

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA

**AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PE**

**RECIFE
2019**

CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA

AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PE

Dissertação a ser apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Coorientadora: Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586a Silva, Carolina Piedade Morais de Freitas Soares.
Avaliação da Rede Cegonha no Município de Jaboatão dos
Guararapes/PE/Carolina Piedade Morais de Freitas Soares Silva. —
Recife: [s. n.], 2019.

78 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) –
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior; Coorientadora:
Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

.1. Avaliação em Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Serviços de
Saúde Materno-infantil. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II.
Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. III. Título.

CDU 614.2

CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA

AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, para a obtenção do título
de Mestre.

Aprovado em: 01/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz

Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz

Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz

Dra. Isabella Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais, Ana e Marcelo, por ter dedicado a vida deles à minha educação e dos meus irmãos. Eu não estaria aqui se não fosse o incentivo que recebi a vida inteira. Amo vocês mais que tudo.

Obrigada aos melhores irmãos e amigos do mundo, Marcela, Natália e Marcelo, que sempre acreditaram em mim, me deram forças nos momentos que precisei, acreditaram que eu terminaria quando eu achava que não. Vocês são tudo na minha vida!

Obrigada aos meus cunhados, Mirella, Juliano e Greg, pelo apoio direto ou indireto, sempre me alegrando e se fazendo presentes.

Obrigada a todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado nesse processo, especialmente a Débora, que ofereceu ajuda em todas as fases do mestrado, e até segurava as pontas no trabalho quando eu precisava me ausentar.

Obrigada à Secretaria de Saúde de Jabotão, em nome de Alberto Lima, por ter me apoiado em todos os momentos e entendido a minha ausência, sempre que necessário.

Obrigada às minhas 19 companheiras de turma. Se não fossem vocês, provavelmente a trajetória teria sido outra, bem mais árdua. Mulheres inteligentes, fortes, guerreiras e maravilhosas.

Obrigada a minha “Galera do Mal” – Morgana, Jaslene e Ana. Vocês foram essenciais nesses dois anos, enquanto nos segurávamos umas nas outras, compartilhando nossas angústias e conquistas... e quantas conquistas, né? Sou muito feliz pela amizade que conquistamos.

Obrigada aos meus orientadores, professora Sydia e professor Garibaldi, por ter confiado no meu trabalho e por todo o apoio dado nos momentos de desespero e cansaço.

Obrigada a Deus, por me permitir estar onde estou.

SILVA, Carolina Piedade Morais de Freitas Soares. **Avaliação da Rede Cegonha no Município de Jaboatão dos Guararapes/PE**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Introdução: Apesar dos vários avanços e conquistas na área da saúde pública, a Rede de Atenção à Saúde das Mulheres ainda se encontra bastante fragmentada, acarretando na descontinuidade do cuidado. Em Pernambuco, as altas razões de mortalidade materna encontradas apontam para a necessidade de ações específicas que apresentem maior impacto para a inversão deste indicador. **Objetivo:** Avaliar o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE. **Métodos:** Este estudo é uma pesquisa avaliativa, do tipo normativa, para determinação do grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município do Jaboatão dos Guararapes/PE. Foi realizada a construção da Matriz de Análise e Julgamento da Rede Cegonha para as dimensões de estrutura e processo, a partir de um Modelo Lógico já existente; foram coletados os dados por meio de entrevistas com profissionais que planejam e executam a Rede Cegonha no município, através de formulário construído baseado na matriz de análise, com objetivo de colher, sob suas perspectivas, informações referentes à execução das ações da Rede Cegonha; e análise para a determinação do grau de implantação. Para o julgamento de valor do grau de implantação foram considerados quatro pontos de corte ($\leq 25,0\%$ - não implantado; de 25,1% a 50,0% - implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% - parcialmente implantado; e $\geq 75,1\%$ - implantado). **Resultados:** As ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes foram consideradas parcialmente implantadas, com pontuação de 55,1%, sendo 45,5% na dimensão estrutura e 64,6% na dimensão processo. Dentro da dimensão processo, todos os componentes apresentaram implantação parcial. O Componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança” obteve a maior pontuação da dimensão, com 74,4%, enquanto o Componente “Parto e Nascimento” apresentou a menor, com 54,5%.

Descritores: Política de Saúde. Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Materno-infantil.

SILVA, Carolina Piedade Morais de Freitas Soares. **Evaluation of Rede Cegonha in the Jaboatão dos Guararapes/PE City**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Introduction: Despite many advances and achievements in the public health, the Women's Health Care Attention Network is still very fragmented resulting in the discontinuation of care. The high maternal mortality rate found in Pernambuco reveals the necessity for specific actions that would have a greater impact for the inversion of this matter. **Objective:** To evaluate the implementation level of the actions in the Rede Cegonha in Jaboatão dos Guararapes, PE. **Methods:** This study is an evaluative research of normative kind to determinate the implementation level of the actions in the Rede Cegonha, held in Jaboatão dos Guararapes, PE. The construction of the analysis and judgment matrix from Rede Cegonha was carried out regarding the structure and process dimensions; the data was collected through a logical and preexistent research model; interviewing professionals who plan and execute the Rede in the township through a research formulary which was developed based on the analysis matrix, seeking to collect, under its perspective, informations about the execution of Rede Cegonha actions; and analysis to determine the level of implementation. In order to evaluate the implementation level, 4 limits were considered ($\leq 25\%$ - not implemented; from 25,1% to 50% - incipient implementation; from 50,1% to 75% - partially implemented; and $\geq 75,1\%$ - implemented). **Results:** The implementation level of Rede Cegonha actions in Jaboatão dos Guararapes was considered partially implemented with a score of 55.1%, 45.5% from those allocated in structure dimension and 64.6% allocated in the process dimension. Within the process dimension, all components were partially implemented. The component "Puerperium and Integral Attention to Children's Health" obtained the highest dimension scores, with 74.4%, while the "Delivery and Birth" component presented the lowest score with 54.5%.

Decs: Health Policy. Health Evaluation. Maternal-Child Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos participantes representantes da gestão e da atenção especializada, por função e serviço (2018).	26
Quadro 2 – Distribuição dos participantes da Estratégia Saúde da Família, por categoria e Regional de Saúde (2018).	27
Quadro 3 – Grau de Implantação total e por dimensão de estrutura e processo das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	31
Quadro 4 – Pontuação por critérios da dimensão estrutura, da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	32
Quadro 5 – Pontuação da dimensão processo, por componente da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	33
Quadro 6 – Pontuação da dimensão processo, componente “Pré-natal” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	34
Quadro 7 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Parto e Nascimento” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	35
Quadro 8 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	36
Quadro 9 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO GