵ (anexo VIII) para todas as gestantes internadas. Busca-se a possibilidade de comparações padronizadas que facilitem a identificação e análise de intervenções por grupos específicos de gestantes, a avaliação da efetividade de estratégias para otimizar o uso de cesáreas, bem como da qualidade do cuidado e os desfechos por grupo.

Esta realidade alertou gestores, profissionais de saúde e sociedade para medidas urgentes (SILVA et. al, 2016). Com este propósito, o Ministério da Saúde lançou, em 2015, manual intitulado Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, bem como Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal. Dentro das diretrizes da Rede Cegonha, correspondem a esforços do governo federal para orientar gestores, profissionais de saúde e mulheres do sistema público e privado de saúde do país quanto às melhores evidências científicas que norteiam a qualificação da atenção ao parto e nascimento. Busca-se, por meio da informação, apropriar de conhecimento as mulheres e promover mudanças que contribuam para um melhor desfecho materno-infantil e redução das taxas de morbimortalidade maternal e neonatal.

Outra iniciativa em curso, implementada em 2015, o Projeto “Parto Adequado”, é uma parceria formada entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) com o objetivo de redesenhar o modelo de cuidado materno e perinatal e reduzir as altas taxas de cesarianas.

Neste projeto, ações específicas foram direcionadoras para a implementação das mudanças: sistemas de dados que suportem a aprendizagem; engajamento dos médicos e grupo executivo de liderança e implementação confiável da melhor prática clínica, levando à melhoria da experiência do cuidado. O engajamento público, a prontidão para o trabalho de parto; redesenho do estafe; adequação do ambiente para o “parto adequado” e alinhamentos dos incentivos à qualidade e segurança do paciente são também preconizados. O anexo IX ilustra o Diagrama Direcionador proposto para o Projeto Parto Adequado.

Por outro lado, alguns autores têm debatido, no campo da bioética, a realização de cesariana a pedido materno, na ausência de indicação materna ou fetal. Os princípios da Beneficência, da Não-maleficência, da Justiça e principalmente da Autonomia são trazidos à discussão. Quanto à autonomia, é destacada a célebre frase de John Stuart Mill (1806-1883) de que “sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”. Os princípios da justiça e da beneficência devem orientar a conduta do médico tanto quanto sua experiência pes-

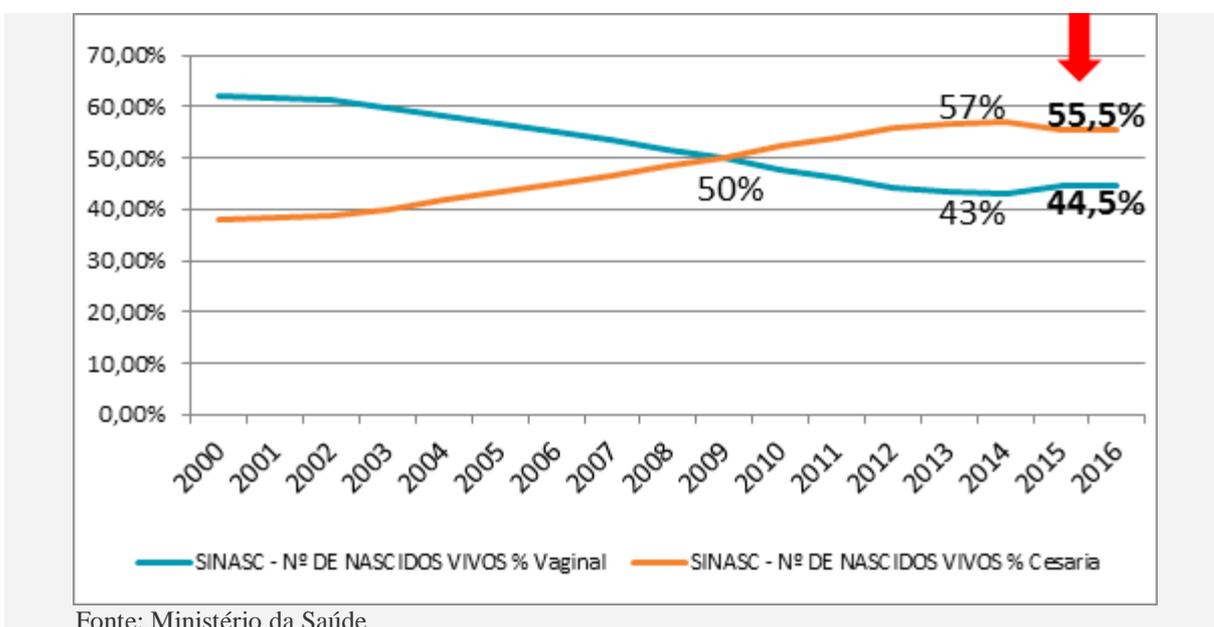
³⁵ Instrumento padrão proposto pela OMS para ser utilizado globalmente para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas, considerando antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional.

soal e conhecimento técnico, priorizando todos os meios para proporcionar benefício e bem-estar ao paciente (CÂMARA ET AL, 2016).

Nesta perspectiva, os autores defendem o direito de escolha da mulher quanto à via de parto, se vaginal ou abdominal, baseada numa informação clara e transparente por meio de profissionais com compromisso ético de esclarecer as melhores evidências existentes para a decisão. Nesta possibilidade, em conformidade com a recomendação do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras, em 2013, a cesárea eletiva deverá ser programada após 39 semanas gestacionais. Ressaltam, ainda, que a imposição da via de parto para gestantes do Sistema Único de Saúde, diferentemente daquelas do setor privado, é uma violação ao direito da liberdade e da autodeterminação (CÂMARA et. al., 2016).

Em relação às unidades desta análise, observamos que as taxas de parto normal e de cesárea acompanharam tendência semelhante àquela encontrada no Brasil com discreto aumento do número de partos normais em relação às cesáreas entre os anos de 2015 e 2016, conforme mostra o gráfico 2:

Gráfico 2 - Índice de Cesarianas no Brasil, 2000-2016.



Estes resultados recentes podem ser um reflexo inicial das ações em implementação a nível nacional. Em recente revisão sistemática realizada pela OMS (2014) para avaliar a associação entre taxas de cesáreas e desfechos maternos, perinatais e infantis, observou-se que

“...Taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal. **Não existe associação entre**

aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos (...) **Os dados populacionais atualmente disponíveis não permitem avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal**” (Declaração da OMS SOBRE TAXAS DE CESÁREA, 2014) (Grifo nosso).

Nesta perspectiva, recomendou-se a intensificação de esforços para a indicação de cesáreas para os casos em que haja necessidade. Em função das diferentes realidades locais-regionais, não se definiu uma taxa específica de cesáreas como meta.

9 GOVERNANÇA E GESTÃO DA REDE CEGONHA: SUA INFLUÊNCIA E AS RESPONSABILIDADES EM JOGO

*“Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre... quem traz no corpo a marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida...”*

(Milton nascimento e Fernando Brant)

Analisamos nos capítulos anteriores a proposta de requalificação da atenção materno-infantil da Rede Cegonha, a operacionalização da sua implementação no município de Salvador e os desafios enfrentados para efetivar estas ações no componente parto e nascimento, numa perspectiva da rede em movimento e da trajetória do(a) usuário(a) nos pontos de atenção desta rede.

Neste capítulo, discutiremos a influência da governança local, a nível de gestores, coordenadores e sociedade civil, representada nas instâncias pertinentes, para superar os desafios desta implementação. Buscamos, assim, identificar processos que precisem ser fortalecidos enquanto espaço decisório para a efetivação das mudanças.

Ressaltamos o diagnóstico apresentado inicialmente de um sistema de saúde no país fragmentado e hierarquizado, a necessitar de adequações para ter mais efetividade e melhorias nos indicadores de saúde, com a integração dos pontos de atenção à saúde e otimização de recursos por nível de complexidade do cuidado, bem como respeito à autonomia do(a) usuário(a), buscando a sua participação nos processos decisórios.

O modelo de governança em rede foi, então, instituído pelo Governo Federal, por meio das RAS, com vistas à melhoria da qualidade clínica e dos indicadores de saúde, bem como à redução de custos na atenção à saúde dos usuários do SUS.

A influência da governança local, no presente estudo, foi analisada na perspectiva de locais de discussão e decisão para a implementação das ações propostas pela Rede Cegonha, da autonomia e interdependência dos atores participantes e da efetivação das ações. Não nos propusemos a aprofundar a análise de cada espaço, mas em estudar a influência nestes espaços e suas possíveis implicações no âmbito do acesso e qualidade da atenção.

9.1 Contexto Político e Econômico

Conforme ressaltado por Lindenberg (2000), o contexto assume grande importância na análise do processo de governança. Trouxemos, assim, para a consideração empírica, alguns elementos de ordem política e econômica com possibilidade de impacto na implementação desta estratégia. A Fig. 10 ilustra as interfaces do contexto maso, meso e micro abordadas na presente análise.

Figura 10. Contexto de análise da implementação da Rede Cegonha.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Em 2011, ano de instituição da Rede Cegonha, observamos um cenário político favorável à formulação das mudanças propostas. O governo federal liderado por uma mulher, de um partido voltado para questões sociais e com uma equipe técnica no Ministério da Saúde com olhar peculiar às questões relacionadas à mulher, ao parto e nascimento contribuíram, ou até mesmo, foram decisivos.

“...Foi na entrada da primeira presidenta mulher, né? Da Dilma, onde nós já tínhamos um acúmulo com o pacto da redução da mortalidade é... pacto pela redução das desigualdades no norte/nordeste, lembra? E um

*dos pontos... Amazônia legal, e nordeste... redução das desigualdades da Amazônia legal e nordeste. Um dos pontos era a questão da mortalidade materna e da questão obstétrica (...) O facilitador foi a conjunção de ministro, né? O Padilha como ministro, o Dário como diretor, né? Me convidando, que eu venho dessa militância ... das mulheres. E a composição, eu podia colocar não só esses, mas **a composição do Ministério da Saúde muito favorável, né...**” (P21) (Grifo nosso).*

*“... É **uma rede de muitas mãos**, feita sob muitos aspectos, muita cooperação e numa irmandade, eu te diria, que produziu afetos numa extensa rede de amizades, no conceito filosófico do que seja amizade, **de pessoas que entraram, num processo de militância...**” (P22) (Grifo nosso).*

A experiência e os resultados observados com o PQM em 2009 e 2010, para a instituição de uma estratégia de qualificação da atenção materno-infantil em âmbito nacional, a Rede Cegonha, foram importantes norteadores do processo.

*“...Que foi chamado pra secretário da SAS, ele coloca **a questão do apoio às maternidades, pra mudança da atenção ao parto e nascimento, é... como uma... uma experiência exitosa**, positiva e que a gente poderia fazer isso pro Brasil como um todo. Então **a Rede Cegonha bebe da fonte do PQM**, que tinha como metodologia o apoio, o apoiador, o apoio institucional pra impulsionar as mudanças nos serviços né?” (P21) (Grifo nosso).*

*“Tendo alguns princípios e diretrizes, e ... E essas diretrizes do acolhimento, da vinculação da não peregrinação, das boas práticas, né? Então, essas...essas... é... essas diretrizes passaram a ser as diretrizes da Rede Cegonha. **Rede Cegonha não inventa coisas novas, o que ela traz de novidade é a metodologia**. Que são os apoiadores, que é uma interlocução que é um pouco diferenciada, né?” (P21) (Grifo nosso).*

Observa-se, nos depoimentos dos entrevistados, durante a formulação da proposta da Rede Cegonha, a construção de estratégias, a partir dos dados evidenciados com a experiência do PQM.

*“...E aí a gente pegou o que eram os princípios básicos, né? **Uma oferta de qualidade, a mudança do modelo de nascer, de parir e de nascer e a redução de mortalidade materna...** É... se eu mudo a forma de me relacionar com as mulheres e se eu introduzo **um conjunto de boas práticas consequentemente eu mudo essa forma**, né? Eu mudo esse modo de fazer, que a PNH trazia, né, a mudança do modo de fazer e, **consequentemente, eu reduzo a mortalidade materna e infantil**. Então, assim, os estabelecimentos que pegaram isso, e a gente viu que esses serviços do norte nordeste pegaram com mais afinco, eles conseguiram reduzir e reduziram bastante a mortalidade neonatal, né? A mortalidade materna ainda não conseguiu pegar, porque a gente sabe que tem estados mais resistentes, e uma dificuldade na mudança, nesse modo de fazer, né? Que não é por ruindade” (P23) (Grifo nosso).*

O ponto central da Rede Cegonha de qualificação do cuidado com mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento não foi inicialmente percebido pelos gestores dos estados e municípios. A organização e estruturação da rede, um dos seus objetivos, era um meio e não um fim em si, conforme ressaltado por um dos entrevistados.

“Porque senão a rede vira um fim em si mesmo, e isso é uma ação instrumental, então a rede é um dispositivo pra nós, ela é algo sobre a qual a gente se estabeleceu em estratégia mas ela não é um fim, muitos gestores entenderam as redes como um fim e, portanto, ela teve dificuldades de se colocar ali como um dispositivo que colocava uma agonística, uma atenção sobre os modos de gerir e os modos de cuidar...” (P22).

“... Como assim? Como é que eu posso... que compromissos estão sendo tomados aqui? Porque não é só uma questão do ajuste do leito, não sei o que lá, a UTI tá para cá, o SAMU tá prá lá e o dinheiro tá resolvido, né? então, por isso que eu acho que o papel do DAPS, e aí o papel da coordenação de saúde da mulher e da saúde criança foram fundamentais pra gente, naquela atenção que eu te falava, atenção básica, atenção especializada não perder a mão da Rede Cegonha, pra ela não virar mais uma rede, né, porque ela tem um compromisso ético-político de colocar em discussão e mudar o modelo de cuidado, né, mudar o modelo de cuidado. É, e é isso que nos motivava, talvez esse seja o encantamento, a nossa militância, né, de uma rede que não tem um pai, não tem uma mãe, não tem marido... (risos)” (P22) (Grifo nosso).

O volume de recursos financeiros a ser disponibilizado aos estados e municípios desviava a atenção do gestor para o cumprimento das exigências documentais do MS para a construção da rede e inserção a curto prazo do orçamento proposto. A mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento, foco da estratégia, tornava-se uma discussão secundária.

“...E já tinha a portaria publicada, então, mas o quê que o gestor estava vendo ali? A possibilidade de alcançar recursos, pra nós a Rede Cegonha e os recursos são só meios, e o que se quer produzir ali é uma outra experiência de parto e nascimento, uma outra experiência de trabalho nesse campo mais coletivo, mais em equipe, e melhorar a satisfação das mulheres com esse processo. Pra isso se constituiu a rede” (P22) (Grifo nosso).

A liberação dos recursos foi, então, condicionada a um Plano de Ação Regional com o desenho da rede, diagnóstico situacional, metas, ações, atividades e indicadores, relativos à organização da rede e implementação do novo modelo de atenção ao parto e nascimento, a serem monitorados pelo MS:

*“A gente tomou uma decisão radical, que a prioridade seria um plano de ação regional. Tanto que a gente não aceitava nenhuma solicitação, nenhum documento que fosse específico de serviço ou de município. Precisava vir, e aí por isso que a gente publicou em seguida a Portaria 650, que foi em outubro, né, a 1459 foi em junho, a 650 foi em outubro, dizendo assim: Olha, a Rede Cegonha, o MS... para participar da implementação, localmente... **precisa receber um plano de ação regional**, pactuado em CIB, com a definição das metas, ações estratégicas e os recursos financeiros necessários” (P24) (Grifo nosso).*

Mesmo com esta iniciativa, os Planos de Ação Regionais, construídos dentro dos critérios da Rede Cegonha, inicialmente focavam na distribuição dos pontos de atenção à saúde de acordo com o nível de complexidade, ampliação e qualificação dos leitos obstétricos e neonatais, sem se aprofundar nas medidas e critérios de monitoramento para a mudança efetiva do modelo de atenção ao parto e nascimento.

*“...Pede uma reunião conosco e apresenta, acho que por setembro - outubro de 2011, o plano geral da Rede Cegonha deles, né, apresenta o desenho, hospital aqui, atenção básica aqui, adesão lá e no final 350 milhões de reais pro ano de 2011, se não me engano. **Em nenhum momento foi dito na reunião “modelo de parto”, em nenhum momento foi falado em qualquer cuidado...**” (P22) (Grifo nosso).*

O Plano de Ação Regional da Rede Cegonha com as redes prioritárias da Bahia teve como único indicador das ações de saúde baseadas em evidências científicas relacionadas ao parto e nascimento, o percentual de partograma utilizado nestas unidades. Um acompanhamento posterior do MS ampliou o rol desses indicadores. O Plano de Ação Municipal de Salvador, embora proponha ações relevantes para o cuidado materno-infantil, não se reporta às recomendações da OMS de 1996, referentes à atenção ao parto e nascimento.

Indicadores referentes ao percentual de utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso de episiotomia seletiva, deambulação e dieta permitidas durante o trabalho de parto, contato pele a pele, amamentação na 1ª hora, entre outros, não foram inicialmente propostos neste monitoramento da SESAB e da SMS. No caso da SMS, destaca-se que o fato de não haver maternidade pública municipal pode ter gerado a dificuldade de garantir, no seu plano, mudanças neste contexto.

A busca de encaminhamento a curto prazo do Plano de Ação Regional para aprovação e liberação de recursos pelo Ministério da Saúde, da magnitude da estratégia a ser implementada, com uma vasta gama de indicadores distribuídos entre quatro componentes, podem ter concorrido para estes fatos. Pode ter decorrido, também, de um entendimento deste nível da

governança da necessidade de adequação inicial das unidades de saúde e de convencimento dos profissionais para o monitoramento de indicadores da qualidade da atenção materno-infantil, a serem inseridos e ampliados paulatinamente.

Com efeito, percebemos dos dados do campo que, anteriormente ao monitoramento dos indicadores da implementação das boas práticas do parto e nascimento, seria necessário um trabalho de capacitação, treinamento e sensibilização de gestores e profissionais de saúde para o movimento de inserção destas práticas no cotidiano das unidades de saúde.

O contexto, durante o período de implementação da estratégia, enfrentou também desafios internos a nível do próprio MS, segundo os entrevistados. Observamos que a implementação de RAS, num sistema público com cultura de funcionamento por setores e serviços independentes, sem diálogo e com disputa de poder, foi complexo dentro da própria estrutura que o propunha.

“...O Ministério da Saúde estava, então, se propondo a uma ação rizomática interna, pensar a organização de redes por dentro daquela máquina pesada e que implicava em um conjunto de ações e transversalidades entre as equipes técnicas do ministério da saúde... a Rede Cegonha tem um componente da atenção básica, né, tem um componente parto e nascimento que “tá” na atenção especializada, e tem a coordenação que é este processo do ponto de vista da produção da concepção da rede que “tá” no DAPS... (P22) (Grifo nosso).

“Então, isso precisa de articulação entre essas áreas, né, a época, pensamos em criar...É criar um espaço gestor das redes no Ministério da Saúde, o ministério cria um departamento, o DARAS que é o departamento de articulação das redes, mas esse processo se mostrou muito dificultado, se mostrou muito trabalhoso, por uma questão de cultura mesmo, interna, né, porque os departamentos como eles têm linhas mais ou menos na horizontal, quem é que coordena esse processo, né? o DARAS se colocou, primeiramente, nessa interlocução, e não conseguiu bancar essa posição, então, nós tivemos, eu te diria, dificuldades quando foi pensar a Rede Cegonha como um todo, porque nós estamos trabalhando com o conceito de rede aqui, inclusive, ia ser um problema o próprio ministério, que tem dificuldade em definir, conceitualmente, quem é rede, quem é portaria de 2010, que nós trabalhamos intensamente (...) dois anos de conversa, de seminários internacionais, inclusive, mas nós não conseguimos é... pacificar o Ministério da Saúde, mas o processo de governança, vamos dizer, assim, pra dentro do ministério, desse processo ele se mostrou muito complexo, né? E, em alguma medida, esses componentes foram se autonomizando em cada um nos seus departamentos. E o DAPS estava junto com as equipes técnicas da saúde da mulher e da criança num embate com o DAB, num embate com o DAIN e num embate com o DARAS para conseguir manter uma lógica da Rede Cegonha do ponto de vista ético-político”(P22) (Grifo nosso).

Outro enfrentamento que foi relatado refere-se ao movimento de mulheres, que entendeu a Rede Cegonha como um retrocesso na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, retomando o discurso de uma iniciativa do MS de instituir uma atenção voltada para o contexto materno-infantil, restringindo a mulher ao papel de procriadora na sociedade.

*“Por conta de que a Rede Cegonha, ela trazia de novo pra agenda de saúde da mulher um foco sobre a atenção materno-infantil tão combatida pelos movimentos mais identitários no campo de gênero, então, de novo volta em contato com o (tema)...o Ministério da Saúde vai desconhecer outras pautas, ligadas a direitos sexuais e direito reprodutivos e vai ficar toda a discussão aqui agora na atenção ao parto, né, um objeto menor, e foi muito difícil (...) Nós passamos quase três anos num **embate muito duro, cotidiano**, frequente com o movimento, inclusive botando os movimentos na mesa (de discussão), vamos discutir sobre isso (...) Os movimentos feministas, teve reuniões que nós chegamos a botar na mesa mais de 40 entidades, né, todas as entidades que você possa imaginar...” (P22) (Grifo nosso).*

A atenção do movimento de mulheres focada nas questões relativas ao protagonismo da mulher na sociedade, seja do ponto de vista de defender e estimular sua independência profissional e econômica, seja para decidir livremente seu momento de procriar com acesso a um planejamento reprodutivo de qualidade, pode ter obscurecido do espaço de discussão um grave problema enfrentado pelas mulheres enquanto gestantes: um acesso de qualidade ao parto e nascimento. As condições da assistência materno-infantil, associadas às altas taxas de cesárea e de mortalidade materna e neonatal eram a realidade do sistema de saúde do país no momento de instituição da Rede Cegonha.

*“Mas todo o cenário que se apresentou, como tínhamos 22 pessoas no Nordeste e o no Norte, na Amazona legal que chamavam, diretamente na maternidade, **a gente se deparou com situações terríveis**. Tínhamos como apresentar depois de um ano de **trabalho relatos de violência obstétrica, desde condições físicas de maternidades, condições físicas terríveis de ambiência, maus tratos não só com mulheres, mas com os profissionais também por conta de uma situação de ambiência até práticas (...)** Vinha se pouco discutindo sobre condições obstétricas no Brasil, até por conta de um histórico que teve no primeiro momento da mulher ser reduzida na atenção materno-infantil, as gestões que vieram anteriores à gestão da Esther viu isso com muito desprezo porque queria afirmar outras áreas da mulher e não só uma mulher reprodutora e acho que **a atenção obstétrica ficou à margem**, então, é com a Rede Cegonha que isto retoma (...) O movimento feminista viu a Rede Cegonha com muito maus olhos, aqui na Bahia a gente enfrentou muitas coisas, achava-se que novamente iria reduzir a mulher para reprodutora” (P25) (Grifo nosso).*

O próprio nome escolhido pela equipe de marketing do governo federal para a estratégia foi objeto de críticas, principalmente do movimento feminista.

*“Então, o marqueteiro da Dilma na época da campanha foi no Rio e viu a cegonha carioca, eu falo que a culpa é do Rio com a cegonha carioca, ela se encantou com a cegonha carioca. E eu, quando cheguei falei, ai meu Deus... não tem chance. O nome, para governo federal, é marqueteiro. Marqueteiro, assim, o pessoal da comunicação, **falei, pelo amor de Deus, não ponha esse nome.** E agora, eu acabo achando bonitinho” (P21) (Grifo nosso).*

“Teve muita piada, muita crítica, né? Mas ela vem dessa constituição do imaginário, né? Do imaginário popular, então, não tem muito o que se fazer contra. Poderia ser um bicho brasileiro, poderia ser uma capivara, poderia, mas a cegonha já tá ali no imaginário desde há muito tempo né?” (P23) (Grifo nosso).

*“Nós estávamos trabalhando na ideia de rede perinatal, que **articulava a ideia de transporte seguro**, acho que essa foi a imagem que os marqueteiros pegaram, porque a ideia era do transporte seguro, né, de uma mulher que tem uma necessidade, que tem uma urgência obstétrica, ser encaminhada, né, isso não pode ser confundido com o SAMU é e coisa e tal... e tínhamos a oportunidade de apresentar pra candidata Dilma, e acho que foi a Sonia Lansk que apresentou até, que estive nessa reunião apresentando e lá estava João Santana e equipe... Ele acompanhava... e eles, nessa sacada de marqueteiro, né, **entenderam que essa era uma agenda importante, porque dialogava com mulheres, dialogava com crianças** é, esse tema... Transporte seguro foi um tema que com o outro candidato tencionou, também, que também apresentou uma agenda, nessa época. E os danados pegaram, acho que por desculturação, essa expressão rede, nossa, e colocaram a figura da cegonha... Ela faz parte de um mito, né, que assexualiza as mulheres...” (P22) (Grifo nosso).*

O movimento de mulheres, aos poucos, foi apoiando as propostas da Rede Cegonha, mas numa postura de extrema vigilância. Muito provavelmente em função de todo um contexto histórico vivenciado em tempos recentes de uma subordinação da mulher a ditames sociais e de uma tentativa de controle sobre seu corpo, sobre seu querer, de forma mais, ou menos, explícita, seja em relação a temas de contracepção definitiva, seja em relação à discussão da legalização do aborto.

“Mas eu achei horrível, no início eu achei que ia apanhar demais com esse nome...Gente, as feministas, algumas não, mais radicais, mas as feministas, elas se dobraram. A maioria falou assim que tenho que me render à Rede Cegonha por ter uma boa política” (P21) (Grifo nosso).

“Não vamos discutir nada disso, antes de discutir a redução do aborto, diziam os movimentos. Agora podemos introduzir essa perspectiva sem explicitamente falar dessa pauta, e os movimentos foram compreenden-

*do isso, a resignação a essa agenda da mulher, ela foi então percebendo que o **ativamento do protagonismo das mulheres no processo de partejamento produz uma outra mulher**, uma mulher talvez mais disposta à luta. Em algumas medida,s eu acho que os movimentos foram compreendendo isso. Mas a resignação, eu diria que foi parcial, ela não foi uma adesão maciça a essa agenda, **foi uma adesão crítica**, eu diria...” (P22) (Grifo nosso).*

Em busca de qualificação da atenção perinatal e redução da mortalidade materna, segundo entrevistado, o MS propôs a criação de um cadastro nacional para controle da gestação de alto risco. Esta iniciativa foi mal recebida pelo movimento de mulheres, no entendimento de tentativa do Estado de criminalização das mulheres em situação de abortamento:

*“...Estamos observando e também estamos apoiando vocês. Para terem uma ideia dessa reação, o Padilha teve em Cuba no início de 2010 e 11 e conhece mais intimamente como é que funciona lá o cuidado na atenção obstétrica. Cuba tem morte materna zero, né, praticamente não tem morte causa direta materna e **eles têm um sistema de vigilância que é a identificação daquelas mulheres que têm gravidez de risco**, elas são identificadas de tal sorte que elas acessam qualquer serviço, e sempre vão ser acolhidas porque se sabe que ela é uma mulher de risco e a morte de uma mulher ou a morte de um bebê em Cuba, o sujeito vai prestar contas para o comandante” (P22) (Grifo nosso).*

*“...Padilha vem pra cá e diz **“vamos criar um cadastro nacional para essas mulheres”** porque em que pé se dizia, olha a morte materna no Brasil, a causa indireta não é a mais importante, a causa direta é a mais importante, **é aquela mulher que peregrina, é aquela mulher que é mal atendida, é aquela mulher que é abandonada, é aquela mulher que sangra no corredor porque ninguém cuida dela**, então, não é uma causa direta propriamente dita e esse sistema talvez não dê conta, mas ele bancou em criar um sistema nacional, **cadastro nacional das mulheres com gestação de alto risco**, os movimentos feministas entenderam isso como um sentido altamente persecutório que era, são essas mulheres que vão abortar... E, portanto, isso está ligado a uma perspectiva do estado controlador e que quer criminalizar as mulheres e simplesmente a medida provisória caiu, não se sustentou e nós passamos meio ano lidando com esse fantasma e não houve argumento que fizesse os movimentos compreenderem que nada disso estava em pauta” (P22) (Grifo nosso).*

No contexto desta governança central que formulou a estratégia Rede Cegonha, houve, ainda, enfrentamentos com o Conselho Federal de Medicina traduzidos por um apoio crítico e pela necessidade de discussões e debates que evidenciassem a realidade da assistência ao parto e nascimento e o compartilhamento desse espaço por áreas da saúde que viessem suprir uma carência de profissionais especializados, seja da obstetrícia, seja da neonatologia.

“É, (o CFM) apoiava o movimento, apoiava o movimento, mas com uma certa reserva né...e o que temos que fazer é **organizar os espaços onde acontece o parto e o nascimento para que neles sejam mais possíveis à expressão do cotidiano dessa mulher**, é por isso que reformamos as maternidades e pedimos recursos pra reformar algo em torno de 500 maternidades no Brasil, lugares que realizam partos, tínhamos recursos pra isso, pra reformar e pra equipar, e nós lançamos a mão é de fomentar nos planos da Rede Cegonha a constituição de centro de parto normal intra ou peri hospitalar, onde a condução técnica do parto é do enfermeiro obstetra, então o **Conselho Federal de Medicina achou, entendeu que era necessário de alguma medida enfrentar a questão da qualidade da atenção obstétrica**, 95% dos óbitos maternos são evitáveis e 98% das mulheres morrem no primeiro dia dentro do hospital sob vigilância médica, nós temos uma crítica importante ao trabalho médico e ao trabalho da instituição, né, por outro lado, abriu franco de **uma certa perda de mercado para enfermeiros obstétricos**, então isso é um campo denso, um campo denso” (P22) (Grifo nosso).

“... Eu conheci **várias UTIs neonatais no Brasil fechadas por falta de neonatologistas**, quando você olha as equipes dos hospitais você encontra vários neonatologistas... por que aquela UTI está fechada? Eu tive lá no Hospital da mulher de Fortaleza, duas UTIs fechadas, né, faltando leito neonatal, 20 leitos fechados porque não tem neonatologistas, mas vocês têm um monte... conjunto grande, onde é que estão?... “por que eles têm que estar na sala de parto recepcionando o bebê?”, 85% das crianças, aliás, 90% das crianças nascem absolutamente saudáveis, por que razão esses médicos bem preparados, coisa e tal, não estão cuidando de crianças graves?” (P22) (Grifo nosso).

Os enfrentamentos ocorreram também com a Sociedade Brasileira de Pediatria quanto à real necessidade da presença de neonatologista na sala de parto para assistência imediata ao recém-nato, num período de forte tensão política no país:

“...E nós mudamos a portaria³⁶, né, em 2014, é, publicamos, né, no segundo semestre de 2014, publicamos a portaria do nascimento humanizado, né, que diz que pediatras **neonatologistas têm que estar nas UTIs cuidando de crianças graves**. Na sala, no lugar que acontece o parto, tem que ter um profissional da saúde treinado para fazer reanimação neonatal. São Paulo já tinha uma portaria estadual em que téc-

³⁶ Portaria 371, 03.05.2014. Art. 1º Ficam instituídas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos. Parágrafo único. O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

nicos e auxiliares de enfermagem foram treinados pela UNIFESP pra fazer esse manejo adequado das crianças, então, num trabalho importante de convencimento, de estudo, nós fizemos uma parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria e aprovamos essa portaria. (P22) (Grifo nosso).

“Sim, porque a discussão toda foi feita em parceria, né, com a Sociedade Brasileira de Pediatria que se opunha a....porque, lembra? nós estamos em um ambiente político já de muita tensão no Brasil, a Dilma vai até 2013 e a partir de 2013 o processo que termina no impeachment vai se tornando em tese, todas as pautas colocadas ali elas viram, elas se utilizam desse movimento crítico, que se tem em oposição ao governo, né, então o que os pediatras diziam “o Ministério da Saúde, a presidenta Dilma está querendo tirar os pediatras da sala de parto...” (P22) (Grifo nosso).

Observamos que ações que efetivamente qualificam a assistência materno-infantil pela busca de um diagnóstico precoce da gravidez e, a partir daí, ampliam a possibilidade de se iniciar um pré-natal antes das 12 semanas de gestação, despertaram, também, questionamentos. Estes decorreram de um sistema de saúde ainda despreparado e sem condições de dar respostas efetivas a todas as necessidades inerentes ao planejamento reprodutivo integral e de qualidade, em função da dificuldade de acesso aos serviços de tratamento de infertilidade. Houve, ainda, interpretações de que os métodos precoces de diagnóstico de gravidez poderiam estar propiciando ou ampliando às mulheres a possibilidade de abortar. Estas questões estão bem ilustradas na fala deste entrevistado:

“Nós introduzimos pela Rede Cegonha o diagnóstico rápido de gravidez, né, e o diagnóstico rápido de gravidez, entre as 4 possibilidades traz dois assuntos muito problemáticos para nós. Mulheres que não estão grávidas e que queriam estar grávidas, nós não temos uma política clara para cuidar da atenção as mulheres com infertilidade ou casais com infertilidade, nós temos 10 serviços no Brasil que são habilitados pelo SUS, ou seja, atendem muito poucas pessoas, e isso traz à tona esse processo, a outra é a situação de mulheres que estão grávidas e que não queriam estar grávidas, não desejavam estar grávidas, que não planejavam a gravidez, que respostas os serviços de saúde dão para essas mulheres, né, e isso foi... Nós tivemos uma reação violenta e à época com a infelicidade do Conselho da Comissão de Direitos Humanos do Congresso ser coordenada pelo pastor Feliciano, né, que se colocou com uma figura que nos colocou lupas sobre essa agenda durante dois anos, né (...) fomos vigiados por dois anos em todos os nossos movimentos, o que publicávamos, onde íamos, para onde viajávamos, que discussões estávamos propondo, né?” (P22) (Grifo nosso).

A estrutura administrativa da SESAB e das unidades de saúde apresentou-se, nas entrevistas, como importante fator dificultador para a implementação de algumas ações propostas pela Rede Cegonha. O componente parto e nascimento tem, entre as suas metas, definidas no Plano de Ação Regional da RMS, a realização de reformas e ampliação da oferta de leitos neonatais (UTI, UCINCo, UCINCa), construção e reforma de CPN e CGBP, além de equipamentos para estes espaços. Entretanto, reformas previstas em maternidades do município de Salvador não foram executadas devido a deficiências de logística administrativa e de pessoal, quali e quantitativas, para atendimento às normas e prazos para execução dos projetos e licitações e às dificuldades de cumprimento das exigências documentais para efetivação de liberação de crédito bancário. Estes fatos, conforme relatado, contribuíram para atraso dos processos, decurso de prazo para empenho na competência contábil prevista e desvalorização dos recursos financeiros planejados devido ao aumento dos valores de mercado.

“...Então, você tinha um plano aprovado mas o recurso já entre aspas não tava descentralizado porque não ia, não ia indo porque tinha que fazer avaliação do Ministério da Saúde e não se conseguia receber o recurso, outra vez, principalmente quando envolve construção, reforma, há limitação e aí é tanta limitação do estado quanto do município em tá fazendo essa reforma e nos estávamos em uma época, naquela que não era só a Rede Cegonha que vinha trazendo reforma e construção, tinha um forte programa de construção e reforma de atenção básica, os municípios quase não deram conta...Tinha muito dinheiro pra construção e reforma ... dessas construções todas, certo?, então como tinha muita coisa que ser implantada, de fato construída, a gente não conseguiu construir” (P10) (Grifo nosso).

“Muitas vezes, depende do município, mas (depende) é duma equipe técnica de licitação, de fazer projeto, certo? E depois de executar, infelizmente, acontece...e aí adequar essa obra à RDC e etc e tal, tudo isso, então, tem pouco engenheiro sanitário, não é nem essa especialidade, digamos, mas engenheiro que tenha, seja civil com especialização voltada pra saúde, ou arquiteto também, entendeu? Isso é o mínimo, mas acontece, acontece.” (P10) (Grifo nosso).

O contexto econômico do país com a redução de crescimento do PIB resultou no contingenciamento de recursos para a execução de reformas e ampliações:

Exatamente, e outra, tava tudo ok, CIB, tudo funcionando, começou a crise... 2011-2012 o dinheiro, o Brasil cresce a 7%, de repente cresce a 1, 2 e agora tá -1, não tem dinheiro mais, e aí? Tá aprovado na CIT, tudo, cadê para mandar o dinheiro? Não tem” (C – Sesab). (...) Em 2012 já

começaram a receber (o recurso financeiro) 2012, 2013 e 2014, quando foi outubro de 2014 que a nossa fonte secou.. (P23)³⁷ (Grifo nosso).

As dificuldades econômicas evidenciadas no país, a partir de 2011 foram impactantes, porém o fator decisório evidenciado neste estudo para a falta de implementação das obras e reformas propostas está fortemente relacionada à falta de estrutura administrativa da SESAB para execução dos projetos e licitações, bem como à falta de regularidade documental das unidades de saúde para atendimento às normas bancárias de crédito:

(...)Quando a gente consegue repassar o recurso, ele não consegue liberação da documentação...(P24) (Grifo nosso).

“...Nós temos aqui uma equipe muito pequena de, nunca se teve uma estrutura de engenharia ou mesmo dentro da vigilância que dê conta de tudo, diferente além de tocar o nosso projeto aqui do estado tem que avaliar os projetos do interior do estado e aí algumas coisas vão se perdendo dentro dos processos de trabalho, é aquilo que eu falei anteriormente e aí você passa um dois anos sem conseguir executar um recurso, depois do terceiro ano, ele já não vai valer mais a pena executar com aquele valor, aí tu tem que repensar se não é mais barato, se não é mais... infelizmente, é uma lógica perversa, mas ela é a realidade... você tem que depois de um certo prazo devolver porque não se tem condição de fazer nada com aquele valor e a contra partida vai ser muito maior, sem contar a burocracia toda que é pra movimentação desses recursos, né” (P10) (Grifo Nosso).

“Entrevistadora: Então, tem recurso que não foi executado por falta de condição, não foi nem por falta de recurso mesmo, ou de liberação, ou seja, contingenciamento. Não foi por contingenciamento. Entrevistado: ...nesse momento, em 2016, foi. Mas até 13..., 14 já teve uma dificuldade, porque a gente não conseguia mostrar a execução. Como a gente conseguiu muita liberação de recurso e a gente acabava não conseguindo mostrar a execução por conta da ausência dos projetos” (P24) (Grifo Nosso).

A “janela de oportunidade” do recurso previsto e programado em 2012 e 2013 pela Rede Cegonha não pôde ser aproveitada para a qualificação da estrutura física das unidades de saúde da rede própria do estado da Bahia no município de Salvador, devido a fatores estruturantes da secretaria.

“É, a gente não conseguiu também em 2014 e 2015, repassar os recursos de obras. Os proponentes apresentaram as propostas, a gente aprovou algumas

³⁷ O PIB Brasil em 2010 teve um crescimento de 7,5%, passando a 4,0% em 2011, chegando a 0,5% em 2014 e atingindo um decréscimo de -3,8% em 2015 e de -3,6% em 2016.

propostas e não conseguiu empenhar (...) Os gestores locais não conseguiram executar as obras e apresentar projetos, para receber o recurso, parte foi devolvida” (P24) (Grifo nosso).

No relato abaixo, os entrevistados destacam as dificuldades de implementação das ações da Rede Cegonha relacionadas a aspectos do sistema de saúde em si, dos desafios de ordem financeira e de estrutura que se apresentam à consolidação do SUS. Não são, portanto, desafios diretamente ligados à estratégia Rede Cegonha, mas de forte impacto na sua concretização.

“Precisa o Governo Federal, na Casa Civil, ter um olhar estratégico para dificuldades da gestão administrativa dos municípios e estados. Porque isso está no SUS como um todo, isso não é da Rede Cegonha” (P24) (Grifo nosso).

“...As vezes o Ministério tá lá com, cheio de normas, o município tem suas limitações, vai lá faz determinados serviços, implanta, vem uma técnica, porque não tem a piscina no metro quadrado tal ou porque precisa de dois profissionais, só tem um, mas eu tô fazendo pra não sei quantas gestantes, com um processo todo novo, esse financiamento não chega e os municípios já com a corda no pescoço...” (P10) (Grifo nosso).

Outro aspecto evidenciado no contexto em análise, refere-se às mudanças de estratégia do governo local a partir da mudança do gestor. A expertise da equipe à frente dos processos de implementação da política nem sempre é aproveitada. Além das modificações de prioridades de agenda da nova gestão, que pode aumentar ou diminuir a potência do projeto ou da política em curso.

“...A prefeitura tem um corpo de engenheiro ou de licitação que tá licitando estrada, hospital e não sei o quê e aí isso vai virando uma bola de neve e aí muda a gestão, tudo isso tá no meio, tudo isso tá no meio (...) Não necessariamente são os mesmos técnicos, os mesmos engenheiros... já a priorização já é outra também, enfim...” (P10) (Grifo nosso).

“Também teve uma mudança de gestão, que é outro fator a ser considerado e são perfis completamente diferentes do secretário anterior para o secretário atual, este é outro fator que tem que ser considerado” (P26) (Grifo nosso).

No caso da Rede Cegonha no município de Salvador, observamos uma descontinuidade das reuniões do Grupo Condutor de Redes Temáticas no ano de 2015, período de mudança do governo estadual. Apesar de o governador eleito ser do mesmo partido político do seu ante-

cessor, o novo Secretário de Saúde do estado modifica grande parte da equipe técnica de atenção à saúde.

“...Nós levamos o ano de 2015 todo com a nova gestão que entrou... até entender a importância, porque assim, a gente tem um problema de implementação de políticas com a mudança de gestão não só a nível estadual, municipal, federal, sempre vai ter um gap. Então, nós tivemos em 2015 com a chegada da nova gestão estadual o ano inteiro sem uma reunião do grupo condutor. Hoje (2016) estamos tendo a reunião mensal, mas aí estamos tendo um outro problema, porque o grupo condutor é formado pelo ente municipal que é o COSEMS, estadual que é a SESAB e federal que é o Ministério. Hoje, estamos sem representação do Ministério, esse ano inteiro até agora, nenhuma reunião nossa teve a presença do Ministério da Saúde porque também lá está havendo modificação, alguns problemas... então, infelizmente, a implementação de políticas, ela tem essa dificuldade quando não é um ente que está em alteração, em mudança, é outro e isso vai atropelando um pouco e a gente constrói, planeja, organiza, daqui a pouco tudo muda porque mudou o gestor, o ministro mudou, o secretário de estado, ou mudou o secretário municipal de saúde...” (P27) (Grifo nosso) (Grifo nosso).

“A gente teve alguns probleminhas ao longo do ano, aí, do meio do ano mais ou menos pro final, a gente teve algumas reuniões, mas não teve reunião durante todos os meses, a gente teve uma como é que se diz, uma lacuna aí de, do ponto de vista da organização das reuniões por conta da mudança de gestão. Gestão nova né, se situando, enfim, e aí até a nova estruturação da gestão levou um tempinho pra redefinir (P28) (Grifo nosso).

Conforme observado nas declarações dos entrevistados, em 2015, a mudança de equipe ocorreu também a nível federal e com impacto na implementação de ações de fortalecimento das redes temáticas. Naquele ano, havia uma proposta do MS para reformulação das RAS, a fim de melhor integrar os serviços de saúde. Não foi efetivada devido à mudança de ministro no final do ano.

“...A gestão entendeu que precisava fortalecer ações de articulação e integração entre as redes temáticas, e não fortalecer a rede temática isoladamente. Então, você teve uma nova proposição de olhar a rede de atenção à saúde e não redes temáticas. Estávamos em franco processo de reformulação, porque isso intensificaria todas as redes temáticas. Isso foi muito importante em 2015, para a gente. Mas, isso demandava um processo de formulação e repactuação, que não teve seu desfecho concluído em função de uma nova mudança, né? “ (P24) (Grifo nosso).

O Grupo Condutor Estadual de Redes de Atenção à Saúde, conforme art. 3º do seu Regimento Interno, aprovado em Resolução CIB 065/2016, é composto por representantes do COSEMS, da SESAB e do Ministério da Saúde e tem atribuições estratégicas para as redes:

I - coordenar o processo de implantação/implementação da Rede de Atenção à Saúde no Estado; II - mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase de operacionalização da Rede; III - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da Rede; IV - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de operacionalização da Rede; V - colaborar com o fortalecimento do papel do Colegiado Interfederativo Regional e Estadual no processo de governança da RAS; VI - contribuir com o fortalecimento do componente da Vigilância em Saúde na implantação e acompanhamento da RAS; VII - cooperar com o fortalecimento da Política de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde na RAS; VIII - monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da Rede (Resolução CIB 065/2016).

Neste espaço, ocorrem discussões estratégicas das redes temáticas, entre elas a Rede Cegonha, para aprofundar as questões e amadurecer entre os integrantes as propostas a serem encaminhadas à CIB para aprovação. Ressaltamos que as aprovações tanto no Grupo Condutor de Redes Temáticas quanto na CIB são por consenso.

“As questões relacionadas às redes, elas conseguiram chegar à bipartite muito mais amadurecidas do que outras questões, porque as questões relacionadas à rede sempre tiveram uma discussão no grupo condutor. O entendimento era, só vai pra bipartite se passar pelo grupo condutor (...) não há, como é que se diz, um direcionamento para a bipartite de uma discussão sem que tenha passado pelo grupo condutor” (P28) (Grifo nosso).

Face à importância deste espaço, percebe-se a lacuna criada no período em que não ocorreram as reuniões com a regularidade habitual.

Conforme descrito em fala anterior de entrevistado, as deliberações da Comissão Intergestores Regional (CIR) relativas às redes, como os Planos de Ação Regionais (PAR), antes de serem encaminhadas à CIB, passam pelo Grupo Condutor de Redes para apreciação e validação prévia (Regimento Interno do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia – Resolução CIB nº 033/2015).

A CIR da Região de Saúde de Salvador reúne os secretários de saúde dos dez municípios que compõem esta região. Esta composição se baseia no entendimento de construção da atenção à saúde num modelo de rede de amplitude regional com distribuição dos pontos de atenção à saúde com base nos fundamentos de economia de escala e de nível de complexidade da atenção. Objetiva-se otimizar recursos e qualificar a assistência com acesso

do usuário aos serviços, planejado e discutido entre os gestores de acordo com a disponibilidade e capacidade de equipamentos de saúde de cada município.

9.2 A Governança, a Gestão e o Acesso Qualificado

A SMS por não possuir maternidades na sua rede assistencial, integra o desenho da RAS materno-infantil por meio das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família para realização do pré-natal de risco habitual.

Conforme evidenciamos em capítulo anterior, para a realidade de TOH e TMP das unidades de saúde do município, há uma insuficiência de efetividade de leitos na rede, agravada por outros fatores descritos.

Emergiu dos dados de entrevista que houve um acordo entre as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, em 2013, de que uma das unidades da rede estadual, o Hospital João Batista Caribé, seria *“transformada na segunda maior maternidade da cidade com capacidade de fazer 700 partos/mês, ou seja, o Estado se candidatou a continuar gerindo essa estrutura de internamentos obstétricos”*. Em contrapartida, o município construiria um hospital geral.

A referida maternidade foi efetivada, entretanto, devido à inadequação da estrutura física e deficiência do quantitativo de pessoal não atinge esta produção.

Na relação entre as duas secretarias de saúde do estado e do município, percebemos um certo tensionamento, referente à disputa de recursos da Rede Cegonha:

*“Ele (o secretário de saúde à época) declarou uma capacidade instalada e conseguiu uma resolução da CIB nas redes tanto de urgência e emergência, quanto da Rede Cegonha em que **ele concentrou grande parte do dinheiro no governo do Estado(...)** A ideia era de que ele concentrando mais recursos, ele **teria mais escala para contratação de serviços**. Então, a ideia original do Estado era essa em 2011, 2012, então, isso foi praticado à larga. Então, a Rede Cegonha acabou, no que diz respeito à assistência e atenção hospitalar, acabou sendo devorada dentro da urgência e emergência (...) E o governo do Estado não quer perder dinheiro, né? Então, como eles não querem perder dinheiro, existe uma questão política também que chega, não por parte dos dois secretários (...), mas é... não existe essa disposição do Estado, até porque o Estado fez contratações muito acima da tabela do SUS utilizando o dinheiro que sobrava das redes, então, ele não tem como dar um passo atrás agora, porque ele já comprometeu...” (P29) (Grifo nosso).*

Este tensionamento, do ponto de vista financeiro, se estende à gestão dos processos assistenciais com diminuição da atenção necessária à superação dos desafios da rede de assistência materno-infantil:

“Tem outro fator nítido, que o estado está esvaziando sua participação na assistência da gestante obstétrica, está dizendo que isto está dentro município, então, tem vários fatores aí que contribuem para o aumento do problema” (P26) (Grifo nosso).

“Eu acho que Salvador precisa ter seu hospital porque é uma questão muito séria que a gente viu; enfim, o estado acusa o município, o município acusa o estado (...) Um diz que é o outro que não faz que não cumpre que não regula, que fica com dinheiro e que não regula; o outro diz ele que fica com o dinheiro e eu que tenho que fazer a assistência; então, enquanto ficar essa guerra política a gente não consegue avançar muito, apesar de eu ter já assistido alguns movimentos até de tentar haver um entendimento entre a gestão municipal e gestão estadual” (P27) (Grifo nosso).

A situação de superlotação nas maternidades de Salvador, conforme evidenciado anteriormente, por irregularidade de funcionamento de unidades de saúde em função de equipes assistenciais incompletas é também fator de tensão nas instâncias da governança e gestão central. Falta obstetra ou anestesista ou neonatologista e se suspende a internação.

“... Quando você tem uma maternidade que você tem, ela tem interesse, ela quer resolver o problema e com isso ela termina superlotada porque ela termina colocando todo mundo para dentro e ela não dá conta... você tem outra unidade que você não tem profissional... por que que não tem profissional? (...). Por que não funciona todos os dias? Por quê? se é uma maternidade que tem que estar funcionando e que tem que estar aberta 24 horas, sete dias na semana?” (P27) (Grifo nosso).

Percebemos dos dados coletados que o funcionamento da rede materno-infantil em condições de superlotação por falta de profissionais não é um problema recente. Tem-se agravado e se estendido por mais unidades, embora o número de partos tenha apresentado uma leve redução entre 2011 e 2016, mesmo incluindo-se os nascidos vivos com residência em outros municípios. Este tema está na pauta de discussão do Colegiado de Maternidades desde 2010 e persiste nos debates do Fórum Perinatal da RMS.

No PAR, a atenção à saúde é planejada de acordo com a capacidade de produção dos equipamentos de saúde do município e por nível de complexidade. Foi trazida das entrevistas, a dificuldade que os municípios têm de financiamento para o custeio das unidades hospitalares. Nestes casos, a demanda de gestantes residentes em outros municípios migra para

atendimento em Salvador, o que se torna um agravante para a ocupação das unidades de saúde acima da sua capacidade instalada.

*“Porque nós temos vários hospitais pequenos na região toda que termina não fazendo, tem leito obstétrico, mas não faz parto. Só aquele do período expulsivo mesmo que chegou aí, já não tem, que as vezes até esse é capaz de colocar numa ambulância e mandar. Por que isso? Aí você me pergunta, por quê? Porque (os municípios próximos a Salvador) não tem condição de manter, você não tem como pagar um obstetra para ficar de plantão no hospital. A gente trabalhou, inclusive, a questão da enfermagem obstétrica pra poder, a gente ter enfermeira obstétrica nesse hospitais... **houve uma política estadual há quatro anos atrás pra tentar melhorar isso, mas colocou entre, você tem 300 e tantos hospitais de pequeno porte no estado como um todo e você conseguiu colocar 19 enfermeiras obstétricas!...** não vai resolver o problema, então assim, eu já tô falando com você das dificuldades, a gente tem os leitos, ou seja, tem os hospitais mas a gente não tem condição de atender, não tem condição porque não tem **financiamento**. Hospital que recebe 20, 30 mil reais por mês, como é que a gente vai manter um médico clínico 24 horas, enfermeiro, técnico de enfermagem, um obstetra? não tem como, **não tem dinheiro para isso, o município não aguenta e aí ele não faz o parto e aí termina indo para aquele outro lá, e aí barra todo mundo lá, naquela porta e aquela porta não dá conta de atender toda a região, então você continua com o estrangulamento (P27) (Grifo nosso).***

*Não tinha condição de um hospital receber 20, 30 mil reais e dar conta, né desse custo alto que ele tinha mesmo que seja um hospital de 15, 20 leitos, 30 leitos. Então, fizemos um estudo, chegamos a um acordo aonde a gente poderia, inclusive, implementar parto nesses hospitais que tem aqui também na região metropolitana, que tem hospital de pequeno porte aqui; só que, infelizmente, na hora do financiamento o Ministério deu pra trás depois de tudo pronto, estudamos três anos, (...) **a gente consegue chegar a um valor que poderia colocar esses hospitais para funcionar como deveria para que tanto para a cegonha, tanto para o parto, pro nascimento quanto também para outras áreas que a gente tem aqui.** Os hospitais menores poderiam auxiliar para desobstruir mais os hospitais maiores, para que eles pudessem atender o perfil que eles estavam destinados que a maioria dos hospitais hoje, os maiores, nas regiões dos pólos, eles fazem de tudo, então, a gente teve essa discussão, **mas infelizmente na hora do financiamento não tem dinheiro e o não ter dinheiro significa parar no tempo** e voltamos à estaca zero, que é o que a gente continua hoje ainda” (P27) (Grifo nosso).*

Foi trazida para análise por um dos entrevistados, a necessidade de fortalecimento da gestão dos municípios e de responsabilizá-los quanto à assistência materno-infantil dos seus municípios:

“Tem uma fragilidade de gestão municipal muito grande, isso não quer dizer que a responsabilidade tenha que ser transferida para o estado. A responsabilidade tem que ser dada ao município porque ele é responsável

*pela gestão do seu sistema, porém as instituições precisam fortalecer tecnicamente os municípios, seja através do COSEMS (...) no estado um projeto nacional que chama fortalecimento de redes colaborativas, **redes colaborativas para o fortalecimento da gestão municipal**, então a gente precisa fortalecer os municípios para assumirem o seu papel. Isso não quer dizer responsabilizar o estado para dizer que ele tem que fazer a execução do município, não. **Significa cobrar do município a sua responsabilidade dando para ele, instrumentos para fortalecer sua gestão.** Então, a gente precisa, por exemplo, quando olhamos aqui o jornal falando da superlotação dos hospitais de Salvador, a gente tem que olhar com outros olhos. Por que que estão superlotados? Porque o município não está fazendo. **O município não implementou as diretrizes da Rede Cegonha, ou porque não foram devidamente envolvidos ou porque não priorizaram a efetivação da Rede Cegonha nos seus territórios. Uma das duas coisas**" (P30) (Grifo Nosso).*

A questão que se coloca é: quais instrumentos têm sido dados aos municípios para o fortalecimento dessa gestão? Estes instrumentos contemplam a sustentabilidade financeira desses hospitais? Percebemos a falta de análise aprofundada da realidade dos municípios na construção do PAR, computando-se uma capacidade de produção para unidades hospitalares de pequeno porte em municípios sem condições de assumir os custos de pessoal e insumos para o funcionamento regular de hospitais para assistência ao parto.

Associadamente, é ressaltada por entrevistado a obrigação legal do estado para as ações de saúde dos municípios, quando estes, por quais que sejam os motivos, não assumam seus compromissos:

Esse efeito primário (do estado) está previsto na lei do SUS, artigo 17, inciso terceiro da lei do SUS, fala que cabe ao estado dar apoio financeiro, mas também as ações de saúde quando não são executadas pelo município; artigo 17/3, supletivamente, se o município não faz, quem faz é o estado, por isso até que se cria um pouco de solidariedade. O município não está fazendo, o estado já tomou alguma providência? (P26) (Grifo nosso).

As dificuldades para funcionamento das unidades de saúde com equipes completas é uma realidade identificada dentro das próprias maternidades estaduais de assistência materno-infantil no município de Salvador. Conforme já demonstrado, das nove unidades estudadas, sete (77,7%) têm equipes incompletas para atendimento. Dessas, apenas uma unidade não é da rede própria do Estado. Processos de trabalho organizam e estruturam serviços, entretanto, sem leitos, recursos humanos e/ou equipamentos, os serviços não se sustentam.

Outro dado a se analisar é a fidedignidade das informações para a construção do PAR. Conforme coletado do campo, os dados sobre os leitos registrados no CNES não são

confiáveis, seja por sua real utilização, seja pela diferença entre a produção necessária e aquela esperada:

“...A informação da saúde ela é muito suja, porque se eu olhar agora o CNES de qualquer município aqui, vou dizer que está apresentado 5 leitos de obstétrica, mas ai você vai e é obstétrica clínica, mas ele faz cesáreas, teria que ter quantos destes 5 é de cesáreas... quando eu for lá e estabelecer 5 leitos clínicos, ele pode fazer tirando a base do CPN, que tem um leito PPP, e me diz que com 3 leitos PPP faz 480 Partos (produção esperada segundo Portaria 11, 07.01.2015), ele esta dizendo que faz 100 partos, mais ou menos por ano em leito PPP. Entã,o se tenho 5 leitos, eu vou entender que vou fazer 500 partos, estamos fazendo o cálculo por alto. São 500 partos em Saubara, não vai acontecer nunca, então, para que ele ter 5, deveria ter um porque o parto (o quantitativo de partos) que ele vai fazer é 100 partos porque o território dele, o município é pequeno, mas ele mantém os 5 leitos lá registrados, Saubara não é o modelo porque ele não tem, então digamos que seja em Dias D’avila, que ele tem 5 leitos hospitalares, 5 leitos clínicos e eu vou dar conta de 500 partos, mas a necessidade de leitos dele é de 200 e não de 500, mas o gestor não quer tirar, não quer limpar esta barra e a responsabilidade do CNES é do gestor municipal, então o que se pode fazer, se pensar que vai perder o leito? O caso não é perder os leitos, o caso é que ele tem dois leitos obstétricos e três clínicos... porque, de fato, o que esta acontecendo lá? Eles estão usando esses leitos para clínica, não estão usando para obstétrica, então deixaria o dado real. O Ministério ou o Estado quando faz a leitura ver que tem excesso de leitos (obstétricos)” (P2).

Há a necessidade, portanto, de uma análise aprofundada sobre o número de leitos compatível com o quantitativo de gestantes esperado para aquele município. Percebemos uma pulverização de leitos obstétricos entre os municípios da região de saúde sem efetivo funcionamento, contribuindo para a sobrecarga de pacientes em Salvador.

O cálculo de leitos necessários de acordo com os parâmetros posteriormente modificados pelo Ministério da Saúde, nos quais são considerados TOH e TMP são comentados por entrevistado:

“Esta lógica que ele (Ministério da Saúde) traz é que estava superestimando 50% a mais por necessidade, mas quando ele traz esse cálculo para a taxa mais real, separando a gestação de alto risco do risco habitual, fazendo o tempo médio de permanência e analisando a necessidade de leitos, agora, com o que ele compara, ele percebe que diminui a necessidade... o cálculo está estabelecido pelas necessidades dele. Com o estudo que eles fazem chegam a esta conclusão, a nós, causa estranheza ou causa problema, quando estuda a necessidade e a quantidade que a Bahia tem de leitos para cada fala que te disse no ajuste do CNES, todas as regiões estão com o excesso de leitos, quando a gente calcula vai pela lógica do CPN, se o centro de parto normal são 840 partos e 5 leitos PPP, 3 leitos são 480, 5 leitos dá conta de 1000/600 partos por

ano? Um município desses não faz esses partos todos por ano, mas eu tenho leitos em Santo Amaro, Dias D'avilla, Camaçari, Lauro de Freitas, de todos desses, a Bahia é o que mais tem hospital e todos eles apresentam leitos obstetricos, e a pergunta é esses leitos existem mesmo? A responsabilidade é da gestão municipal” (P2) (Grifo Nosso).

“P: Existem e funcionam?

E: Ele pode ter os leitos, mas ele está realmente fazendo partos?...É o jogo da necessidade dos leitos junto com o parâmetro de cálculos com a necessidade efetiva nas unidades” (P2).

Observamos que a estrutura dos pontos de atenção à saúde materno-infantil nos vários municípios das Regiões de Saúde do Estado ainda é precária, o que dificulta a organização em rede em Salvador. Este município por possuir equipamentos de saúde com atendimento ao alto risco e melhores condições dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico recebe dos demais municípios, não somente gestantes de alto risco, conforme demonstrado, mas também as de risco habitual.

“...Temos Salvador, então, toda esta desorganização de Simões Filho e etc, eles acontecem e estão bem pertinho de Salvador e em duas horas eles estão aqui, então sobrecarrega os partos normais e os de riscos habitual, cesária, as nossas maternidades estaduais deveriam servir de referência (para o alto risco)...fora outro ponto, lembra quando te disse que temos 28 regiões, então o cálculo foi feito para as regiões, aí lhe pergunto Itapetinga, Ibotirama, Santo Antônio, Cruz das Almas, tem alguma unidade de Gestação de alto Risco? Se elas não têm, estão vindo para onde? Para Salvador” (P2) (Grifo nosso).

O planejamento realizado nos PAR necessitava incluir a implementação das ações por fases, considerando-se a realidade dos pontos de atenção à saúde de cada região de saúde e perspectivas reais de prazos para se efetivar qualificação e/ou ampliação dos leitos com equipamentos e recursos humanos. Embora se identificasse em 2011 um quantitativo suficiente de leitos obstétricos no Estado da Bahia, era de conhecimento, conforme registrado no PAR, a inexatidão das informações do CNES. A atualização desses dados constituiu-se, inclusive, em uma das atividades propostas no componente parto e nascimento. Cada fase consideraria a trajetória da gestante de acordo com os pontos de atenção materno-infantil efetivamente implantados.

“P: Mas no plano não viram que as pacientes teriam que vir para Salvador?

E: Não, ficou acertado que cada região faria o seu atendimento, mas enquanto não acontecem lá, eu tenho que ter um cálculo para o que vai

acontecer aqui, o direcionamento aqui (em Salvador) foi para a região metropolitana” (P2) (Grifo nosso).

Algumas questões precisariam ser respondidas durante a construção dos PAR: Enquanto a Região de Saúde “X” não tivesse suporte para atendimento ao parto de alto risco, como Salvador iria se organizar para receber estas pacientes, já que é esta a realidade? Qual o mapa de todas as unidades de atenção ao parto e nascimento do Estado, por região de saúde, com os pontos de atenção ao parto de alto e baixo riscos e suas reais condições de atendimento? Quais as perspectivas de qualificação e/ou ampliação de leitos nestas unidades? Em qual prazo estarão funcionando? Até estarem funcionando, quais maternidades/hospitais darão suporte e em quais municípios? A partir destas respostas, as fases de implementação da organização da rede seriam construídas e estruturadas.

É possível que, com a situação econômico-financeira dos municípios aqui sucintamente referida, a realidade de superlotação, no momento atual, das unidades de saúde de Salvador não se modificasse a partir exclusivamente de um planejamento. Ter-se-ia, ao menos, uma expectativa desta superlotação previamente diagnosticada e com melhor condição, portanto, de ser superada ou minimizada, a partir da priorização de pontos mais vulneráveis ou mais facilmente resolvíveis.

Face ao demonstrado, torna-se urgente decisão da governança quanto à regularização das equipes assistenciais no município em estudo, a fim de diminuir os riscos de desfechos desfavoráveis para as gestantes que o procuram, suas munícipes e aquelas de outras referências.

Conforme referido em capítulo anterior, a prematuridade é uma importante causa de ocupação das UTI neonatais, que também se encontram superlotadas. É a causa mais frequente de mortalidade neonatal e tem importante relação com a qualidade da assistência pré-natal. Embora o componente pré-natal não seja objeto do estudo, a falta de qualificação deste atendimento pode impactar numa demanda aumentada aos serviços de urgência e emergência materno-infantis e aos leitos de UTI neonatal.

Ressaltamos, inicialmente, que o município de Salvador tem um modelo misto com equipe de Saúde da Família e equipe da Atenção Básica:

“...Nós temos que lembrar que Salvador tem um modelo misto. Salvador tem Saúde da Família e, em Saúde da Família, o médico, a gente classifica ele como generalista e a Atenção Básica, sem Saúde da Família, que são, que a gente chama de postos tradicionais, aí lá, eu tenho clínico, pediatra e ginecologista. Então, eu tenho ginecologistas que fazem o pré-natal. Mas,

mesmo nessa Atenção Básica, onde tem o ginecologista, a enfermeira, o pré-natal é iniciado e assim, o maior número de consultas para o pré-natal é com a enfermagem”

(...)

***Eu não tenho aqui no concurso enfermeira obstétrica, eu tenho enfermeiros. Eu posso ter enfermeiros que são enfermeiros obstétricos, mas nossa categoria do concurso é só enfermeiro, entendeu?”** (P31) (Grifo nosso).*

Percebemos a necessidade de capacitação destes profissionais, mesmo para o atendimento ao pré-natal de risco habitual. Segundo relato de entrevistado, esta capacitação é realizada pela SMS, entretanto, devido à regularização recente de vínculo empregatício, houve necessidade de substituição de grande parte do recurso humano destes espaços, com capacitação em serviço em curso, no momento atual.

*“Então, esse movimento que a gente começou desde o ano passado, a capacitação delas. **Antes a Rede toda era capacitada** (...) Mas chegou uma hora que a gente teve um boom muito grande. A gente perdeu, em dezembro de 2015, **nós tiramos 100% dos profissionais, que eram do TAC, que é o vínculo precário e colocamos servidores.** Na entrada desses servidores em 2016, foi um número grande de servidores ao mesmo tempo. Então, nosso **processo de capacitação como em serviço, ele ainda não atingiu a Rede como um todo, entendeu?** Mas, a gente tem hoje já bem mais avançado do que... 2017 a gente deve concluir com todo mundo já sendo treinado. Mas, não é igual como era em 2012, por exemplo. (...) **A cada enfermeira que saía, que tinha sido do TAC, a gente perdia na qualidade do pré-natal.** Porque, às vezes, a nova que substituía, embora boa vontade que tivesse e até uma formação universitária, ela não tinha experiência e não estava qualificada dentro do SUS.*

(...)

P: Essas enfermeiras, quando começam a atender o pré-natal, elas só começam já capacitadas? Como está ocorrendo isso?

*E: Não, a gente não conseguiu... com a entrada que a gente teve no ano passado, em janeiro, porque o concurso venceu 16 de janeiro. Então, a gente não conseguiu. A gente teve uma troca muito rápida e a entrada muito rápida. **A gente não conseguiu capacitar antes delas irem para a ponta, porque a ponta precisava delas.** O que a gente tem é que, em cada Distrito, as chefias de ações básicas e as subcoordenações de Atenção à Vigilância passou a fazer um levantamento. Enfermeiras que já tinham experiência em Saúde da Família ou em Atenção Primária, mesmo que tenha sido em outro Município que não Salvador, então essas, a gente, digamos assim, deixa ela começar enquanto... e a gente vai qualificar elas dentro dos nossos moldes e aquelas que não tinham experiência nenhuma” (P31) (Grifo nosso).*

Trouxemos relatos acima, a fim de reforçar a importância de fortalecimento da relação entre as equipes dos pontos de atenção secundária e terciária e aqueles da atenção primária, por meio da vinculação da gestante à maternidade de referência do distrito sanitário de sua

residência. Esta relação pode-se estender para apoio aos processos de capacitação dos profissionais e disponibilidade de consulta na unidade secundária para segunda opinião, se for identificada necessidade.

Fortalece-se, desta forma, a linha de cuidado e a qualidade da trajetória da gestante, uniformizando-se condutas com respeito às singularidades e minimizando-se riscos de desfechos desfavoráveis. O processo de vinculação em curso no município em estudo, por meio das reuniões entre as equipes das unidades de saúde distritais e das maternidades referenciadas, torna-se, assim, uma importante ferramenta de apoio à qualificação da assistência pré-natal e possível redução de intercorrências gestacionais que demandem atendimento em unidade de cuidados intensivos.

A vinculação das gestantes à maternidade referenciada teve o processo de discussão iniciado em novembro de 2011 no Colegiado de Maternidades. Este espaço de debates foi criado em 2008 pela Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) da SESAB com o objetivo de favorecer a articulação entre as maternidades da rede própria do Estado em Salvador e municípios próximos. Inicialmente, foram inseridas as seguintes maternidades: Maternidade Albert Sabin (MAS), a Maternidade Tsylla Balbino (MTB), o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), o Hospital Geral João Batista Caribé (HGJBC), o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e o Hospital Geral Menandro de Farias (HGMF).

Desde o primeiro encontro esse espaço vem produzindo uma forte compreensão do sentido de gestão solidária do cuidado, aproximando diretores, coordenadores de neonatologia e obstetrícia, trabalhadores dos serviços e diferentes áreas técnicas da SESAB, com a tarefa de explicitar os desafios do cotidiano da gestão, produzido e produtor de diferentes modos de organização de processos de trabalho nos serviços, buscando coletivamente construir ferramentas, pactos e princípios para constituição do sentido de rede de cuidado (Relatório histórico do Colegiado de Maternidades – SESAB).

Posteriormente, outras maternidades foram incluídas: a Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Neto (MPJMMN), a Maternidade Climério de Oliveira (MCO), o Hospital Geral de Camaçari (HGC). Tornou-se importante espaço de gestão da rede assistencial materno-infantil com a participação de áreas estratégicas da SESAB nas reuniões, como a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (DGETS), Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) nas áreas técnicas de Saúde da Mulher e da Criança, a Central Estadual de Regulação (CER) e a Diretoria de Atenção Básica, áreas técnicas da SESAB e comitês e comissões envolvidos na qualificação da assistência materno-infantil do Estado. Em algumas pautas, teve a presença do próprio Secretário de Saúde do Estado da Bahia à época, Jorge Solla.

Como espaço de fortalecimento do SUS, em alinhamento com a Política de Humanização e na perspectiva de qualificação da atenção materno-infantil, produziu importantes debates sobre os desafios da gestão das maternidades num compartilhamento de experiências, propostas e soluções entre diretores e coordenadores das unidades de saúde e de setores decisórios da secretaria.

Num dos documentos coletados do campo, identificaram-se impressões de gestores de unidades de saúde quanto à criação deste espaço:

“Fortalecimento das maternidades, com voz e resultados efetivos na conquista da melhoria dos serviços e novos equipamentos. Espaço aberto. Fazer parte de um todo. Conheci melhor as Unidades e a Rede, discutimos nossos pontos fortes e fragilidades”. “Tirou do isolamento cada hospital. Foi muito bom para nos sentirmos integrados às ações que a SESAB quer deflagar com democracia e discussão prévia”. “Juntos conseguimos melhorias para a rede, daí a sua importância. Construção de estratégias através do Colegiado, com vistas a melhorar a qualidade da assistência materno infantil. Exercitar o trabalho em Rede” (Relatório histórico do Colegiado de Maternidades – SESAB).

Ressaltamos, na descrição acima, o sentimento dos diretores de pertencimento a um grupo com objetivos comuns em busca da construção de estratégias para melhorias do cuidado materno-infantil, a partir de discussões ampliadas para um trabalho em rede.

Do ponto de vista de resolubilidade para os desafios apresentados no espaço, houve entendimento divergente, conforme registrado:

*“Discutimos e foram feitas **propostas concretas** para a solução de problemas”* (Grifo nosso). *“Fortalecimento das maternidades, com voz e **resultados efetivos** na conquista da melhoria dos serviços e novos equipamentos”* (Grifo nosso). *“Para mim foi um aprendizado ímpar, entretanto ainda faço a crítica construtiva de que as **ações são discutidas, porém não implementadas. Sinto falta de algumas resolutividades práticas sobretudo a nível assistencial a curto e médio prazo**”*. (Relatório histórico do Colegiado de Maternidades) (Grifo nosso).

Destacamos que a impressão mais otimista, quanto aos resultados dos encontros e debates no Colegiado, foi apresentada por dois diretores de unidade da rede própria. Os comentários mais contundentes quanto à necessidade de celeridade na implementação das propostas discutidas foram realizados por coordenador de serviço de unidade da rede própria e por diretor de unidade com relação mais distante de subordinação à SESAB. Sem a intenção de minimizar a importância estratégica para abordagem dialógica dos desafios da rede neste espaço,

a observação presta-se à reflexão quanto à real independência e liberdade de expressão dos diretores de unidades, possuidores de cargo e nomeados pelo secretário de saúde.

Entre os objetivos do Colegiado de Maternidades está a contribuição com instâncias de controle social. Nesta perspectiva, algumas reuniões deste espaço da gestão passaram a contar com a presença de representante do Ministério Público Estadual.

“Ainda era Colegiado de Maternidades, não era Fórum (...) esta situação teve até presença de diretor geral da Rede Própria, de superintendente da atenção geral da saúde e até secretário da saúde, justamente para contrapor esta situação do Ministério Público, que foi ótimo” (P26).

Emerge de dados do campo, que a proposta de criação do Fórum Perinatal da RMS surgiu no final de 2012, para atender, inclusive, normativa legal da Rede Cegonha.

*“Como na política está prevista a existência do fórum, entendeu-se por bem, ainda na gestão do Doutor Solla, transformar o Colegiado de Maternidade em fórum, já aproveitando que existia aquele colegiado e **aquele colegiado foi transformado em Fórum da Rede Cegonha, para atender o que dizia a Portaria da Rede Cegonha**” (P26)(Grifo nosso).*

Percebemos, com a transformação do Colegiado de Maternidades em Fórum, uma distorção na compreensão dos espaços. Embora o Fórum Perinatal tenha uma composição com representatividade mais ampla, inclusive, com a participação do Movimento de Mulheres, o que potencializa a implementação da estratégia, este é um espaço de controle social. Difere, portanto, do objetivo do Colegiado de Maternidades, que tem perfil de gestão para implementação efetiva de ferramentas do processo de trabalho proposto pela Rede Cegonha.

*“... **Eles deveriam preservar o Colegiado de Maternidade e nós deveríamos construir o fórum no Ministério Público, mas entenderam por bem fazer um só. O que aconteceu? No Colegiado de Maternidades, os diretores iam a todos (os encontros) e no fórum nem um dos diretores está indo a todos, primeira coisa. A segunda coisa, acho que pulverizou muito, alguns movimentos sociais, eles têm vinculação ideológica, e, ao invés de nós termos um aumento, não quero usar a palavra pressão, não, mas um aumento do tensionamento para a solução dos problemas, nós tivemos uma fragilização, não estou dizendo necessariamente que foi culpa dos movimentos sociais, mas tivemos um plano quando ainda estávamos no Colegiado Maternidade, nós tivemos um posicionamento muito bacana e positivo de discussão direta, diretorias inteiras estavam ali, diretoria da maternidade de referência, vinham todas, toda diretoria para poder discutir problemas (...)** Isso se perdeu...” (P26) (Grifo nosso).*

A transição de colegiado para fórum com perda do espaço no âmbito de gestão foi evidenciada como comprometedora para a efetividade das ações de implementação da Rede Cegonha:

“...Eu posso falar que tem uma coincidência de fatos, a transição e a perda de resolutividade ligada ao fórum, acho que temos pelo menos uma coincidência...”(R – MP). “A perda do colegiado impactou significativamente com essa resolução (dos problemas) ” (P26) (Grifo nosso).

A mudança de gestores na SESAB também foi destacada como fator influenciador:

“Também teve uma mudança de gestão, que é outro fator a ser considerado e são perfis completamente diferentes do secretário anterior para o secretário atual, este é outro fator que tem que ser considerado” (P26) (Grifo nosso).

A pesquisa de campo, por meio de reuniões, encontros e discussões, evidenciou o interesse de gestores das maternidades de reativação do Colegiado de Maternidades, a fim de que se retome um espaço mais resolutivo para os desafios da rede. Esta é uma decisão de domínio da SESAB que parece compartilhar a compreensão da importância deste espaço como instrumento estratégico de gestão.

*“P: E hoje, o que dificulta a implementação novamente, a reativação desse Colegiado? E: Nada, só **decisão política de gestão** (...). Não é decisão de política partidária, é decisão política de gestão, da secretaria de reimplantar. Como existia o pressionamento (no espaço do colegiado), talvez, eu não sei se posso dizer com certeza, mas, talvez, esta migração seja justamente por causa disso, da gestão” (P26) (Grifo nosso).*

9.3. Governança, Gestão e Qualidade da Atenção ao Parto e Nascimento

Considerando-se os desafios da rede, anteriormente relatados, para a garantia de acesso da gestante a uma unidade de assistência ao parto e nascimento, foi analisada no estudo a influência da governança e da gestão na promoção da qualidade da atenção, do “valor” de cuidado disponibilizado à mulher e à criança.

A Rede Cegonha, no componente parto e nascimento, propõe a implementação de um Colegiado Gestor nas maternidades. Busca-se, promover uma modernização gerencial que permita a participação de gestores e trabalhadores na promoção das mudanças propostas. O conceito mais dialógico e comunicativo em torno da qualificação da assistência tem como premissa o deslocamento do esforço de coordenação para as equipes que assistem diretamente

o paciente e o compartilhamento de saberes entre gestores e profissionais do cuidado (BERNARDES et al, 2007).

O processo de comunicação estimulado pelo modelo é um fator facilitador do sentimento de pertencimento a ser despertado nos profissionais envolvidos para o novo modelo proposto. A realidade das instituições hospitalares com perfil de gestão tradicional envolve, geralmente, equipes com trabalho isolado no seu espaço e desconhecimento de fluxos e estrutura de outros setores (BERNARDES et al, 2007). As discussões em grupo de composição multiprofissional favorecem a sensibilização e convencimento para a superação de resistência à mudança de cultura na execução dos processos de trabalho.

O Colegiado Gestor está implementado em 66,6% (6/9) das unidades do estudo. Em duas unidades, já existia anteriormente à iniciativa da Rede Cegonha. Conforme os relatos, os fatores facilitadores para a sua implementação foram a decisão da gestão da unidade e o entendimento da importância de um espaço de discussão com ampla representatividade. A cobrança da SESAB para implantação do modelo foi também citada por entrevistado como “*a visão da gestão da necessidade de se adaptar às novas regras*” (P16).

“A gente começou o colegiado com todo mundo apresentando cada sessão, tinha um setor que apresentava seu serviço dentro da unidade, as dificuldades, as facilidades, tudo isso que você tá me perguntando, com que setor tinha mais. Então, a gente começou a discutir e resolver várias questões em tempo real. Então, não tive dificuldades” (P3) (Grifo nosso).

Das 6 unidades, 5 informaram não ter enfrentado dificuldades para sua implementação. Uma delas referiu que, para sua implantação, em função do entendimento inicial dos participantes de que seria um espaço para ajustes e reclamações da diretoria com os trabalhadores, o diálogo foi importante instrumento para vencer resistências:

*“Muitas (dificuldades)! A implantação, na verdade, quando eu assumi a gestão, a gente não tinha um colegiado gestor que tivesse o hábito de se reunir mês a mês para discutir as questões do hospital. Como, dentro da gestão, quase todos os coordenadores, em sua grande maioria, permaneceu nessa gestão, eles não tinham o hábito. Então, assim, quando a gente começou a formular um cronograma de reuniões de colegiado, parecia que se falava de algo como se **"poxa, agora vamos só para ser puxada a orelha"**. Com o trabalhar, nesse dia a dia, de mostrar importância, de **mostrar que o colegiado fortalece a gestão**, que fortalece as ações, eles já estão mais leves e começam a se visualizar como um fator determinante e importante para as realizações das ações!”* (P14) (Grifo nosso).

Dois dos desafios mais comumente citados para a implementação das práticas de assistência ao parto, baseadas em evidências científicas, não estão sob governabilidade dos diretores das maternidades da rede própria do Estado, ou seja, a recomposição de recursos humanos e a readequação de estrutura física. A autonomia desses gestores revelou-se relativa, limitada, com processos centralizados na SESAB:

*Analisando o processo de gestão ficou muito claro que eh...A maternidade X cresceu em demanda, e a estrutura permanece a mesma, a dotação orçamentária permanece a mesma, os processos de compra são centralizados na SESAB, onde o diretor tem uma autonomia relativa, então, em determinados aspectos ele tem autonomia política, ele tem autonomia em decisões do cotidiano, **mas a autonomia administrativa e financeira é uma autonomia muito relativa, muito limitada, isso complica o processo de gestão das maternidades.***

(...)

*a governança do hospital, por exemplo, sem a autonomia financeira a governança é extremamente limitada, entendeu? (...) E hoje as unidades próprias não têm autonomia financeira(...) Não tem autonomia financeira, só tem um pequeno recurso que não aumenta, que não dá pra pagar (...) Ele é pra pagar contratos, alguns contratos, pra manter contrato de manutenção predial, corretiva(...) isso é o próprio diretor do hospital que faz, **o restante é tudo centralizado na SESAB**(...) As grandes compras são (feitas pela) secretaria. Então, tem uma grande, tem uma questão que a gente discutia muito à época que é o seguinte: nós tínhamos dois modelos dentro da diretoria geral, a gente tinha um **modelo da gestão indireta que eram hospitais contratualizados**, hospitais sob gestão indireta, contratos de gestão que tinham metas e eles eram auditados e avaliados de acordo com a obtenção de metas, só recebiam de acordo com o faturamento, a meta(...)” (P30) (Grifo nosso).*

O relato acima traz um importante aspecto a respeito de metas quali e quantitativas previstas no processo de contratualização das unidades de gestão indireta da SESAB. Esta fase, prevista na portaria que instituiu a Rede Cegonha, não se efetivou nas unidades de saúde próprias do Estado. Trata-se de importante ferramenta de monitoramento e avaliação das mudanças propostas pela Rede Cegonha. O acompanhamento da implementação das ações é realizado por representantes indicados pelo Grupo Condutor Estadual das três instâncias, SESAB, COSEMS e Ministério da Saúde, por meio de entrevistas aos gestores e coordenadores das unidades de saúde e visitas às maternidades com indicadores priorizados como referência para construção de relatório: ACCR, presença do acompanhante, contato pele a pele e taxa de ocupação da maternidade.

A resistência à mudança, terceiro elemento dificultador mais referido pelos entrevistados, é um fator que a gestão das maternidades tem enfrentado por meio dos espaços de discussão, sensibilização, capacitação, diálogo e escuta. Percebemos um perfil comum nos

gestores das unidades quanto à determinação e empenho para superar os desafios até aqui apresentados. A formação profissional destes gestores incluiu médicos obstetras ou neonatologistas e enfermeiros obstétricos, com especialização em gestão hospitalar ou experiência em gestão de unidade hospitalar do SUS.

A presença do apoiador institucional, enquanto representante do Ministério da Saúde, foi referida como importante estratégia para fomentar a reflexão quanto à necessidade de mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento. Este profissional inserido em espaços da gestão, com conhecimento aprofundado sobre o processo de implementação da Rede Cegonha, por vezes com esta vivência em outros locais, e com um trânsito e comunicação facilitados com a governança, apresentou-se como forte aliado para superar dificuldades identificadas.

Quanto às boas práticas de atenção ao parto avaliadas neste estudo não foi apresentado pelas unidades um acompanhamento ou registro regular do percentual de pacientes para as quais foram efetivamente aplicadas. As justificativas referiram-se à superlotação e/ou déficit de pessoal. Ressaltamos, entretanto, que as práticas habitualmente monitoradas pelo Ministério da Saúde, nas visitas para emissão de relatório quanto à manutenção das habilitações das unidades hospitalares, foram mais frequentemente controladas.

Monitoramento, palavra que desdobra de monitor do latim *monitum*, que significa aquele que faz pensar, que adverte, que dá conselho, é um importante instrumento de acompanhamento do processo de implementação de determinada política. Permite, assim, a correção de rumos para o alcance das metas propostas no planejamento (VAITSMAN; RODRIGUES; PAES-SOUSA, 2013).

O monitoramento é, assim, uma ferramenta estratégica da gestão. Carvalho et al. (2005) afirmam a complexidade e subjetividade nos processos de gestão:

Os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento). Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços (CARVALHO et al, 2012).

Os autores ressaltam características estratégicas dos sujeitos que, quando implementadores de uma política, tornam-se importantes agentes com capacidade de potencializar a sua concretização ou de boicotá-la mais, ou menos, explicitamente. Isto

reforça a importância do monitoramento para verificar o processo de implementação, suas fragilidades e potenciais fatores facilitadores. O acompanhamento das metas com indicadores previamente selecionados reforça o acordo entre as partes do objetivo proposto e sinaliza ao implementador a vigilância do gestor na execução do contrato.

O modelo de gestão da saúde no Estado é, em grande percentual, centralizado na SESAB. As evidências do campo trazem para discussão as dificuldades enfrentadas pela gestão e acompanhamento das redes, entre elas a Rede Cegonha, em virtude do grande volume de unidades de saúde administradas pelo Estado.

*“A Rede Cegonha não tratou de modelo de gestão, porque isso é modelo de gestão. A Rede Cegonha que ai é uma coisa importante, toda política de saúde ela é uma lógica de cuidado, de organização de serviço. Só que ela é **uma lógica de organização de serviço que encontra serviços, né, fincados em processos de gestão**, que, na Bahia, é diferente de Pernambuco, é diferente do Pará, é diferente de São Paulo, é diferente... os processos de gestão de serviço são diferentes, a partir da cultura institucional de cada local, e **encontrou na Bahia uma malha imensa sob o poder do estado, uma dificuldade pesada, uma dificuldade de garantir a plenitude de tudo, então ela encontrou esse cenário. ..**”(P30) (Grifo nosso).*

*“Com a desorganização desses três entes, quando não conversam entre eles três, ficam estes problemas. A proposta desde quando eu estudo saúde é que a saúde tem que estar perto da população, quem é o ente que pode estar mais perto? é o município, coincidentemente a Bahia tem apenas comando único, um município (o percentual de municípios) que recebe o dinheiro e consegue fazer contrato e acompanhar fundo a fundo é de 20 a 25%, então **nós temos 417 municípios e apenas 25%, que são 93 que têm comando único**, isto significa que **trezentos e poucos municípios é o estado que faz o contrato, é o estado que tem que monitorar**, porque o recurso tem que vir, quem vai fazer o contrato quando o dinheiro entrar é o ente que vai receber o recurso e de acordo com o decreto todos são plenos, responsáveis pelos seus municípios, onde você for tem que acompanhar passo a passo todas referências, este é o decreto da presidente Dilma, o 7508 de 2012, ela já colocou lá que todos os municípios são plenos de suas responsabilidades, isto significa que todos os municípios são responsáveis” (P2) (Grifo nosso).*

Efetivamente, a partir de 2010, a gestão estadual e dos municípios deixa de ser plena, tornando-se gestão compartilhada. Um dos entrevistados traz à memória este momento:

*“Nós temos na Bahia um atraso, um pensamento muito ainda de país atrasado, muito ainda dependente do sinhozinho porque **o município não pede o direito dele, o estado não provoca, a união não incentiva e ficam passando os anos, porque a NOB que já estabelece o pleno, a NOB é de 1996, a Bahia foi o último estado a ter todos os municípios na NOB, foi até Paulo Afonso, [Norma Operacional Básica], ela já trazia o pleno na Atenção Básica e o pleno do sistema, e já tinha o NOB 93, então a gente tinha a 93 e a NOB semi plena, essas discussões já aconteceram desde lá, e***

a Bahia é o último estado que o município entra na Atenção Básica, porque antes a Atenção Básica era do estado, da união, na verdade, aí o ministério e o estado e o COSEMS discutem e a Atenção Básica começa a pertencer ao município”(...) As gestões estaduais e municipais tiraram isto em 2010, a Bahia em 2010, quando ela aprova a definição de que não vamos ter mais termos de entes públicos, a PPI derrubou o termo de entes públicos” (P2) (Grifo nosso).

Do ponto de vista da concentração de recursos das redes temáticas do Ministério da Saúde no Estado, ressaltaram-se dados de entrevista a respeito da intencionalidade da SESAB, à época, de otimização de recursos na aplicação de economia de escala dos serviços. Isto dificultou o acompanhamento das metas, bem como diluiu a vigilância necessária para um grande número de unidades de saúde:

*“...porém essa política de escala, aí eu vou usar um ditado baiano que é o seguinte: **“quem muito abraça, pouco aperta”**, e aí foi exatamente o que aconteceu. Então a Rede Cegonha acabou, no que diz respeito à assistência e atenção hospitalar, acabou sendo devorada dentro da urgência e emergência, no geral, e deixou de, efetivamente, ser uma prioridade que deveria ter, talvez, que se ficasse com mais responsabilidade dos polos regionais, talvez a história teria sido outra, né (...) Hoje nós não temos mais a gestão plena, nós saímos de uma situação de gestão plena para gestão compartilhada” (P29) (Grifo nosso).*

Associadamente, foi trazido do campo, o relato de um interesse maior do Estado por redes temáticas nas quais houvesse recurso financeiro novo a ser liberado pelo MS:

*“Porque é que o Estado se interessou em concentrar, quando veio a política de Redes? **“eu vou concentrar comigo as redes que têm dinheiro”**, então rede de urgência e emergência é uma rede que tem dinheiro novo, então, se acomodou lá (no estado), Rede Cegonha teve dinheiro novo, se acomodou lá, Rede oncológica, não, não teve dinheiro novo, “não me interessa, fica com o município”, entendeu? Então, isso criou uma distorção nos serviços de média e de alta complexidade e a atenção básica, que nunca teve prioridade mesmo, continuava na mesma situação. Então, é (...) Porque depende de o governo do Estado dar um passo atrás e **o governo do Estado não quer perder dinheiro, né?** Então, como eles não querem perder dinheiro, existe uma questão política, também, que chega não por parte dos dois secretários (...) Mas é... não existe essa disposição do Estado, **até porque o Estado fez contratações muito acima da tabela do SUS utilizando o dinheiro que sobrava das redes, então ele não tem como dar um passo atrás agora, porque ele já comprometeu....** (P29) (Grifo nosso).*

Ressaltamos, portanto, que, embora, a quase totalidade de maternidades em funcionamento no município de Salvador pertencer à rede própria do Estado, a gestão destas

unidades poderia ser realizada pela SMS, caso fosse este o entendimento entre os dois secretários de saúde, do Estado e do Município.

“Então, efetivamente, não há nenhum controle (do município) hoje sobre os hospitais estaduais e nem sobre o recurso, que 60% dele está no Estado, então, talvez, agora você compreenda porque toda vez que se discute isso, e eu digo, gente só se discute com dinheiro porque não é ficar discutindo só com o município, o hospital, ele obedece a quem paga, né?”(P29).

O monitoramento da implementação da Rede Cegonha na RMS tem sido realizado também pelo Ministério Público do Estado da Bahia. As questões aqui apresentadas relativas à superlotação de unidades hospitalares, ao déficit de recursos humanos, à insuficiência de efetividade dos leitos obstétricos e neonatais e à necessidade de adequação da estrutura física das unidades de saúde deram causa à instalação de uma Ação Civil Pública em 2012 contra o Estado da Bahia e Município de Salvador por ter sido evidenciada a necessidade de 3177 leitos hospitalares, incluindo leitos de UTI adulto, UTI pediátrico e UTI neonatal. Evidenciaram-se, ainda, Inquéritos Cíveis com finalidade de apuração de irregularidades relativas à disponibilidade de leitos, de limitação de atendimento de urgência e emergência relativos ao funcionamento de três maternidades do município em estudo. Outro Inquérito Civil refere-se à apuração da execução da Lei Maternidade Certa (Lei Municipal nº 7.851/2010).

O limite da lei de responsabilidade fiscal, e o Estado da Bahia está dentro desse limite da lei, foi trazido como limitante para ação mais contundente por parte do Ministério Público.

O subfinanciamento do SUS foi apontado como um importante agravante às dificuldades evidenciadas para a implementação das ações propostas pela Rede Cegonha. Com a aprovação da Emenda 95, registrou-se de entrevistado a preocupação com o cenário do sistema de saúde pública do país para os próximos 20 anos:

“A manutenção do que tem hoje corroído pelo processo de novo cálculo do Piso, o que foi que a emenda disse? O valor gasto em 2017, olha a importância do gasto em 2017, mais IPCA que é a inflação oficial, a inflação do setor Saúde era praticamente o dobro do IPCA ao longo dos anos, isso quer dizer que ao longo dos 20 anos vou ter uma redução significativa. O IPEA fez uma projeção, o CONASEMS fez uma projeção de perda de 400 bi (bilhões de reais) ao longo desses 20 anos, o IPEA fez vários cenários e verificou uma perda de 200 a 600 bi (bilhões de reais) ao longo desses 20 anos no setor de saúde...” (P26) (Grifo nosso).

Questões de ordem política foram trazidas para reflexão:

“Talvez o grande pecado do Sistema Único de Saúde, é um pecado que é anterior até a própria política, foi não ter conseguido cooptar a classe média trabalhadora ao SUS. O sonho da classe média trabalhadora é ter plano de saúde e, não (ao invés de), ter um SUS bom, isso reduziu o peso do controle social do Sistema Único de Saúde, é diferente do Enem...por conta disso, o Enem... você tem a classe média trabalhadora usuária e que cobra o serviço, o Brasil não conseguiu isso (com o SUS), daí o SUS ficou sempre voltado para o pobre. Essa percepção termina gerando pouco empenho dos nossos gestores em relação a isso” (P26) (Grifo nosso).

“Sabe o que é que dizem? O poder político, ele não tem a coragem de dizer assim, ‘eu vou reduzir a assistência em saúde, eu vou diminuir o SUS, eu vou atrofiar o Sistema Único de Saúde’, ele não diz isso, assim como não teve coragem de fazer em relação às universidades federais. Mas o que ele fez com as universidades federais? Desde Paulo Renato ao governo Fernando Henrique Cardoso, o que foi que ele fez? Eu abro um mercado, vou fazer uma analogia com os planos populares, para as universidades populares, abro o mercado e vou atrofiando aos pouquinhos financeiramente as instituições, elas vão minguando, elas vão perdendo espaço, ao mesmo tempo as demandas privadas vão ganhando aos poucos. Eu não tenho coragem de fechar e privatizar, mas uso esse artifício. É a mesma coisa que está acontecendo com a saúde, essa emenda 95 está fazendo a mesma coisa com a saúde, ao longo de 20 anos nós teremos uma saúde atrofiada e o mercado tomado por planos populares, vai acontecer isso, eu não tenho bola de cristal, mas eu espero e imagino que a pressão popular vai ser maior para se reverter isso” (P26) (Grifo nosso).

Na perspectiva de controle social, o Ministério Público do Estado da Bahia construiu um projeto intitulado *Monitorar a Implementação da Rede Cegonha nos Municípios da Bahia* com vistas à

(Re) organização da atenção ao pré- natal, no parto, nascimento e puerpério, por meio de visitas a unidades básicas de saúde, maternidades e hospitais com atendimento obstétrico na rede pública de saúde, apoiando, auxiliando e orientando as Promotorias de Justiça da Capital e do Interior do Estado com atribuição na área de saúde e criação de um observatório de maternidades (PROJETO MONITORAR A IMPLMETATAÇÃO DA REDE CEGONHA NOS MUNICÍPIOS DA BAHIA)

A implementação de mudanças da magnitude do que propõe a Rede Cegonha requer estratégias para superar dificuldades inerentes à estrutura do SUS em si, bem como a construção de um cenário de apoio para vencer as resistências culturais e institucionais inerentes ao modelo de atenção ao parto e nascimento.

A partir da experiência com o PQM, o MS entendeu a necessidade de instrumentos de aproximação aos hospitais universitários e de ensino e unidades acadêmicas da área da saúde, a fim fortalecer a implementação das mudanças propostas:

Projeta-se como fundamental a necessidade de criar estratégias para a inclusão dos Hospitais Universitários do país e das faculdades da área da saúde na Rede Cegonha. Também avaliar a possibilidade de Termos de Ajuste para implantação das práticas baseadas em evidências científicas em obstetrícia e neonatologia para assegurar formação adequada dos profissionais (RELATÓRIO FINAL PQM, 2012).

Com este objetivo, foi lançado em julho de 2017 o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – *APICE ON*. Trata-se de uma iniciativa/ramificação para reforçar a implementação das mudanças da estratégia Rede Cegonha, a partir da integração ensino-serviço, inicialmente, em 96 Hospitais com atividade de ensino distribuídos entre os 27 estados do país. Os objetivos específicos estão assim definidos:

Qualificar o ensino e o exercício da obstetrícia e neonatologia, com base nas melhores evidências científicas, segurança e garantia de direitos; Promover a incorporação das Diretrizes Nacionais para o Parto Normal e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, do MS; Fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva com oferta de anticoncepção pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA); Implementar a atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual; Implementar a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e aborto legal; Fomentar a articulação entre a gestão local do SUS e os hospitais com atividades de ensino, com vistas ao fortalecimento da atuação em rede e a sustentabilidade das estratégias implementadas; Estimular o desenvolvimento de pesquisas de inovação relativas aos cuidados na atenção ao parto, nascimento e abortamento, saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual (RESUMO EXECUTIVO DO PROJETO *APICE ON*, 2017).

Percebemos, nesta proposta, uma iniciativa do MS, enquanto instituição da governança indutora das mudanças, a busca de um ambiente de formação e capacitação comprometido com a atenção ao parto, nascimento e abortamento baseado em evidências científicas. Associado à qualificação do cuidado materno-infantil, ter-se-á profissionais de saúde como potenciais multiplicadores do aprendizado em serviço ao concluírem seus respectivos cursos. Em paralelo, o envolvimento concomitante dos gestores estadual ou municipal de saúde do SUS, que contratualizam esses hospitais, favorece o compromisso com as práticas do projeto, bem como o monitoramento da implementação, por meio de indicadores que podem ser inseridos

nos contratos. De forma estratégica, instituições representativas desses hospitais, como a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, estão como apoiadoras do projeto.

A aceitação da mudança pode ser facilitada a partir do entendimento da cultura das instituições e perfil dos agentes implementadores (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014). A sensibilização de sujeitos, por meio do fortalecimento da inserção da Rede Cegonha no ambiente acadêmico, pode-se tornar um importante instrumento para ampliar a potência da sua implementação.

O projeto amplia o foco para a atenção à saúde sexual e reprodutiva que, embora inserida na Rede Cegonha, foi secundariamente priorizada em relação à atenção ao pré-natal, parto e nascimento. A atenção humanizada à mulher em situação de violência sexual foi também destacada neste projeto.

Emergiu, ainda, dos dados a importância da legitimidade e credibilidade do decisor, instrumentos importantes para implementação de uma política, conforme Testa (2007). Por se tratar de uma estratégia ministerial com normativas legais e recomendações baseadas em evidências científicas, a aceitabilidade das mudanças propostas, quanto ao modelo de atenção ao parto, foi favorecida.

Identificamos que o planejamento estratégico da estrutura e organização da rede no Plano Regional da RMS não considerou as formas e meios, entre eles a necessidade de financiamento suficiente para o custeio de unidades de atenção ao parto, para que os municípios em torno da metrópole atendessem às metas pactuadas. O financiamento, conforme Mendes (2011) é um importante fator a ser considerado pela governança para a tomada de decisão. Um escalonamento de ações e atividades a serem assumidas precisaria ser considerado com base na real capacidade de recursos, bem como para melhor prever, neste período, a necessidade de se fortalecer a estrutura da rede assistencial em Salvador para o habitual apoio aos municípios em torno.

Por outro lado, a contratualização das unidades de saúde, importante ferramenta de monitoramento e avaliação, conforme preceitua Mendes (2011), não foi efetivada nas unidades da rede própria do estado e apresenta fragilidades nas demais unidades contratadas. O acompanhamento de indicadores quali e quantitativos relativos à atenção hospitalar e qualidade do cuidado têm sido acompanhados nestas unidades apenas por meio das visitas e relatórios de implementação da Rede Cegonha, de iniciativa federal. O Fórum da RMS tem pautado estes indicadores nas reuniões e discussões, porém, enquanto espaço de controle social, não

apresenta a efetividade daquele relativo à governança ou gestão para solucionar os desafios apresentados.

As fragilidades do aparato administrativo da SESAB, sejam aquelas relativas à estrutura física, sejam as de ordem de pessoal ou financeira apresentaram-se como importantes desafios à organização da rede assistencial e às mudanças do modelo de atenção ao parto. Bertero (1988) destaca que insuficiências desta ordem podem se tornar importantes problemas à implementação de uma política.

Quanto à humanização do cuidado, observamos avanços importantes a partir de 2011, porém ainda distantes do preceituado nas propostas da Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar e dos conceitos ali inseridos. O acesso garantido e qualificado, o fortalecimento das relações entre usuários e prestadores do serviço, bem como as condições adequadas de trabalho para o cuidador apresentaram-se com processos lentos em curso e como metas a serem perseguidas pela governança.

Torna-se importante destacar que, conforme destacado por Nielsen (2010), a proposta de uma governança em rede com discussões e compartilhamento de responsabilidades, despertando o sentimento de pertencimento aos sujeitos, enquanto indivíduo e grupo, favoreceu a implementação das mudanças.

A acreditação, fase importante para se consolidar a qualificação e efetividade da rede assistencial, é, ainda, uma meta a ser alcançada pela governança no município em estudo.

9.4. Mortalidade Materna e Neonatal

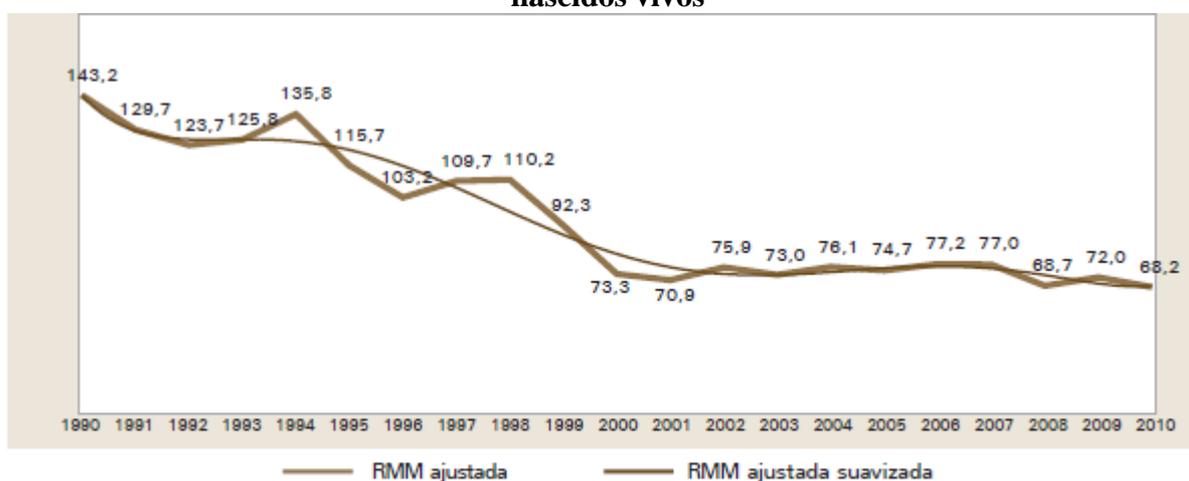
Tem-se, entre os objetivos da Rede Cegonha, a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Conforme inicialmente apresentado e pelos motivos expostos, não é objetivo do presente estudo analisar algum impacto da implementação da Rede Cegonha nestes indicadores. Faremos, tão somente, uma reflexão analítica da necessidade de fortalecimento de estratégias, entre elas, a própria Rede Cegonha, para que esta meta seja alcançada.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) incluíram a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna, respectivamente, objetivos 4 e 5. As metas globais, muito ambiciosas, buscavam a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos e, em $\frac{3}{4}$, da taxa de mortalidade materna. Dificuldades de acesso oportuno aos serviços de saúde, falta de qualidade da atenção materno-infantil e demora na identificação e manejo de complicações relacionadas à gravidez permanecem como

grandes desafios a serem superados para a redução da morbimortalidade materna e infantil em todo o mundo (SOUZA, 2015).

Entre 1990 e 2011, observou-se no Brasil uma redução da mortalidade materna de 55%. Em 1990, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, reduzindo-se a 64 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2011, ainda elevada e distante da meta de 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos para 2015 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) Brasil, 1990-2010 por 100.000 nascidos vivos



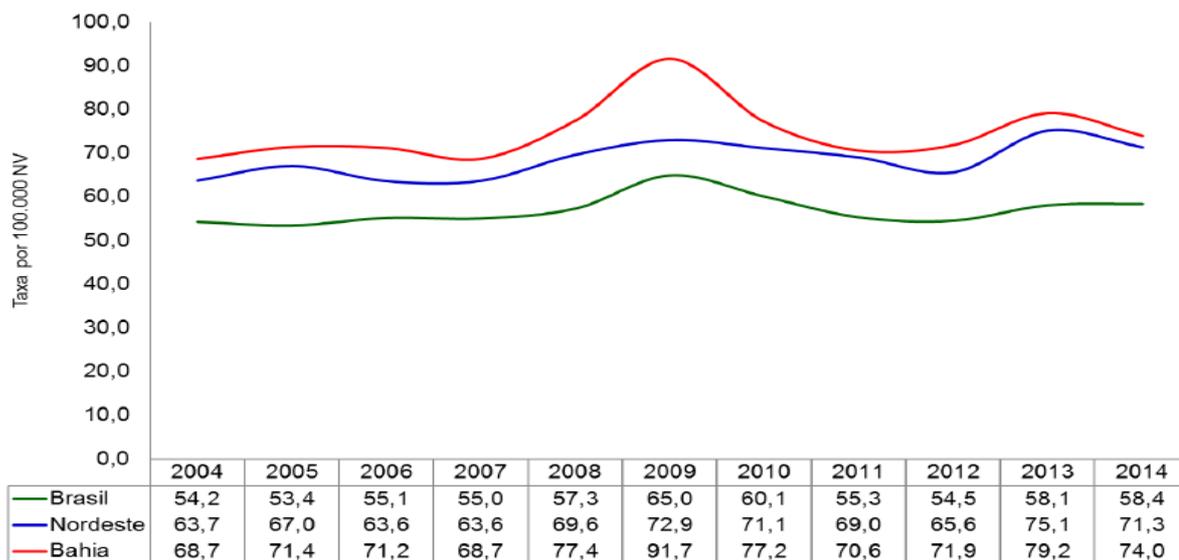
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informações sobre Mortalidade.
Nota: A RMM foi suavizada por uma função polinomial grau 6 com $R^2=0,9537$.

Entre os anos de 2000 e 2010, portanto, ao longo de uma década, a RMM no país apresentou uma discreta redução, variando de 73,3 para 68,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Na Bahia, entre 2003 e 2013, a RMM oscilou em torno de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos, à exceção do ano de 2009 em que se atinge a cifra de 91,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Este ápice provavelmente se deveu à pandemia da Gripe Influenza AH1N1pdm e foi também identificado em outros estados do país, bem como nas taxas nacionais deste indicador.

Em 2012, os municípios baianos que registraram as mais altas taxas de mortalidade materna foram os seguintes: Salvador (67,31 -25 casos/ano), Juazeiro (127,98 – 5 casos/ano), Paulo Afonso (263,57 – 5 casos), Camaçari (96,06 – 4 casos), Vitória da Conquista (76,22 – 4 casos) e Itabuna (93,28 – 3 casos). Em virtude da subnotificação de óbitos e de nascimentos no estado e, considerando-se a proporção de causas mal definidas de mortalidade, esses números podem corresponder a valores mínimos de ocorrência de mortalidade materna, podendo as taxas ser ainda maiores. O gráfico 4 ilustra a RMM entre 2004 e 2014 na Bahia,

no Nordeste e no Brasil, observando-se uma discreta redução deste indicador entre 2010 e 2014.

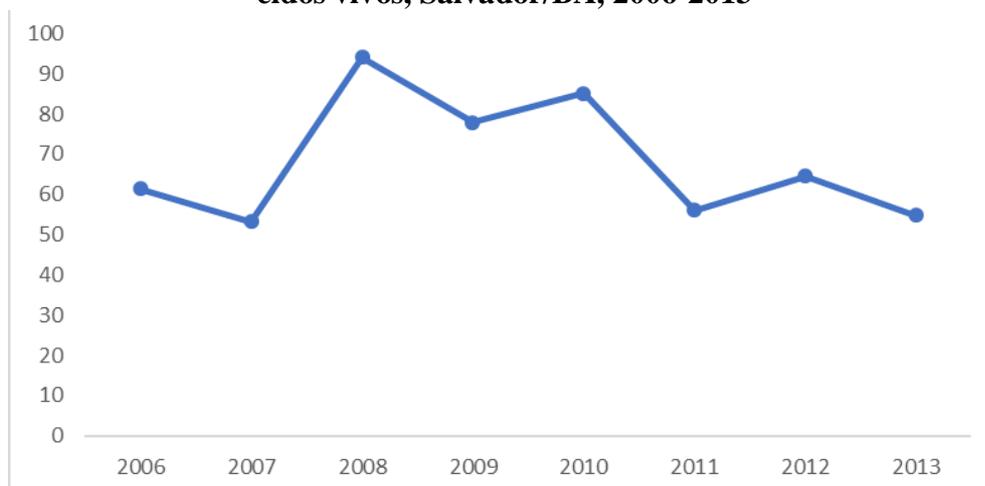
Gráfico 4 Razão de Mortalidade Materna, segundo o local de Residência, Brasil, Nordeste e Bahia, 2004-2014.



Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, 2016

O município de Salvador acompanhou a redução deste indicador, entre 2010 e 2013, por município de residência, porém com percentual mais expressivo e queda em torno de 35%, conforme evidenciado no Gráfico 5.

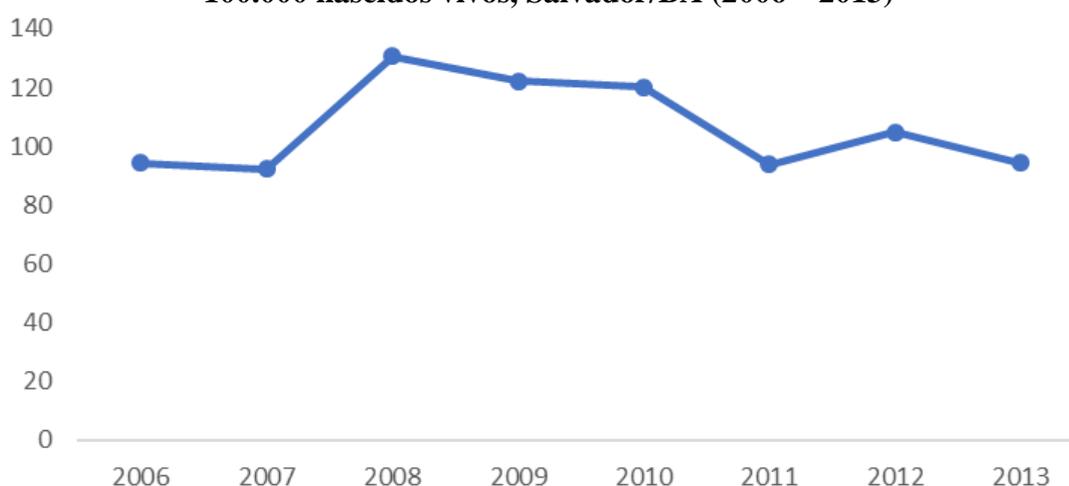
Gráfico 5 – Taxa de Mortalidade Materna por município de residência por 100.000 nascidos vivos, Salvador/BA, 2006-2013



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Salvador – SMS, 2013.

Ao se analisar a TMM por município de ocorrência, e não mais por residência, entre 2010 e 2013, a redução apresenta-se com percentual menor, em torno de 20%. Este dado pode estar relacionado a gestantes oriundas de outros municípios sem acesso a um pré-natal qualificado e/ou unidade hospitalar de alto risco, com maior vulnerabilidade a desfechos desfavoráveis (Gráfico 6).

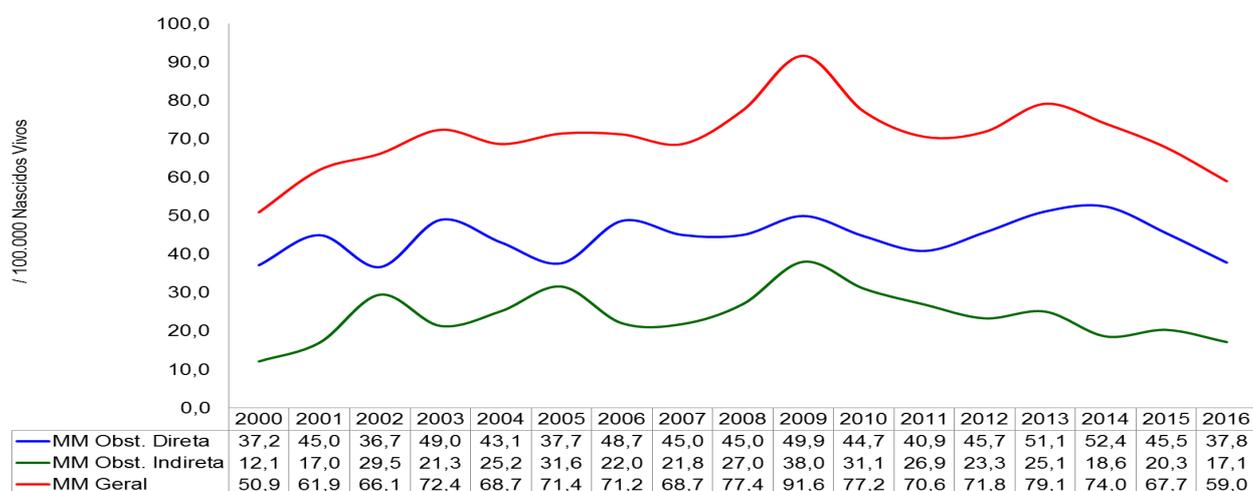
Gráfico 6 – Taxa de Mortalidade Materna por Município de Ocorrência por 100.000 nascidos vivos, Salvador/BA (2006 – 2013)



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Salvador – SMS, 2013.

As causas obstétricas diretas persistem como as mais frequentes no estado, conforme demonstra o Gráfico 7 e com discreta redução entre 2010 e 2016.

Gráfico 7- Razão de Mortalidade Materna, segundo tipo de causa, Bahia, 2000-2016



Fonte: Sesab/Suvisa/DIS - SIM *Dados preliminares, processados em 26/04/2017

Os transtornos hipertensivos e as complicações hemorrágicas mantêm-se como os responsáveis pelo maior número de óbitos neste estado (Tabela 3).

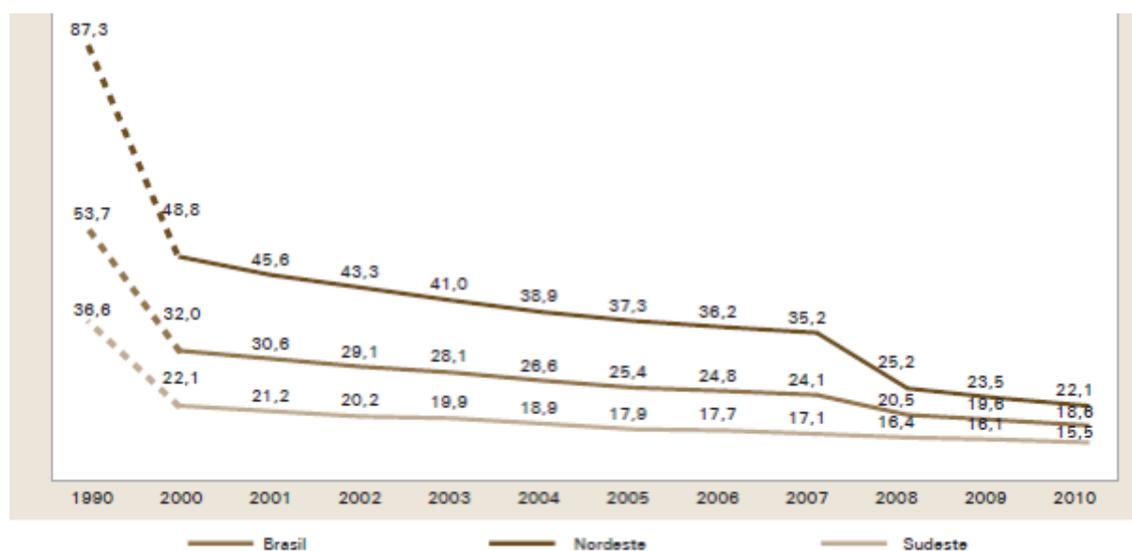
Tabela 03- Número de óbitos maternos, segundo causa direta selecionada. Estado da Bahia, 2010 – 2016

Causas Maternas Diretas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Transtornos Hipertensivos	24	24	26	32	36	28	16	467
Complicações Hemorrágicas	21	28	28	29	26	24	23	459
Infecção Puerperal	10	4	7	11	11	6	3	143
Gravidez que termina em aborto	19	12	11	4	11	13	14	230
Aborto	10	3	7	3	6	6	8	131
Outras	11	16	17	25	17	17	11	230
Total	95	88	96	104	107	94	75	1660

Fonte: Sesab/Suvisa/DIS - SIM (Dados preliminares, processados em 26/04/2017).

A redução da mortalidade infantil compôs o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4). A meta para o Brasil era reduzir o indicador para 17,9 óbitos por 1000 nascidos vivos. Os dados mostram uma expressiva diminuição desta taxa que passou de 53,7 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1990 para 18,6 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2010.

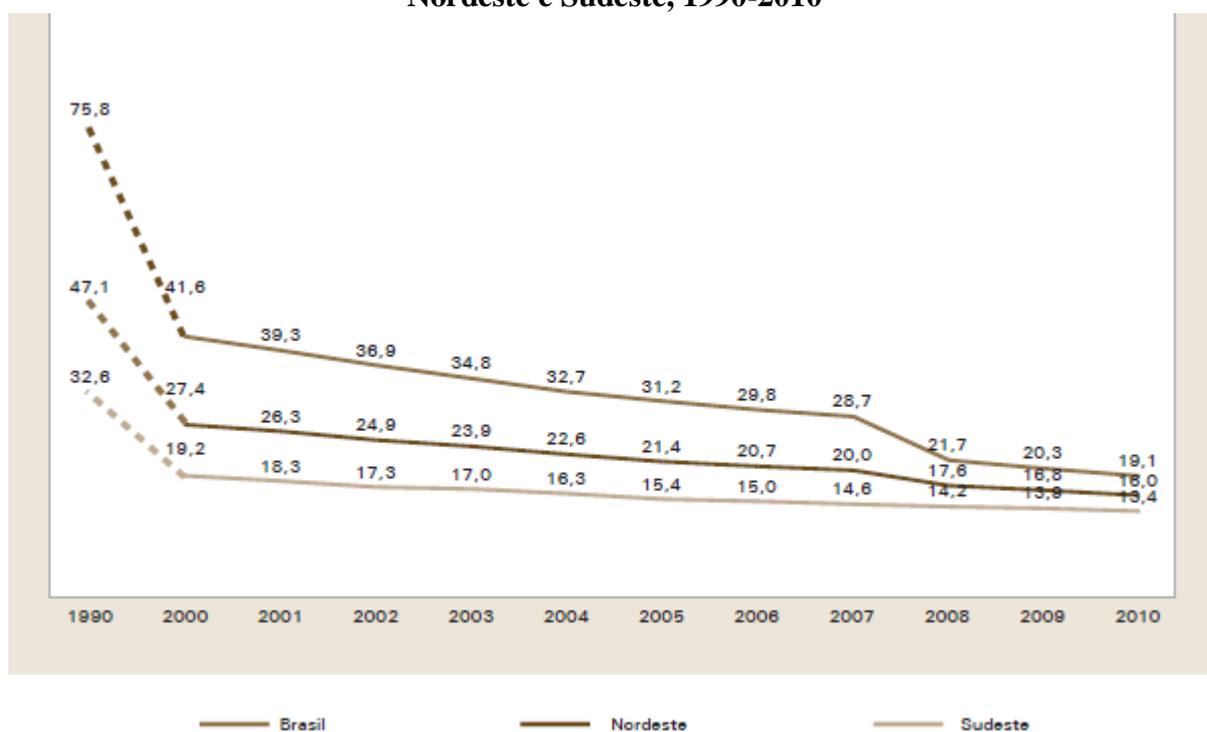
Gráfico 8 – Taxa de mortalidade na infância de menores de 5 anos de idade, nas Regiões Nordeste e Sudeste 1990/2000



Fonte: Ministério da Saúde, SINASC e SIM.

Ao se analisar a taxa de mortalidade infantil segundo a idade da criança, identifica-se uma redução mais expressiva desse indicador no componente pós-neonatal (crianças com 28 a 364 dias). Desde 2000, houve uma queda de 50,5%. A mortalidade neonatal precoce (0 a 7 dias) e a neonatal tardia (8 a 27 dias) tiveram uma redução, respectivamente, de 38,0% e 31,8%. Entretanto, a redução das mortes ocorreu principalmente no componente pós-neonatal, fazendo com que a mortalidade neonatal seja o principal componente da mortalidade infantil.

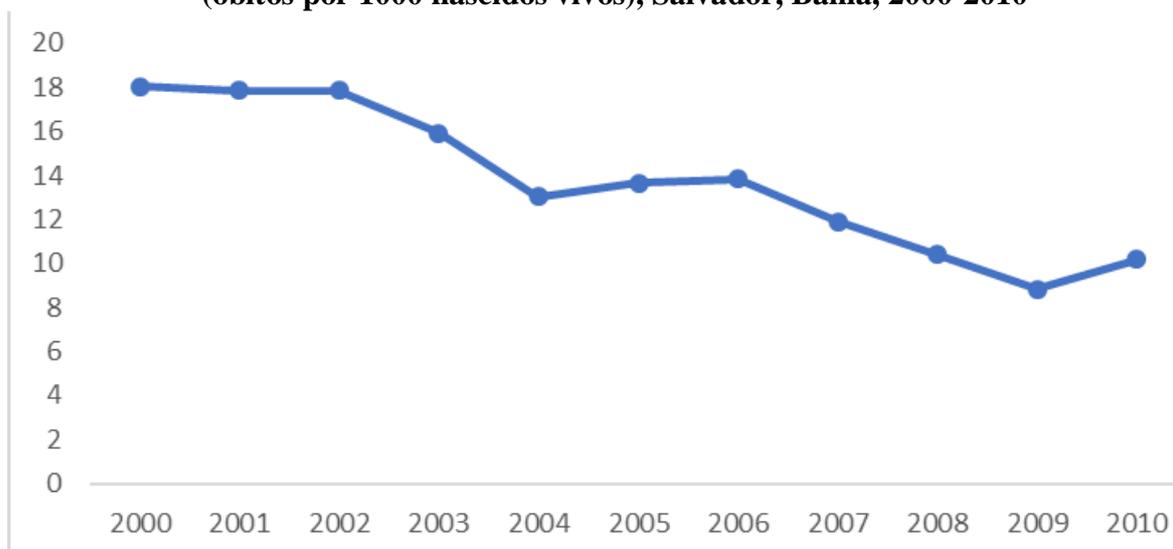
Gráfico 9 – Taxa de mortalidade infantil de menores de 1 ano de idade, nas Regiões Nordeste e Sudeste, 1990-2010



Fonte: Ministério da Saúde, SINASC e SIM.

Ao se analisar a taxa de mortalidade neonatal precoce no município de Salvador entre 2000 e 2010, a redução deste indicador também se verifica, conforme evidenciado no Gráfico 10:

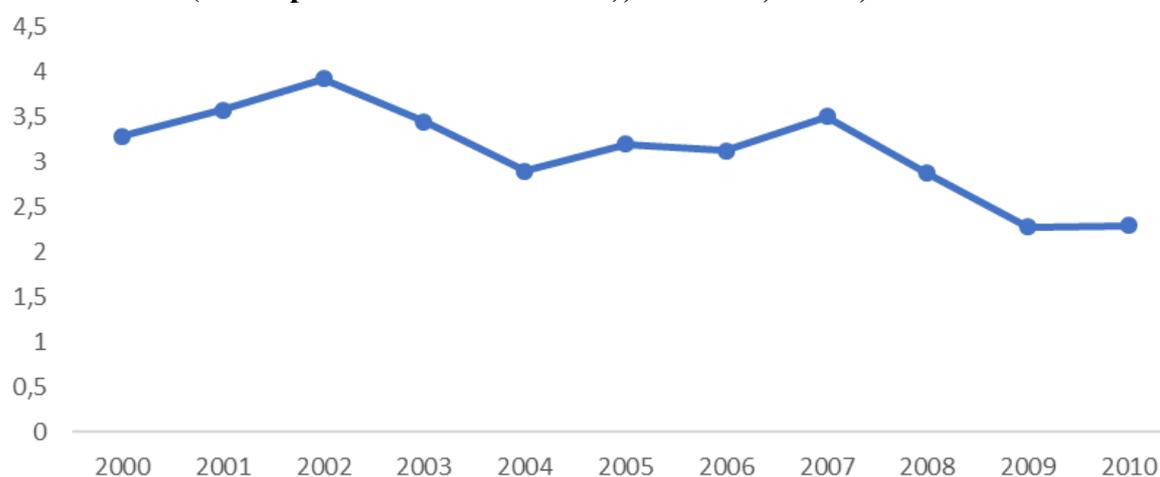
Gráfico 10 – Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce por município de residência da mãe (óbitos por 1000 nascidos vivos), Salvador, Bahia, 2000-2010



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Salvador - SMS

E é acompanhada pela redução da mortalidade neonatal tardia no mesmo período (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia por município de residência da mãe (óbitos por 1000 nascidos vivos), Salvador, Bahia, 2000-2010



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Salvador - SMS

No Brasil e na Bahia, observa-se uma lenta redução desses indicadores a partir de 2010, atingindo, respectivamente, a taxa de mortalidade neonatal, os valores de 9,9/1000 nascidos vivos (NV) e 13,8/1000 nascidos vivos em 2013. Aquelas referentes à neonatal precoce e tardia atingiram 7,5/1000 NV e 2,4/1000 NV, no Brasil, e 11,4/1000 NV e 2,4/1000 NV na Bahia (SMS, 2016).

Apesar dos esforços e de avanços identificados em vários países, as metas dos ODM não foram alcançadas no cômputo mundial. Estes temas persistem no centro da agenda global de melhorias para o desenvolvimento internacional. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) convocam gestores, profissionais de saúde e a sociedade para um esforço conjunto de eliminação da morte materna e aquela abaixo dos cinco anos de idade por causas evitáveis entre 2016 e 2030.

O objetivo 3 dos ODS, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, inclui a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e a eliminação das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Busca-se reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2016).

A taxa global de mortalidade materna em 2015 era de 210 mortes por 100.000 nascidos vivos. Para o Brasil, a meta a ser alcançada em 2030 será de aproximadamente 20 mortes para 100.000 nascidos vivos, considerando-se a taxa de morte materna de 2014.

São metas arrojadas e consideradas aspiracionais por alguns autores. Com o objetivo de auxiliar os países no desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam o cumprimento das metas dos ODS, foi criada a Estratégia Global para Melhoria da Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (*Survive, Thrive and Transform*). Ressaltam a necessidade de ações que ultrapassem os limites do combate à mortalidade em si. Deverão ser consideradas as mudanças que se tem verificado nesta população, como a redução da fecundidade, o envelhecimento, as doenças crônico-degenerativas, a excessiva medicalização, bem como a necessidade de um modelo de atenção à saúde centrado nas pessoas (SOUZA, 2015).

O Brasil, por meio das ações da estratégia Rede Cegonha, busca atingir estes objetivos. Considerando-se que a grande maioria dos óbitos é evitável e que as principais causas têm-se repetido ao longo dos anos, serão necessários esforços de toda a sociedade e comprometimento de todas as instâncias envolvidas. O empoderamento das mulheres, a qualificação da assistência materno-infantil e o fortalecimento de estruturas de monitoramento do acesso aos serviços de saúde e de vigilância e investigação dos óbitos são ações que poderão contribuir para a melhoria da saúde em importante fase da vida de metade da humanidade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“É necessário se espantar,
se indignar e se contagiar... Só assim, é possível
mudar a realidade...”*

(Nise da Silveira)

A qualificação da assistência materno-infantil, na perspectiva dos desafios enfrentados pela Rede Cegonha, é um tema tão amplo quanto a sua magnitude. Buscamos, no recorte do parto e nascimento, estudar e discutir os aspectos relacionados às dificuldades e facilidades no contexto da organização da rede e dos atores envolvidos no seu funcionamento e na implementação das mudanças propostas. Os achados empíricos, na sua diversidade e importância, abrem um leque de oportunidades para novas indagações. A vigilância aos objetivos propostos foi um exercício extremamente árduo para a autora, frente às sedutoras possibilidades de aprofundamento neste ou naquele achado.

Buscamos, assim, nesta trajetória de análise, uma reflexão para identificar aproximações, ou não, entre o teórico e o empírico, numa inquietação, amparada pelos referenciais, para pautar os pontos que necessitam ser fortalecidos na rede em estudo. Reconhecemos a possibilidade de equívocos, apesar do esforço e de uma atenção vigilante para minimizá-los. Não temos a pretensão de apontar soluções, porém, a partir do aprendizado, talvez, propor caminhos e fazer ponderações que colaborem para o fortalecimento das ações da Rede Cegonha em âmbito nacional.

A situação da rede de assistência materno-infantil no município de Salvador mostrou-se extremamente desafiadora. As dificuldades e facilidades identificadas remetem a considerações relativas aos marcos históricos da Rede Cegonha com destaque para as diretrizes do Programa Nacional de Humanização, ações governamentais para implementação das RAS e aspectos relacionados à mudança de cultura na implementação de uma política. É importante ressaltar o aspecto peculiar da Rede Cegonha, na qual o fortalecimento e organização da rede apresentam-se como uma ferramenta para um ponto crucial destacado pelos formuladores da estratégia: o empoderamento da mulher no cenário do parto, por meio da modificação do modelo de atenção ao nascimento e inserção de conceitos e ações de humanização num âmbito multiprofissional transdisciplinar.

Modificações foram identificadas na organização da rede perinatal do município, induzidas pelas ações da Rede Cegonha. O mapeamento da rede, diagnóstico das necessidades e as ações propostas no planejamento regional, mesmo que não tenham sido implementadas na sua plenitude, nestes primeiros cinco anos, produziram discussões nos diversos espaços da governança e dos ambientes assistenciais e favoreceram mudanças. Percebemos um esforço da SESAB e de gestores de unidades para agregar os pontos da rede e, assim, garantir o acesso do usuário ao atendimento oportuno, qualificado e compatível com a sua necessidade. Entretanto, fragilidades quanto às informações para uma efetiva gestão de leitos nas unidades analisadas, bem como quanto a uma efetividade de utilização dos mesmos, associadas a um precário monitoramento das ações comprometem o acesso e a qualidade da atenção na rede em estudo. Aspectos de ordem estruturante das secretarias estadual e municipal apresentam-se como importantes limitações para a efetivação de uma atenção perinatal qualificada no cenário soteropolitano.

As reformas para adequação da ambiência às normativas preconizadas pela estratégia em estudo tiveram um importante fator limitante relacionado à falta de pessoal técnico na SESAB para construção dos projetos arquitetônicos em quantitativo e com as especializações técnicas necessárias. Em concomitância, identificaram-se fragilidades na estrutura desta secretaria para atendimento às exigências documentais pertinentes às suas unidades de saúde para efetivação da liberação do recurso de capital previsto para as obras. A “janela de oportunidade” gerada pelo recurso da Rede Cegonha para as reformas, construções e qualificação da estrutura física das unidades de saúde deste estudo não pôde, neste aspecto, ser viabilizada até o momento da finalização dessa tese.

A descontinuidade de técnicos e redefinição de prioridades com a mudança da gestão da SESAB fragilizou o processo de implementação e de consolidação de ações que vinham em curso. O longo período sem reuniões do Grupo Condutor de Redes no início da nova gestão apresentou-se como um importante indicador dos desafios que se ampliaram no período para a efetivação das mudanças propostas. As discussões pela busca de avanços foram mantidas em outro espaço, o Fórum Perinatal da RMS, porém, enquanto espaço de controle social, não apresentava as condições para deliberar, diferentemente daquele outro, no âmbito da governança.

Os pontos de atenção à saúde perinatal no município, na sua grande maioria compondo a rede própria do Estado, apresentaram-se sem condições para atender à expectativa de partos preconizada pelos parâmetros da Rede Cegonha. A taxa de ocupação hospitalar apresentou-se abaixo do esperado na maioria das unidades que informou este indicador. A incom-

pletude das equipes de assistência e a costumeira irregularidade de funcionamento de algumas unidades de atenção ao parto e nascimento desorganizava as iniciativas de uma vinculação efetiva de gestantes à sua maternidade referenciada. Leitos inativos por falta de pessoal, equipes de saúde com quantitativo aquém do recomendado e demanda de pacientes aumentada, também oriunda de unidades com funcionamento suspenso, geraram ou agravaram a superlotação nas maternidades, sobrecarregando profissionais de saúde com precarização das condições de assistência ao usuário e de trabalho do profissional e seus riscos. As unidades com atividade de ensino com alunos da graduação e da pós-graduação também viram prejudicados seus campos de prática, com possíveis repercussões. Se por um lado, este contato com a atual situação do sistema público do país os ambienta para a realidade, por outro, pode estimular a fuga para outras especialidades.

Os desafios da regionalização da atenção à saúde, aqui, na perspectiva de rede, inseridos, reverberaram-se para o âmbito do município de Salvador, enquanto capital com concentração de serviços e daqueles de maior complexidade. Isto agravou dificuldades já inerentes ao acesso dos soteropolitanos a uma atenção perinatal qualificada. Observou-se que em torno de 25% dos partos realizados na capital são de munícipes de outras localidades.

Associadamente, os achados reforçam a necessidade de discutir estratégias para superar a ineficiência de utilização dos leitos na rede em estudo. Destacamos a importância de metas de transição entre os dados reais e as condições mais próximas do ideal, quanto aos indicadores de gestão hospitalar preconizados. O gerenciamento mais efetivo de leitos, a partir de informações fidedignas e monitoramento de indicadores, pode ser de grande contribuição. Ressaltamos que a gestão de leitos pode estar comprometida pelo déficit de pessoal no setor.

Foram identificadas, como causas neonatais de internação, situações cuja prevenção está relacionada à qualidade do pré-natal. O município de Salvador apresentou-se, em 2016, com um percentual de cobertura de saúde da família de 28,12%. Houve uma evolução desta cobertura que, em 2011, era de 17,54% (MS/SAS/DAB, 2017), porém ainda insuficiente. Percebemos a necessidade de ampliação do acesso destas munícipes ao pré-natal em tempo oportuno e qualificado. Embora não tenha sido foco do presente estudo, destacamos a necessidade de potencializar a capacitação das equipes de pré-natal como fator que pode contribuir para a redução da demanda de recém-natos nas Unidades de Terapia Intensiva e suas internações prolongadas. Estudos tornam-se necessários para melhor elucidar estas causas, seja por meio de uma busca ativa do pré-natal das mães de recém-natos da UTI, seja por meio do aprofundamento dos códigos de doenças informados nas guias de internação ou outros.

O subfinanciamento do SUS, que se mantém há anos, contribuiu para os desafios evidenciados no processo de implementação da estratégia. Destacamos os recursos financeiros restritos dos municípios para a manutenção de unidades de saúde para o atendimento ao parto de risco habitual. O alto custo hospitalar e das equipes assistenciais para funcionamento ininterrupto das maternidades de risco habitual, a ser assumido pelos municípios, mostrou-se como um grande desafio na implementação das ações da Rede Cegonha no planejamento regional. Os incentivos, relativos ao parto e nascimento, não incluíram recursos para apoio ao custeio destas unidades. Houve priorização da qualificação e/ou ampliação de leitos para gestantes e recém-natos de alto risco.

O déficit de pessoal identificado na maioria das unidades do estudo foi associado, não somente a dificuldades financeiras inerentes à realidade do país e do estado, como também a limitações de teto orçamentário do gestor e decisão política da governança e da gestão estadual quanto à definição de prioridades para aplicação dos recursos. Percebemos que a forma de repasse dos recursos, inicialmente especificada para determinada rede de atenção à saúde, permite a utilização dos mesmos em outra especialidade, ao serem incluídos na Secretaria num único montante de alta complexidade, por exemplo. Desta forma, as áreas técnicas do Ministério da Saúde têm como monitorar as metas, se alcançadas ou não, mas faltam meios para garantir se a utilização do incentivo foi especificamente na rede para a qual foi destinado.

A trajetória do usuário pelos pontos de atenção à saúde da Rede Cegonha neste município apresenta fragilidades quanto à garantia e qualidade do acesso. A superlotação das unidades e suas consequências vulnerabilizam o cuidado à mulher e à criança no momento do parto e nascimento. A implantação do acolhimento com classificação de risco e do modelo “vaga sempre” nas unidades de saúde associados às estratégias de fortalecimento da vinculação das pacientes a maternidades específicas minimizaram as possibilidades de peregrinação de gestantes e seus riscos. Estes foram importantes avanços conquistados a partir das iniciativas da Rede Cegonha. Percebemos, entretanto, a necessidade de consolidação destas ações por meio de condições de assistência que garantam a segurança do cuidado após a internação hospitalar.

No âmbito da humanização do parto e nascimento, a presença do acompanhante nas unidades de saúde, embora ainda não completamente integrada a todos os momentos do parto e à perspectiva de livre escolha da gestante, foi outro achado exitoso da implementação. Avanços importantes foram identificados a partir de 2011, porém ainda distantes do preceituado nas propostas da Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar e dos conceitos ali inseridos. A lei específica instituída em 2005 apresenta, ainda, dificuldades para se

consolidar enquanto direito cidadão, mas percebemos uma evolução no processo com indícios de superação de resistências institucionais e no âmbito dos profissionais de saúde. O acesso garantido e qualificado, o fortalecimento das relações entre usuários e prestadores do serviço e a presença de condições adequadas de trabalho para o cuidador são processos lentos em curso e instituem-se como metas a serem perseguidas pela governança.

As práticas de atenção ao parto com base em evidências científicas, preconizadas pela OMS, favoreceram a centralidade do cuidado na mulher, na criança e na família, bem como buscaram o fortalecimento deste cenário enquanto processo fisiológico e humanizado da atenção à saúde. Destacamos os esforços empreendidos por meio das discussões e sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para a sua implementação nas unidades de atenção ao parto e nascimento. As resistências (naturais e esperadas) às mudanças das práticas foram fortalecidas pelas dificuldades estruturais da rede e de seus pontos de atenção. O início de superação desta realidade foi favorecido por ferramentas da Rede Cegonha não identificadas, à exceção do PQM, nas iniciativas governamentais anteriores a esta estratégia: a criação dos espaços de discussão e a inclusão dos apoiadores institucionais como elo entre as maternidades e as áreas técnicas do Ministério da Saúde para o suporte e o monitoramento das ações propostas. Estes instrumentos mostraram-se como importantes diferenciadores para a implementação da estratégia.

As capacitações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e SESAB, bem como as visitas a serviços de saúde com implementação exitosa destas práticas favoreceram a criação de quadros de profissionais multiplicadores dos processos. Na perspectiva da atenção ao parto e nascimento, destacamos a inclusão e fortalecimento da atuação do enfermeiro obstétrico no cenário da atenção a gestantes de risco habitual, a partir das iniciativas da Rede Cegonha. O cuidado multiprofissional num âmbito transdisciplinar à mulher e à criança no momento do parto mostrou-se em efetivação, a demandar ações que o insiram na rotina das unidades de saúde.

Percebemos que as ações da Rede Cegonha relativas às “boas práticas” de atenção ao parto e nascimento têm uma implementação heterogênea entre as unidades do estudo, tanto do ponto de vista da diversidade de práticas instituídas como da efetivação regular das mesmas entre as diversas equipes da assistência das unidades. Esta análise desdobra de relatos dos entrevistados e das observações diretas. Ressaltamos que o registro e monitoramento de efetivação desta ou daquela prática por meio de indicadores percentuais é ainda incipiente nas maternidades pesquisadas. Há instrumentos de registro das mesmas, porém não percebemos uma uniformidade dos mesmos entre as unidades, bem como a utilização destes dados como

norteadores de tomada de decisão para mudanças estratégicas na implementação do novo modelo de atenção.

Verificamos, porém, que as práticas priorizadas pelo Ministério da Saúde nas avaliações e monitoramentos presenciais foram mais frequentemente registradas nas unidades de saúde. Ressaltamos, portanto, a importância estratégica do papel do Estado enquanto indutor de mudanças num perfil de acompanhamento das dificuldades e avanços loco-regionais para a implementação de políticas públicas. Neste aspecto, torna-se relevante registrar que, no caso em análise, verifica-se incentivo financeiro agregado à efetivação das mudanças preconizadas.

Registramos que as fragilidades do aparato administrativo da SESAB, sejam aquelas relativas à estrutura física, sejam as de ordem de pessoal ou financeira apresentaram-se como importantes desafios à organização da rede assistencial e às mudanças do modelo de atenção ao parto.

Neste monitoramento de efetivação de melhorias da atenção obstétrica e neonatal, o Ministério Público do Estado mostrou-se como importante motivador de mudanças. Enquanto órgão fiscalizador do respeito aos direitos dos cidadãos, identificamos um papel importante desta instituição como deflagradora, por vezes, de ações mais céleres da SESAB para as necessidades identificadas na rede. Recentemente, foi constituído por este órgão o Projeto de Acompanhamento da Implementação da Rede Cegonha na Região Metropolitana de Salvador.

Enquanto formuladores da estratégia em estudo, as coordenações das áreas técnicas de atenção à saúde da mulher e da criança do Ministério da Saúde têm-se mostrado atentas às necessidades de potencializar as ações iniciais para fortalecimento das propostas da Rede Cegonha. Nesta perspectiva, observamos aproximações destes setores às sociedades e segmentos representativos da qualificação da atenção materno-infantil para discussões e busca de estratégias. Manuais com as diretrizes para o parto normal e parto cesariano foram criados.

Em recente iniciativa, o Ministério da Saúde lançou o Projeto intitulado Aprimoramento e Inovação do Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - APICE ON, que busca fortalecer as diretrizes propostas pela Rede Cegonha nos hospitais e maternidades com atividades de ensino. A consolidação das “boas práticas” do parto e nascimento nestes espaços favorece a criação de multiplicadores no campo da graduação e da pós-graduação, futuros profissionais a se inserir nos serviços do sistema de saúde do país, público e privado. Este projeto apresenta-se como importante instrumento para o fortalecimento e integração das “boas práticas” e qualificação do cuidado aos espaços acadêmicos.

A Rede Cegonha buscou, nacionalmente, efetivar ações num contexto perinatal adverso onde estrutura do Sistema Único de Saúde ainda está caracterizada por inúmeros desafios. As dificuldades inerentes a este sistema perpassam pelos desafios enfrentados na implementação da estratégia. Identificamos, entretanto, que, embora a estrutura e a organização da rede assistencial ao parto e nascimento no município estudado ainda sejam deficitárias quanto à efetividade de utilização de leitos, completude das equipes, fidelidade dos dados, garantia de acesso seguro e qualificado ao usuário SUS, importantes avanços foram conquistados. As mudanças efetivadas ou em fase de efetivação precisam ser consolidadas.

Apesar das dificuldades e da necessidade de avanços, os resultados encontrados e as ações implementadas nas unidades do estudo quanto à qualificação da assistência mostraram-se como importantes motivadores para o fortalecimento dos processos e sensibilização de multiplicadores das práticas. Ressaltamos, assim, a relevância do envolvimento dos diferentes sujeitos e atores nos espaços de co-gestão, enquanto possibilidades de debates, de escuta, de compartilhamento de responsabilidades e do despertar de pertencimento. Tornam-se, assim, importantes instrumentos para a mobilização de coletivos que favoreçam a consolidação das mudanças para efetivação do protagonismo da mulher no parto enquanto cidadania e direito reconhecidos. Estas mudanças buscam, em primeira e última análise, efetivar melhorias que impactem nas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal.

Nesta perspectiva, sugerimos a discussão de estratégias que possam superar a ineficiência de utilização de leitos na rede, bem como melhor elucidar as causas de internações neonatais prolongadas. No âmbito da governança, propomos, ainda, o fortalecimento dos espaços de discussão e do modelo de apoiadores institucionais e um melhor monitoramento dos indicadores hospitalares e de gestão.

Por se tratar de uma estratégia de âmbito nacional, a análise comparada por meio do estudo de casos múltiplos favorece a identificação de fatores restritivos e catalisadores do processo de implementação. Há a possibilidade de achados diversos a partir de cenários com realidades heterogêneas num país com dimensões continentais. Estudos deste porte necessitam de recursos e tempo em maior magnitude para uma análise efetiva às demandas apresentadas.

A presente pesquisa, numa análise qualitativa, buscou identificar os fatores facilitadores e dificultadores para implementação da Rede Cegonha no recorte do parto e nascimento, bem como a influência da governança na implementação das mudanças propostas e suas implicações no município estudado. Temos consciência das limitações do recorte apresentado, embora a intencionalidade tenha sido a de estudar unidades de saúde de atenção ao parto e

nascimento numa capital estratégica para a implementação das mudanças e que pudesse, assim, de alguma forma, evidenciar dificuldades e facilidades semelhantes, em maior ou menor proporção, àquelas vivenciadas em outros municípios. Esta limitação, aqui reconhecida, deveu-se à busca de uma fidelidade à proposta do estudo, num esforço de objetivação frente ao grande volume de dados coletados por meio das entrevistas, documentos e observação direta dos espaços da realidade estudada.

Este estudo buscou identificar os desafios da implementação da Rede Cegonha para qualificação da atenção materno-infantil, no âmbito de organização da rede e de um novo modelo de atenção ao parto, num município com uma rede assistencial de cenário inquietante, muito próximo à realidade enfrentada por diversos outros do país. Não intencionamos abarcar a realidade com profundidade e na sua plenitude. Os achados encontrados foram desafiadores para o exercício da autora na concentração dos objetivos da pesquisa.

Recomendamos, desta forma, estudos posteriores que se debrucem sobre aspectos aqui discutidos, bem como sobre as indagações originadas da presente análise que necessitam de um olhar aprofundado enquanto desafios para implementação das ações da Rede Cegonha e qualificação da atenção materno-infantil. Apesar da sua magnitude, o recorte realizado, no parto e nascimento, é ainda pouco explorado entre os estudiosos do tema. Além disso, importante considerar a implementação recente da estratégia que limitou a possibilidade de analisar seus impactos para possíveis melhorias nas taxas de mortalidade materna e neonatal.

Questões inerentes ao subfinanciamento do SUS, impactantes para a implementação da estratégia, agravadas pelas recentes iniciativas governamentais, desafiam a continuidade das políticas públicas de atenção à saúde. A aprovação da PEC 95 e a autorização dos planos de saúde populares colocam em xeque os recursos necessários para a garantia da qualidade do sistema público de saúde do país, bem como evidenciam uma intencionalidade de “desresponsabilização” da saúde como dever do estado e direito do cidadão, com sérios riscos de inviabilizar o SUS e os seus princípios. A sociedade precisa pautar e priorizar esta discussão com apoio da academia e dos espaços políticos indutores da inclusão de temas na agenda do Estado.

Os aspectos abordados demandam a necessidade de futuras pesquisas que contemplem também a gestão do sistema de saúde do país, a realidade atual e perspectivas futuras no cenário apresentado das políticas públicas de saúde perinatal. Neste cenário, outros fatores precisam ser identificados para garantir ao usuário do SUS um acesso qualificado e seguro nos diversos pontos da rede. A linha de cuidado deve envolver a saúde sexual e reprodutiva, com possibilidade de planejamento familiar e de reprodução assistida, um parto humanizado com

modelo de atenção baseado em evidências científicas até o puerpério com atenção concomitante ao recém-nato realizado nas unidades básicas de saúde.

Torna-se relevante a efetivação de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança organizada e integrada que incentive o protagonismo da mulher neste cenário e favoreça a aproximação às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para redução da mortalidade materna e neonatal no país.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho et al. Institutional support: democratic strategy in the everyday practices of the Brazilian Health System (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 833-844, 2014.
- ANZILIERO, Franciele et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.
- ASSUNÇÃO, Marina Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 2, p. 05-35, 2014.
- BERNARDES, Andrea et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Resolução CIB 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Diário Oficial [do] Estado da Bahia, Salvador: SESAB, 2012.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In **MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF Caminhos para análise das políticas de saúde**, p. 138-172, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4. ed. Lisboa-Portugal: Edições 70, 2007.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4803-4814, 2011.
- BERTERO C.O. Desenho organizacional em administração pública estadual. **Cadernos FUNDAP**, abril 1988.
- BÉTRAN AP, WOJDYLA D, POSNER SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. **BMC Public Health**. 2005;5:131-42.
- BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services: a systematic review. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.
- BRASIL, M. S.; BRASIL. 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 ea articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 29, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Cegonha – 2011. Brasília, DF: Ed. Do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/negociao_060511.pdf. Acesso em: 22 set 2011.

_____. 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, 2010.

BRUYNE, P., Herman, J., & Schoutheete, M. (1977). *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.

CANESQUI, Ana Maria. Assistência médica e saúde e reprodução humana. In: **Textos Nepo**. Núcleo de Estudos da População, 1987.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CECÍLIA CHAGAS DE MESQUITA - Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo, julho 2011 **Ciência & Saúde Coletiva**, 9: 897-908, 2004.

CORREA, S. PAISM: UMA HISTÓRIA SEM FIM, 1993.

CORREIA SO, PIOLA SF. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

DE MATOS PINTO, Isabela Cardoso. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. *Revista de Políticas Públicas*, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2015.

DESLANDES, Suely F. Analysis of the official speech about humanization of the hospital assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil**. 2014.

DONABEDIAN, A. – Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.

DOS SANTOS NETO, Edson Theodoro et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2014.

HOFFMANN, Ernesto José. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção à saúde em Montes Claros, Minas Gerais-Brasil. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 510-521, 2012.

HOWLETT M., RAMESH M. **Studying public policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

HOWLETT, M.; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE.Cidades IBGE, Salvador. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/salvador/panorama>)<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=292740&idtema=118&search=bahia%7Csalvador%7Cmunicipal-human-development-index-mhdi-&lang=>> Acesso em 22 de março de 2017.

KOHLER-KOCH, Beate. **The evolution and transformation of European governance**.

LINDENBERG, S.; FOSS, N. J. Managing Joint Production Motivation: the Role of Goal Framing and Governance Mechanisms. **Academy of Management Review**, v. 36, n. 3, p. 500–525, 2011

MACIEL, Noise Pina. **Plano de qualificação da atenção em maternidades: análise em uma maternidade de Cuiabá/MT**. 2013.

MAHNKE, V. **Limits to outsourcing and the evolutionary perspective on firm boundaries**: Department Business School, Copenhagen Business School 2000.

MAIA DOS SANTOS, Adriano; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, 2014.

MARX, K. **Contribuição para a crítica da economia política**. 2ª ed. Lisboa: Estampa, 1973.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana de Saúde, 2ª edição, 2011. p. 61-208.

_____, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: **Escola de Saúde Pública do Ceará**, 2002.

_____, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. Tese de Doutorado.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: **Centro de Documentação**, 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. **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Portaria nº 4.279. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília.

NIELSEN, B. B. Strategic fit, contractual, and procedural governance in alliances. **Journal of Business Research**, v. 63, n. (2010), p. 682–689, 2010

ODM Brasil. Brasília: Presidência da República; c2009-15. Disponível em:
<<http://www.odmbrasil.gov.br>> Acesso em 24 de agosto de 2017.

OMS, 2004 - **Organização Mundial de Saúde 2004**. Método Madre Canguro: Guia Prática. Genebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. 2010.

OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA, Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf - Carmem Teixeira

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: teoria e prática. In: **Saúde coletiva: teoria e prática**. MedBook, 2014.

PASCHE, Dário Frederico et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro**, n. 52, p. 58-71, 2014.

PATAH, Luciano Eduardo et al. **Rev Saude Publica**, 45(1):185-94, 2011.

PEREIRA, Adriana Lenho; LIMA, Ana Elisa Fernandes. Host with risk classification in a public maternity. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 8, n. 7, p. 2309-2315, 2014.

PIERRE, Jon; PETERS, Guy B. **Governance, politics and the state**. 2000.

PINTO, I. C. M. et al. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Paim, J. S. /Almeida-Filho, N. A. (org.). 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p 611.

PORTARIA, Nº. 1.820 de 13 de Agosto de 2009. **Diário Oficial da União**). **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS**.

RAVINDRAN, TK Sundari. Women's health policies: organising for change. **Reproductive Health Matters**, v. 3, n. 6, p. 7-11, 1995.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: atenção à saúde organizada em redes, UNASUS, 2015.

Relatório das visitas às unidades de Obstetrícia de Salvador e Lauro de Freitas – SOGI-BA 2015

RELATÓRIO FINAL PQM - PLANO DE QUALIFICAÇÃO DAS MATERNIDADES E REDES PERINATAIS DA AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE/ REDE CEGONHA - BRASÍLIA - DF, NOVEMBRO DE 2012 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

RHODES, Rod AW. **Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability**. Open university press, 1997.

RODRIGUES, Miguel. Governança em rede: da metáfora ao objecto de investigação. **Interface Administração Pública**, p. 24-30, 2010.

ROTH, Ana Lúcia et al. Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudos. **Revista de Administração**, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.

_____. **Proposição de esquema conceitual para a governança de redes de cooperação federadas**. 2011.

SCHRAMM, J.M. A. *et al.* – **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**, 2004.

SHORTELL, S. M. *et al.* – **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SILVA, Ana Lucia Andrade et al. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife**, v. 16, n. 2, p. 139-148, 2016.

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

SILVA, Pedro Luiz Barros; DE MELO, Marcus André Barreto. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. UNICAMP, 2000.

SØRENSEN, Eva; TORFING, Jacob. Introduction Governance Network Research: Towards a Second Generation. In: **Theories of democratic network governance**. Palgrave Macmillan UK, 2007. p. 1-21.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, Joao Paulo. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

TESTA M., **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación** (El caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.

_____. Pensar en salud. Buenos Aires, **Organización Panamericana de la Salud**, 1989.

_____. Decidir en salud:¿ quién?,¿ cómo? y¿ por qué?. **Salud colectiva**, v. 3, n. 3, p. 247-257, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condiçoes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

VAITSMAN, Jeni; RODRIGUES, Roberto WS; PAES-SOUSA, Rômulo. **O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil**. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). **Integrated health services – what and why?** Technical Brief No. 1.

_____. **Making pregnancy safer: a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality**. Geneva: World Health Organization; 2000.

ANEXOS

Anexo I – OPAS - EVOLUÇÃO DA PROGRESSÃO PARA REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DESDE A FRAGMENTAÇÃO ABSOLUTA ATÉ AS REDES INTEGRADAS

Âmbito da abordagem	Atributo essencial	Nível de progressão dos atributos que confirmam as Redes Integradas de Serviços de saúde		
		I Rede Fragmentada	II Rede parcialmente integrada	III Rede Integrada
Modelo Assistencial	1. População e território	Sin população/território a cargo	População/território a cargos definidos, mas com escasso conhecimento de suas necessidades em Saúde.	População/território a cargos definidos e amplo conhecimento de suas necessidades em saúde, das quais determinam a oferta de serviços de saúde.
	2. Oferta de Serviços	Inexistente, muito limitada ou restrita ao primeiro nível de atenção	Compreende todas as maiorias de níveis de atenção, mas com grande predomínio de serviços de saúde pessoal	Uma extensa rede de estabelecimento de Saúde que compreende todos os níveis de atenção e que fornece e integra tanto os serviços de Saúde pessoal como os de Saúde Pública
	3. Primeiro nível de atenção	Predominância de programas verticais que funcionam de forma desintegrada	Atua como porta de entrada no sistema mas com grande predominância de serviços de saúde pessoal	Atua como porta de entrada no sistema, integra e coordena o cuidado assistencial e resolve a maioria das necessidades de Saúde da população
	4. Atenção especializada	Acesso desregulado a especialistas	Cesso regulado a atenção especializada para o predomínio hospitalar	Prestação de Serviços especializados se dá preferencialmente nos ambientes extra hospitalares.
	5. Coordenação assistencial	Não há coordenação assistencial	Existência de mecanismo de coordenação assistencial, mas que não cobrem todo o contínuo cuidado da Saúde	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo cuidado da saúde
	6. Foco do cuidado	Centrado na Enfermidade	Centrado no indivíduo	Centrado na pessoa, na família y na comunidade/território

ANEXO I – CONTINUAÇÃO- EVOLUÇÃO DA PROGRESSÃO PARA REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DESDE A FRAGMENTAÇÃO ABSOLUTA ATÉ AS REDES INTEGRADAS

Âmbito da abordagem	Atributo essencial	Nível de progressão dos atributos que confirmam as Redes Integradas de Serviços de saúde		
		I Rede Fragmentada	II Rede parcialmente integrada	III Rede Integrada
Modelo Assistencial	7. Governança	Não há função clara da Governança	Múltiplas instâncias de governança que funcionam em forma independente umas das outras	Um sistema de governança único para toda a rede
	8. Participação	Não há instâncias de participação social	As instâncias de participação são limitadas	Participação social ampla
	9. Intersectorialidades	Não há vínculos com os setores	Existem vínculos com outros setores sociais	Ação intersectorial mas a lá dos setores sociais
Organização e Gestão	10. Gestão de Apoio	Gestão de Apoio desintegrada	Gestão de apoio clinica integrada mas sem integração dos sistemas de apoio administrativo e logístico	Gestão integrada dos sistemas dos de apoio clinico, administrativo e logístico.
	11. Recursos Humanos	Insuficientes para as necessidades da rede	Suficiente, mas com deficiências enquanto as competências técnicas e compromisso com a rede	Suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede
	12. Sistemas de Informação	Não há sistemas de informação	Múltiplos sistemas que não se comunicam entre si	Sistemas de informação integrado e que vincula a todos os membros da rede, com dados desglosados sem variantes pertinentes
	13. Desempenho e Recursos	Não há medida de desempenho e resultados.	Medidas de desempenho centrado em insumos e processos	Medição de desempenho centrado em resultados em saúde e Satisfação do usuário
Sistema de alocação e incentivo	14. Financiamento	Insuficiente e descontinuo	Financiamento adequado para os incentivos financeiros alinhados	Financiamento adequado e incentivos financeiros aliados com a metas da rede como um todo.

**ANEXO II- QUADRO DAS RECOMENDAÇÕES DA ATENÇÃO AO PARTO,
SEGUNDO OMS, 1996.**

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas	Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão	Práticas frequentemente usadas de modo inadequado
Uso rotineiro de enema	Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos	Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
Uso rotineiro de tricotomia	Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto	Controle da dor por agentes sistêmicos
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto	Pressão do fundo durante o trabalho de parto	Controle da dor por analgesia peridural
Cateterização venosa profilática de rotina	Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto	Monitoramento eletrônico fetal
Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto	Manipulação ativa do feto no momento do parto	Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
Exame retal	Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto	Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
Uso de pelvimetria por Raios-X	Clampeamento precoce do cordão umbilical	Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos	Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto	Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto		Cateterização da bexiga

Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto		Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto		Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias		Parto operatório
Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto		Uso liberal e rotineiro de episiotomia
Lavagem uterina rotineira após o parto		Exploração manual do útero após o parto
Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto		

Fonte: OMS, 1996

ANEXO III - MAPA DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA



MAPA DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES: DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA AS MATERNIDADES DE SALVADOR

DS ITAPUÁ	DS CABULA BEIRU	DS BARRA RIO VERMELHO	DS BOCA DO RIO	DS PAU DA LIMA	DS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO																																																																																																		
<p>UBS PROF. JOSÉ MARIANE (7ª C. DE SAÚDE) UBS SÃO CRISTÓVÃO USF DR. EDUARDO MAMEDE (13ª C. DE SAÚDE) C. S. DR. ORLANDO IMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ) USF ARISTIDES MALTEZ USF NOVA ESPERANÇA USF ALTO DO COQUEIRINHO USF MUSSURUNGA I USF PARQUE SÃO CRISTÓVÃO</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MAS</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>HGMF</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 Mat. HGRS</td> </tr> </table>	Parto	MAS	Risco habitual	HGMF		CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MAS		AR 2 Mat. HGRS	<p>USF BARREIRA UBS BARREIRAS USF CARLOS SANTANA (DORON) USF FERNANDO FILGUEIRAS (CAB VI- ALTO DA CACHOEIRINHA) UBS EUNÍSIO TEIXEIRA (11º CENTRO) UBS ENGOMADEIRA</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>Mat. HGRS</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 Mat. HGRS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 Mat. HGRS</td> </tr> </table> <p>UBS EDSON TEIXEIRA (PA PERNAMBUEÍS) USF RAIMUNDO AGRIPINO-SUSSUARANA CSU PERNAMBUEÍS UBS ARENOSO USF GUILHERME RODRIGUES (ARENOSO) UBS RODRIGO ARGOLA (6ª CS) UBS MATA ESCURA UBS CALABETÃO USF CALABETÃO UBS SANTO INÁCIO USF DR. HUMBERTO DE CASTRO (PERNAMBUEZINHO)</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MTB</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MTB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 Mat. HGRS</td> </tr> </table> <p>USF DEP. CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>IPERBA</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 IPERBA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 Mat. HGRS</td> </tr> </table>	Parto	Mat. HGRS	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 Mat. HGRS		AR 2 Mat. HGRS	Parto	MTB	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MTB		AR 2 Mat. HGRS	Parto	IPERBA	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 IPERBA		AR 2 Mat. HGRS	<p>USF PROF. SABINO SILVA - NORDESTE UBS DR. OSVALDO C. CAMPOS/ SANTA CRUZ MULTICENTRO VALE DAS PEDRINHAS</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>IPERBA</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 IPERBA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table> <p>5º CENTRO DR. CLEMENTINO FRAGA UBS SÃO GONÇALO USF CALABAR USF GARCIA USF FEDERAÇÃO USF ALTO DAS POMBAS UBS ENGENHO VELHO DA FEDERAÇÃO</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MCO</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MCO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	IPERBA	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 IPERBA		AR 2 MRJMMN	Parto	MCO	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MCO		AR 2 MRJMMN	<p>UBS ALFREDO BUREAU UBS DR. CÉSAR DE ARAÚJO USF PARQUE DE PITUAÇU USF DE PITUAÇU USF ZULMIRA BARROS</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>IPERBA</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 IPERBA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table> <p>DS SÃO CAETANO VALÉRIA</p> <p>USF ALTO DO CABRITO USF BOA VISTA DO LOBATO USF ANTONIO LAZZAROTTO USF RECANTO DA LAGOA UBS 18ºCS(PÉRILES LARANJEIRAS) UBS JAQUEIRA DO CARNEIRO UBS FREI BENJAMIN UBS MARECHAL RONDON USF FIAIS USF ALTO DO PERU USF BOA VISTA DE SÃO CAETANO</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MRJMMN</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MRJMMN</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	IPERBA	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 IPERBA		AR 2 MRJMMN	Parto	MRJMMN	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MRJMMN		AR 2 MRJMMN	<p>UBS PIRES DA VEIGA UBS CECY ANDRADE UBS 20º CENTRO - CASTELO BRANCO USF DOM AVELAR UBS NOVA BRASÍLIA USF NOVA BRASÍLIA USF CANABRAVA USF VALE DO CAMBONAS UBS CANABRAVA UBS SETE DE ABRIL UBS NOVO MAROTINHO CPN MSP</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MAS</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PN e parto</td> <td>AR 1 MAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table> <p>DS CAJAZEIRAS</p> <p>USF CAJAZEIRAS IV USF CAJAZEIRAS V USF CAJAZEIRAS X USF CAJAZEIRAS XI USF JARDIM DAS MANGABEIRAS USF PALESTINA USF BOCA DA MATA USF YOLANDA PIRES UBS NELSON P. DOURADO</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MAS</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	MAS	Risco habitual	CPN MSP	PN e parto	AR 1 MAS		AR 2 MRJMMN	Parto	MAS	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MAS		AR 2 MRJMMN	<p>USF NOVA CONSTITUINTE UBS PARIPE USF CONGO USF VISTA ALEGRE USF ALTO DE COUTOS II USF BATE CORAÇÃO USF SÃO TOMÉ DE PARIPE USF ALTO DE COUTOS USF ESTRADA DA COCISA USF ILHA DE MARÉ UBS SERGIO AROUCA USF FAZENDA COUTOS I USF FAZENDA COUTOS II USF FAZENDA COUTOS III USF FAZENDA COUTOS USF BOM JESUS DOS PASSOS</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>HJBC</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 HJBC</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table> <p>USF SÃO JOSÉ DE BAIXO USF BEIRA MANGUE USF SÃO JOÃO DO CABRITO UBS ALTO DO BARIRI USF ITACARANHA USF ALTO DA TEREZINHA USF ALTO DO CRUZEIRO USF ILHA AMARELA USF RIO SENA</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>HSF/Bonfim</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 HSF/Bonfim</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	HJBC	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 HJBC		AR 2 MRJMMN	Parto	HSF/Bonfim	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim		AR 2 MRJMMN
Parto	MAS																																																																																																						
Risco habitual	HGMF																																																																																																						
	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MAS																																																																																																						
	AR 2 Mat. HGRS																																																																																																						
Parto	Mat. HGRS																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 Mat. HGRS																																																																																																						
	AR 2 Mat. HGRS																																																																																																						
Parto	MTB																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MTB																																																																																																						
	AR 2 Mat. HGRS																																																																																																						
Parto	IPERBA																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 IPERBA																																																																																																						
	AR 2 Mat. HGRS																																																																																																						
Parto	IPERBA																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 IPERBA																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MCO																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MCO																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	IPERBA																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 IPERBA																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MRJMMN																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MRJMMN																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MAS																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PN e parto	AR 1 MAS																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MAS																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MAS																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	HJBC																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 HJBC																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	HSF/Bonfim																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
<p>DS CENTRO HISTÓRICO</p> <p>UBS RAMIRO DE AZEVEDO UBS DR. PÉRICLES (BARBALHO) UBS CARLOS GOMES UBS PELOURINHO UBS SANTO ANTÔNIO USF GAMBOA USF TERREIRO DE JESUS</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MCO</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MCO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	MCO	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MCO		AR 2 MRJMMN	<p>DS LIBERDADE</p> <p>16ª C. S. CONCEIÇÃO IMBASSAY USF SAN MARTIN USF SANTA MÔNICA UBS BEZERRA LOPES (3ª CS) UBS SÃO JUDAS TADEU</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MTB</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MTB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	MTB	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MTB		AR 2 MRJMMN	<p>DS BROTAS</p> <p>UBS MARIO ANDREA</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>MTB</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 MTB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table> <p>UBS CARDÉAL DA SILVA(COSME DE FARIAS) USF CANDEAL PEQUENO USF SANTA LUZIA CS MANOEL VITORINO USF VALE DO MATATU</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>IPERBA</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 IPERBA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	MTB	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 MTB		AR 2 MRJMMN	Parto	IPERBA	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 IPERBA		AR 2 MRJMMN	<p>DS ITAPAGIPE</p> <p>UBS VIRGÍLIO DE CARVALHO UBS MINISTRO ALKIMIM USF JOANES LESTE USF JOANES CENTRO OESTE</p> <table border="1"> <tr> <td>Parto</td> <td>HSF</td> </tr> <tr> <td>Risco habitual</td> <td>CPN MSP</td> </tr> <tr> <td>PrN e parto</td> <td>AR 1 HSF/Bonfim</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AR 2 MRJMMN</td> </tr> </table>	Parto	HSF	Risco habitual	CPN MSP	PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim		AR 2 MRJMMN																																																												
Parto	MCO																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MCO																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MTB																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MTB																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	MTB																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 MTB																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	IPERBA																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 IPERBA																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						
Parto	HSF																																																																																																						
Risco habitual	CPN MSP																																																																																																						
PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim																																																																																																						
	AR 2 MRJMMN																																																																																																						

Legenda: PrN: Pré-Natal; AR1: Alto risco tipo 1; AR2: Alto risco tipo 2; MRJMMN: Maternidade de Referência Prof. José Maria Magalhães Neto; HGRS: Hospital Geral Roberto Santos; HJBC: Hospital João Batista Caribé; HSF: Hospital Sagrada Família; MCO: Maternidade Clímério de Oliveira; MTB: Maternidade Tsylla Balbino; MAS: Maternidade Albert Sabin; HGMF: Hospital Geral Menandro de Farias; IPERBA: Instituto de Perinatologia da Bahia; CPN MSP: Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (Mansão do Caminho).

ANEXO IV- COMPONENTES DA REDE CEGONHA

I - Componente Pré-natal

Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;	Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;	Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;	Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;	Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;	Qualificação do sistema e da gestão da informação;	Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;	Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; e	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.
--	--	---	---	--	--	--	--	--

II- Componente Parto e Nascimento

Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);	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";	Garantia de acompanhamento durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;	Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;	Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;	Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.
---	--	---	---	---	---	--

III- Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde Humana

<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; e</p>	<p>Orientação e oferta de métodos contraceptivos</p>
--	--	---	---	---	--

IV- Componente Sistema Logístico

<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 Ce-gonha, 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; e</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>
---	--	--

**ANEXO V – AÇÕES PROPOSTAS NOS PLANOS REGIONAIS DO ESTADO DA BAHIA
(COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO)**

Número	Ação	Indicador	Meta	Meio de verificação	Atividades
1	Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais.	% de leitos obstétricos SUS, conforme parâmetros estabelecidos registrados.	100%	CNES	<p>a. Atualizar CNES com os leitos obstétricos, neonatais (UTI, UCI, CANGURU) Fazer mapeamento dos hospitais/maternidades referência do município/região para risco habitual e alto risco; b. Fazer levantamento da necessidade de leitos do município/região; c. Construir, reformar e/ou equipar CPN, de acordo com as necessidades locais; d. Construir, equipar Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, em unidades de risco terciário; e. Ampliar a oferta de leitos neonatais (UTI) de acordo com as necessidades regionais; f. Ampliar a oferta de leitos neonatais (UCI) regionais; g. Ampliar a oferta de leitos neonatais (Canguru) regionais; h. Ampliar a oferta de leitos de UTI adulto para atendimento à gestante e à puérpera; i. Implantar leitos para gestantes de alto-risco em hospitais habilitados no atendimento da gestação de alto-risco.</p>
2	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da ANVISA.	% de Maternidade(s) com ambiência conforme RDC 36/2008.	100%	Relatório de CCIH	<p>a. Fazer levantamento de necessidades de projetos de ambiência nas maternidades; b. Reformar e adquirir equipamentos para a adequação da ambiência de serviços que realizam partos; c. Implantar Bancos de Leite Humano em unidades de risco terciário; d. Implantar postos de coleta de Leite Humano em unidades de risco secundário que possuam condições de transporte para BLH; e. Implantar agência transfusional nas maternidades secundárias e terciárias.</p>

3	Práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos de documentação da Organização Mundial de Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".	% de unidades de saúde que utilizam o partograma	100%%	Relatório das unidades de saúde	a. Implementar a utilização de rotina do partograma nas unidades que realizam parto
4	Garantia do acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	% de mulheres com acompanhante durante todo período de internação	85%	Relatório de rotinas das unidades	a. Adequar a estrutura física das unidades para receberem o acompanhante de livre escolha da mulher; b. Qualificar as equipes para receberem o acompanhante de livre escolha da mulher; c. Realizar oficinas com trabalhadores, sociedade civil organizada, CMS e outros.
5	Realização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	% das maternidades com ACCR implantado	85%	Relatório de rotinas	a. Implantar ACCR; b. Construir protocolo de ACCR de acordo com o padronizado pelo Estado (Manchester), junto com os trabalhadores dos serviços; c. Adequar espaços físicos para o funcionamento do ACCR; d. Qualificar profissional para utilização do ACCR; e. Realizar oficinas com os profissionais para discussão do ACCR

6	Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	% das unidades com equipes horizontais de cuidado implantado	85%	Relatório de reuniões de equipes	a. Formar equipes horizontais mínimas nos serviços de atenção obstétrica e neonatal
7	Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.	% de Unidades com colegiado gestor (ou outro dispositivo de co-gestão) implantados	85%	Livro de Atas dos colegiados	a. Instituir Colegiado Gestor nas maternidades

ANEXO VI - PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DE SALVADOR DA REDE CEGONHA, COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

Componente PARTO E NASCIMENTO

AÇÃO: SUFICIÊNCIA DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS (UTI, UCI E CANGURU) DE ACORDO COM AS NECESSIDADES REGIONAIS

ATIVIDADES:	INDICADOR / META:	PRAZO DE EXECUÇÃO	MEIO DE VERIFICAÇÃO:
fazer mapeamento dos hospitais/maternidades referência do município	Mapa elaborado	6 meses	livro de registro
Implantar Centros de Parto Normal - CPN;	Número de CPN com produção informada no SIH	2 anos	SIH-SUS
Implantar Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, em unidades de risco terceiro	Número de casas da Gestante e da puérpera implantadas	2 anos	CNES / DAE

AÇÃO: 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"

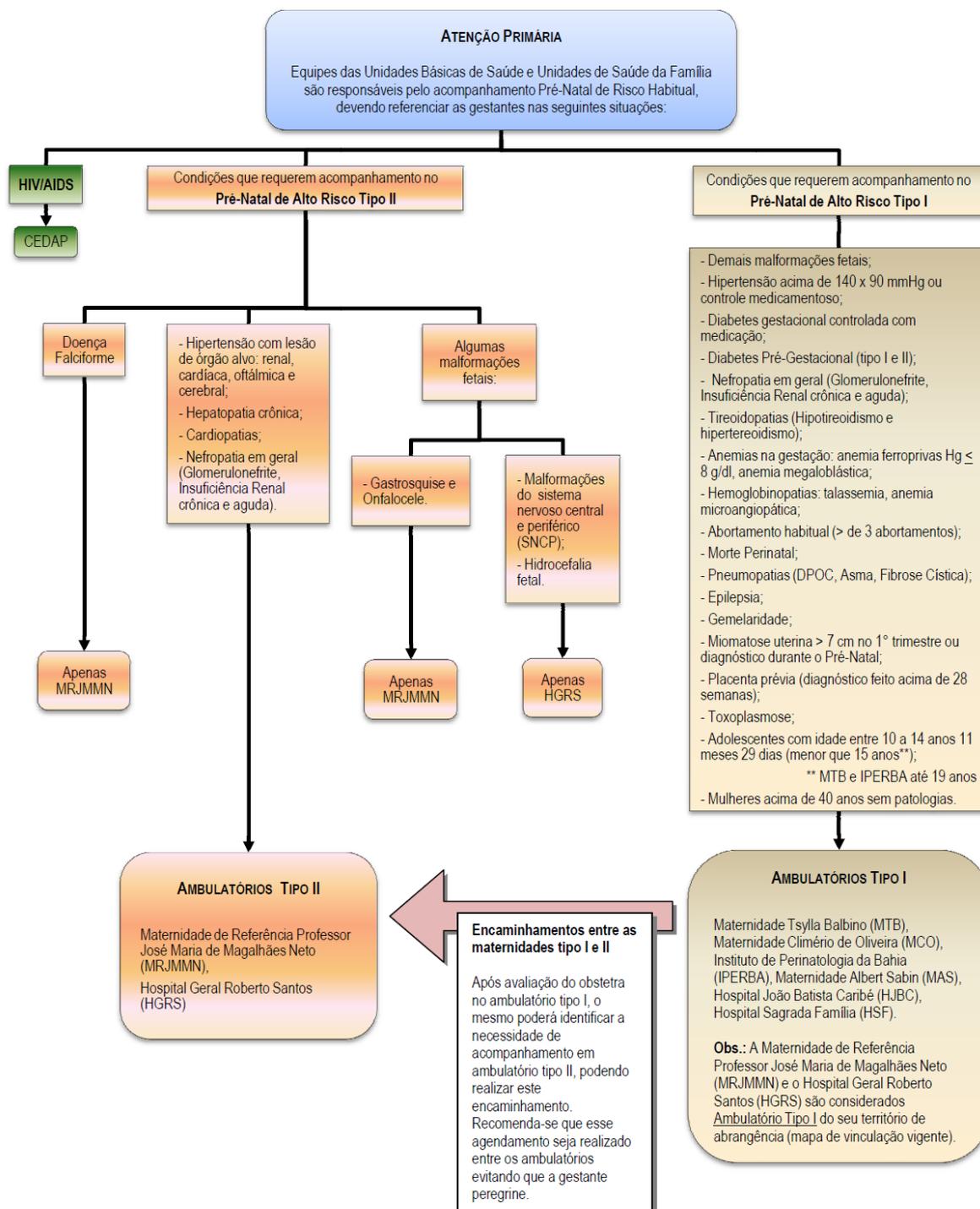
ATIVIDADES:	INDICADOR / META:	PRAZO DE EXECUÇÃO	MEIO DE VERIFICAÇÃO:
Utilizar o cartão da gestante durante o pré-natal e o parto	% de procedimentos informados no SIH com utilização do cartão	1 ano	Livro de registro

Componente PARTO E NASCIMENTO

Viabilizar agendamento a serviço odontológico especializado aos recém nascidos com diagnóstico de anomalias crânio faciais (com o CID-10 K07.9, Q35, Q36, Q37, Q38)	100% dos recém nascidos com diagnóstico de anomalias congêni	4 anos	Relatorio Municipal
Viabilizar investigação diagnóstica e tratamento adequado dos recém-nascido com doenças congênitas (ex: cardiopatias, malformações maiores)	100% dos nascidos vivos	4 anos	Relatorio municipal
Viabilizar a investigação diagnóstica e tratamento adequado dos recém-nascido com suspeita de sífilis congênita	100% diagnosticados e tratados	4 anos	Relatorio Municipal
Ofertar fórmula infantil para as crianças (RN) expostas ao HIV	100% das crianças com HIV	1 ano	Relatorio municipal
Incentivar a formação de comitês mortalidade materno e infantil	numero de comitês	4 anos	Relatorio municipal

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

ANEXO VII - DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR



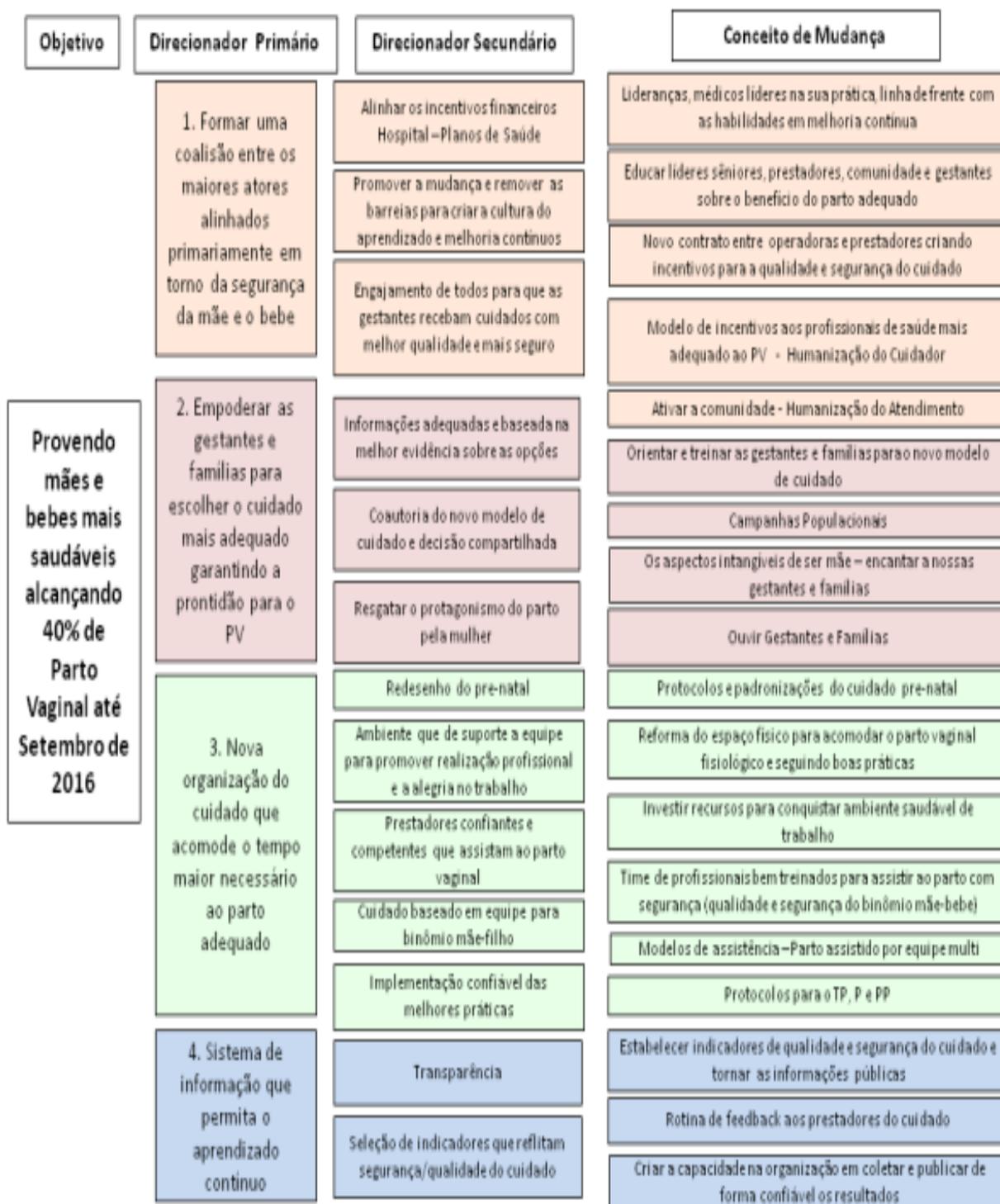
* SESAB: Manoel Henrique Miranda; SMS: Tarcísio; MS: Anália Pupo e Fernanda Cardeal; SOGIBA: Ana Luiza Fontes; CEDAP: Ana Gabriela; MRJMMN: Márcia Silveira, Sérgio Santos e Mirian Macêdo; HGRS: Rita Portela e Isabela Burgos; MCO: Caio Lessa; MTB: José Luiz Brandão, Andreia Rodrigues de Carvalho e Lélia; MAS: Ednaide Santos e Andreia Nunes; IPERBA: Henrique Amorim e Lilian Dias.

ANEXO VIII - CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Grupo 1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
Grupo 2	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
Grupo 3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
Grupo 4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
Grupo 5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
Grupo 6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
Grupo 7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 9	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 10	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fonte:OMS

ANEXO IX – DIAGRAMA DIRECIONADOR PARA O PARTO ADEQUADO



Fonte: ANS.

APÊNDICES

APÊNDICE I- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Data:

Horário da observação:

Unidade de Saúde:

Observador:

Apresentar-se ao Chefe do plantão devidamente identificado e consultar as seguintes informações:

- Número de gestantes/pacientes no Centro Obstétrico
- Número e tipos de profissionais presentes no plantão (obstetras, enfermeiros, enfermeiros obstétricos*, neonatologistas, anestesistas, técnicos de enfermagem, estudantes/residentes, outros profissionais). *Os enfermeiros obstétricos realizam parto?

Itens a serem observados:

- Espaço físico em relação as práticas (descrever)
- Número e tipo de partos realizados com os percentuais específicos para as práticas observadas (livro de boas práticas- Rede Cegonha)

RECEPÇÃO À MULHER

1. Ambiente confortável para espera?
2. Atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados?
3. Avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário?
4. Avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial?
5. Permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação?
6. Transferência da paciente, após atendimento aos critérios para transporte seguro, para maternidade vinculada à sua área distrital, independentemente da existência de vagas.
7. Transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado, via Central Estadual de regulação.

TRABALHO DE PARTO

1. Foi realizado o uso de enema (lavagem intestinal)?
2. Foi realizado uso de tricotomia (retirada dos pelos)?
3. Foi fornecido às mulheres todas as informações e explicações que desejaram?

4. Foi realizado monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente?
5. Foi realizado monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS?
6. Foi realizado monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto?
7. Foram utilizados métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem, cavalinho, bola, técnicas de relaxamento, ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos durante o trabalho de parto?
8. Houve liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto?
9. Foram estimuladas posições não supinas durante o trabalho de parto?
10. Foi realizada Infusão intravenosa no trabalho de parto?
11. Foi realizada Cateterização venosa profilática?
12. Foi realizado Exame retal?
13. Foi realizado o uso da posição de litotomia (posição semelhante a ginecológica) com ou sem estribos durante o trabalho de parto?
14. Foi realizado esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva – “encha o peito de ar, feche a boca e agora faça força”) durante o segundo estágio do trabalho de parto?
15. Foi realizada massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto?
16. Foi realizada Amniotomia (ruptura feita nas membranas que envolvem o feto, na tentativa de induzir o parto) precoce no primeiro estágio do trabalho de parto?
17. Foi realizada Pressão do fundo (aplicação de pressão manual para a parte mais superior do útero dirigida para o canal de nascimento) durante o trabalho de parto?
18. Foi realizada estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto?
19. Foi realizado controle da dor por analgesia peridural?
20. Houve restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto?
21. Foi realizado monitoramento eletrônico fetal?
22. Foram realizados exames vaginais repetidos ou frequentes? Por mais de um prestador de serviço?
23. Foram utilizadas máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto?
24. Foi realizada transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto?
25. Foi realizada cateterização da bexiga (sonda)?

26. Houve adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto?

27. Foi realizada episiotomia (incisão efetuada na região do períneo)?

DURANTE O PARTO

1. Houve respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto?

2. Houve apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto?

3. Foi respeitada a escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto?

4. Acompanhante do sexo feminino ou masculino?

5. Foi realizada oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto?

6. Foi realizada manipulação ativa do feto no momento do parto (Puxar o bebê para fora depois que a cabeça sai)?

7. O corte do cordão foi realizado em condições estéreis?

8. Foi realizado clampeamento precoce do cordão umbilical? Foi esperado que o cordão parasse de pulsar para que clampear e cortar?

PÓS PARTO

1. Foi realizada prevenção da hipotermia do bebê?

2. Foi realizado contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação o na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno?

3. Foi realizado exame rotineiro da placenta e membranas ovulares?

4. Foi realizada lavagem uterina após o parto?

5. Foi realizada revisão uterina (exploração manual) após o parto?

6. Foi realizado monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher depois do nascimento/procedimento?

7. Há disponibilidade do AMIU (* ver boas práticas nas situações de abortamento).

APÊNDICE II- ROTEIRO DA ENTREVISTA DESTINADA AOS GESTORES FEDERAIS

ENTREVISTA AOS GESTORES FEDERAIS

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, conforme Portaria 1459/2011, o governo federal instituiu a Rede Cegonha. Esta política incorpora mudanças nos processos de trabalho e de atenção ao parto e ao nascimento, componente-foco da presente pesquisa, bem como investimentos em equipamentos reformas, ampliações, construção de novas unidades e melhorias nos recursos de custeio.

Parte 1. Identificação:

Data da entrevista:

Nome:

Sexo:

Formação profissional/acadêmica:

Instituição de trabalho:

Cargo/período:

Breve histórico profissional:

Parte 2. Informações:

1. Em que contexto o governo federal pensou a proposta da Rede Cegonha? Em 2011, qual a situação da rede de assistência materno-infantil no país? O que motivou a instituição deste programa?
2. Quais programas de assistência materno-infantil estavam efetivamente em curso no momento da instituição da Rede Cegonha?
3. Os resultados dos programas anteriores foram satisfatórios? Por quê?
4. Qual a diferença da proposta da Rede Cegonha para programas assistenciais à saúde da mulher e da criança anteriores?
5. Considerando-se os quatro componentes do programa (prenatal, parto e nascimento, puerpério e atenção à criança e transporte e regulação), qual apresenta situação e indicadores mais desfavoráveis?

6.Houve prioridade de atenção e ações para algum/alguns indicadores? Se sim, quais? Por quê?

7.Como foi trabalhado com as secretarias estaduais a construção dos planos de ação do programa?

8.O recurso previsto de R\$ 9,4 bilhões de reais foi calculado com base para cumprimento de todas as ações propostas? O recurso já foi liberado na sua totalidade?

9.Como foi realizada a liberação dos recursos? A partir de quando foi iniciada efetivamente a liberação dos recursos para os Estados? Quando a Bahia recebeu o primeiro aporte financeiro?

10.Houve cumprimento de prazos pelo governo federal nesta liberação?

11.Como ocorre o monitoramento pelo governo federal do cumprimento das ações do programa pelos diversos estados e municípios? Há reuniões regulares? Relatórios?

12.O governo federal tem realizado o monitoramento de indicadores de saúde que possam ser impactados pelas ações do programa? Quais?

13.Qual a situação atual de implementação do programa nos vários estados da federação?

14.Existem estados com implementação mais avançada? Se sim, a que se atribui?

15.As ações da Rede Cegonha contemplam uma assistência qualificada para mães e crianças no recente cenário nacional do surto de zika vírus/microcefalia? As unidades de assistência materno-infantil receberam recurso adicional para ações específicas? Não foram noticiadas ações integradas entre a Rede Cegonha e setores que trataram mais especificamente os desafios de enfrentamento a este surto. Ocorreram discussões compartilhadas?

16.De que forma o programa Rede Cegonha responde a desafios de superlotação das maternidades, insuficiência de leitos, déficit de pessoal nas escalas de serviços, estrutura predial e parque tecnológico inadequados?

17.Já se identificam melhorias dos indicadores de atenção à saúde da mulher e da criança que possam ser atribuídas à implementação da Rede Cegonha?

18. A Rede Cegonha como política prioritária do Ministério da Saúde se configura como programa?

19.Comentários sobre a atual situação de assistência à saúde da mulher e da criança no país e do programa da Rede Cegonha.

APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA DESTINADO AOS GESTORES ESTADUAIS/MUNICIPAIS

ENTREVISTA AOS GESTORES ESTADUAIS/MUNICIPAIS

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, conforme Portaria 1459/2011, o governo federal instituiu a Rede Cegonha. Esta política incorpora mudanças nos processos de trabalho e de atenção ao parto e ao nascimento, componente-foco da presente pesquisa, bem como investimentos em equipamentos, reformas, ampliações, construção de novas unidades e melhorias nos recursos de custeio.

Parte 1. Identificação:

1. Data da entrevista:
2. Nome:3. Sexo:
4. Formação profissional/acadêmica:
5. Instituição de trabalho:
6. Cargo/período:
7. Breve histórico profissional:

Parte 2. Informações:

1. Qual a diferença da proposta da Rede Cegonha para programas assistenciais à saúde da mulher e da criança anteriores?
2. Considerando-se os quatro componentes do programa (prenatal, parto e nascimento, puerpério e atenção à criança e transporte e regulação), qual apresenta situação e indicadores mais desfavoráveis na Bahia?
3. Houve prioridade de atenção e ações para algum/alguns indicadores e municípios? Se sim, quais? Por quê?
4. Como foi trabalhado com as secretarias municipais a construção dos planos de ação do programa?
5. O recurso previsto para implementação da política tem contemplado o cumprimento de todas as ações propostas? 6. É suficiente para a implementação do plano estadual previsto?
7. O recurso já foi liberado na sua totalidade?
8. Houve cumprimento de prazos pelo governo federal nesta liberação?
9. Como ocorre o monitoramento pelo governo federal do cumprimento das ações do programa pelos diversos estados e municípios?

10. Como ocorre o monitoramento de ações do governo estadual quanto a este cumprimento? Há reuniões regulares? Relatórios?
11. O governo federal tem realizado o monitoramento de indicadores de saúde que possam ser impactados pelas ações do programa? Quais?
12. Como o governo estadual monitora estes indicadores?
13. Qual a situação atual de implementação do programa nos vários municípios do Estado da Bahia, especialmente na Região de Saúde de Salvador?
14. Existem municípios com implementação mais avançada? Se sim, a que se atribui?
15. As ações da Rede Cegonha contemplam uma assistência qualificada para mães e crianças no recente cenário nacional do surto de zika vírus/microcefalia? As unidades de assistência materno-infantil receberam recurso adicional para ações específicas? Não foram noticiadas ações integradas entre a Rede Cegonha e setores que trataram mais especificamente os desafios de enfrentamento a este surto. Ocorreram discussões compartilhadas?
16. De que forma o programa Rede Cegonha responde a desafios de superlotação das maternidades, insuficiência de leitos, déficit de pessoal nas escalas de serviços, estrutura predial e parque tecnológico inadequados?
17. Já se identificam melhorias dos indicadores de atenção à saúde da mulher e da criança que possam ser atribuídas à implementação da Rede Cegonha?
18. A Rede Cegonha como política prioritária do Ministério da Saúde se configura como programa? Como ela se localiza dentro da Secretaria Estadual de Saúde?
19. Comentários sobre a atual situação de assistência à saúde da mulher e da criança no país e do programa da Rede Cegonha.

APÊNDICE IV- ROTEIRO DE ENTREVISTA DESTINADO AOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

ENTREVISTA AOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, conforme Portaria 1459/2011, o governo federal instituiu a Rede Cegonha. Esta política incorpora mudanças nos processos de trabalho e de atenção ao parto e ao nascimento, componente-foco da presente pesquisa, bem como investimentos em equipamentos, reformas, ampliações, construção de novas unidades e melhorias nos recursos de custo.

Parte 1. Identificação:

Data da entrevista:

Nome:

Sexo:

Formação profissional/acadêmica:

Instituição de trabalho:

Cargo/período:

Breve histórico profissional:

Parte 2. Informações:

1. Faça um breve relato sobre esta unidade de saúde:
 - Ano de fundação
 - Capacidade instalada: nº de leitos, serviços implantados, capacidade de trabalho das equipes, UTI neonatal, UTI materna, maternidade, hospital geral
 - Classificação no CNES – unidade para assistência ao risco habitual, alto risco
2. Esta maternidade possui Centro de Parto Normal?
3. Possui Casa da Gestante, Bebê e Puérpera?
4. Esta maternidade possui Banco de Leite Humano?
5. Possui Agência Transfusional de Sangue?
6. Como estava esta unidade em 2011, ano de início da implantação da Rede Cegonha?
7. Quais os indicadores desta maternidade quanto à taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade materna, percentual de cesárea, taxa de prematuridade em 2011 e 2015?
8. O que mudou com a Rede Cegonha do ponto de vista de estrutura predial,

- equipamentos, serviços disponibilizados, número de leitos, número de profissionais nas equipes, modelos de atenção ao parto? Houve reformas estruturais?
9. Todos os leitos estão ativos, em funcionamento regular diariamente?
 10. A unidade está com seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)?
 11. Foi realizada alguma reforma para melhorar e/ou adequar a ambiência da maternidade? Houve recurso suficiente para esta adequação?
 12. Se, sim, quanto tempo durou? Como foi o processo de reforma? Durante a reforma, houve impacto no atendimento materno e neonatal? Houve impacto na rede? Houve planejamento prévio e em acordo com as demais unidades da rede?
 13. De 2011 a 2015, houve modificação no número de leitos desta maternidade? Se sim, em quais setores?
 14. Neste período, houve renovação do parque tecnológico com a aquisição de novos equipamentos? Quais?
 15. As equipes de saúde estão completas em número compatível com o número de leitos da unidade?
 16. Como você define a Rede Cegonha?
 17. Esta unidade está bem inserida na rede de atenção à saúde materna e neonatal da sua região de saúde?
 18. Como foi estruturado o processo de vinculação de pacientes às maternidades específicas?
 19. Esta unidade recebe pacientes da sua área de vinculação?
 20. Há contatos entre esta maternidade e as unidades básicas de saúde dos distritos vinculados, nas quais as pacientes fazem o pré-natal?
 21. A unidade permite a permanência do acompanhante de livre escolha da gestante durante todas as fases do internamento? Se, sim, quando e como foi implementada esta prática? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais?
 22. A unidade realiza o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)? Se, sim, quando e como foi implementada esta prática? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais?
 23. A unidade política pratica a política do “vaga sempre”? Se, sim, quando e como foi implementada esta prática? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais?
 24. Esta maternidade utiliza o partograma no acompanhamento do trabalho de parto? Se, sim, em que percentual dos partos? Se, sim, quando e como foi implementada esta prática? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais?
 25. Era prática da instituição anteriormente à Rede Cegonha?
 26. Esta maternidade inseriu as práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas nos termos da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”? Se, sim, em que ano foram inseridas na unidade? Se, sim, quando e como foi implementada esta prática? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, a que você atribui?
 27. Houve resistência dos profissionais de saúde? Se, sim, de que forma e como foram enfrentadas as resistências? Se não, a que você atribui?
 28. A maternidade aplica o modelo de assistência tipo PPP (préparto, parto e puerpério)? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 29. A maternidade disponibiliza bola, cavalinho e massagem durante o trabalho de parto?

- Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
30. É permitido o banho como técnica para alívio da dor? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 31. E a deambulação das gestantes durante o trabalho de parto, é permitida? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 32. E a alimentação? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 33. Existe apoio emocional às pacientes durante o trabalho de parto? Se, sim, desde quando? Por quem? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 34. É realizada a episiotomia de rotina na maternidade? Se, não, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se sim, por quê?
 35. Existe analgesia para parto normal na unidade? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 36. Existe escolha da gestante quanto à posição do parto? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 37. Existe contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o parto? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 38. Há na maternidade a prática de amamentação na 1ª hora de vida do recém-nato? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 39. Há na maternidade enfermeiros obstétricos que assistem o parto? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 40. Nos casos indicados, há a disponibilidade da AMIU (aspiração manual intra-uterina)? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 41. Há espaços físicos considerados adequados para estas práticas? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se, não, há previsão de reformas para adequação?
 42. Houve capacitações, oficinas e/ou seminários para os profissionais de saúde da maternidade para incentivo à implementação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?
 43. Há na maternidade registro e monitoramento destes indicadores de boas práticas de atenção ao parto e nascimento? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
 44. A maternidade tem implantado o cuidado com equipes horizontais na atenção obstétrica e neonatal? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?

45. Há uma assistência multidisciplinar na atenção ao parto e ao nascimento? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
46. A maternidade possui um Colegiado Gestor ou outro dispositivo de co-gestão tratado na Política Nacional de Humanização? Possui Comissão de Humanização? Se, sim, desde quando? Como foi a implantação? Houve dificuldades? Quais? Houve fatores que facilitaram a implementação? Quais? Se não, por quê?
47. Cite os dois maiores fatores facilitadores e dificultadores para a implementação da Rede Cegonha.
48. Na sua opinião, a governança regional influencia na implementação da Rede Cegonha? De que forma?
49. Houve algum impacto nos indicadores de assistência ao parto e ao nascimento (taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade neonatal, percentual de cesárea, taxa de prematuridade) após a implementação da Rede Cegonha? Se, sim, a que você atribui mais fortemente? Se não, a que você atribui mais fortemente?
50. Houve medidas prontas e eficazes na sua unidade para assistência materna e neonatal no recente surto de zika vírus/microcefalia que assolou o país? Quais? Foram promovidas por iniciativa da Rede Cegonha?
51. Quais as perspectivas para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal por meio das melhorias propostas pela Rede Cegonha?
52. Comentários finais:

APÊNDICE V - APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ISC/UFBA

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR, BAHIA
Pesquisador Responsável: Mônica Almeida Neri
Contato Público: Mônica Almeida Neri
Condições de saúde ou problemas estudados:
Descritores CID - Gerais:
Descritores CID - Específicos:
Descritores CID - da Intervenção:
Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 16/11/2016



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA
Cidade: SALVADOR

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5030 - UFBA - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Telefone: (71)3283-7419
E-mail: cepisc@ufba.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Cidade: SALVADOR

APÊNDICE VI- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa *Análise do Processo de Implementação da Rede Cegonha na Região de Saúde de Salvador, Bahia*.

Neste estudo, pretendemos analisar o processo de implementação da Rede Cegonha na Região de Saúde de Salvador, Bahia, no período de 2011 a 2015. Busca-se nesta pesquisa identificar a influência da governança regional e os fatores facilitadores e dificultadores da implementação que, avaliados juntamente com o contexto organizacional, poderão fornecer aos gestores subsídios para tomada de decisão e reavaliação dos processos.

Uma abordagem qualitativa servirá como referencial para apreciação da influência do contexto, obtida através da observação do processo nas unidades de saúde e da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas através de um questionário com informantes-chaves que participem ativamente da implementação do programa, através de uma amostra intencional com membros da governança e coordenações dos serviços das unidades, membros das Secretarias de Saúde do Estado e do Município e membros do Ministério da Saúde. Associadamente, será realizada uma pesquisa documental sobre a descrição da implementação do programa nos municípios envolvidos.

O presente estudo espera colaborar com a gestão pública de saúde, disponibilizando ferramentas que possam auxiliá-la nas esferas federal, estadual e municipal, através de informações que colaborem com o planejamento e a implementação de ações efetivas que impactem na qualidade da assistência materno-infantil.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como será atendido pelo pesquisador. As suas informações serão gravadas e, posteriormente, transcritas e destruídas.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Portanto, o(a) Sr.(^a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, sem a sua devida autorização.

Desta forma, se o Sr.(^a) concorda em participar da pesquisa, como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assi-

nado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com o Sr.(^a) e outra com a pesquisadora.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo **Análise do Processo de Implementação da Rede Cegonha na Região de Saúde de Salvador, Bahia**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 2016

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Endereço e telefone do pesquisador:

anerimonica@yahoo.com.br

Tel: (71) 99148.5543

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/ISC:

CEP/ ISC – Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA

Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – CEP: 40110-040 – Salvador/Ba

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 10 às 12h e 13 às 16h.

E-mail: cepisc@ufba.br Tel. (71) 3283-7419

CURRICULO LATTES:

1. Pesquisadora: Mônica Almeida Neri

<http://lattes.cnpq.br/3538412491593579>

2. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota

<http://lattes.cnpq.br/3684477568779674>

1. Co-orientadora: Prof^a Dr^a Isabela Cardoso Matos Pinto

<http://lattes.cnpq.br/2028106055681178>

GRAVURAS CRIADAS POR ROMERO BRITTO PARA REDE CEGONHA

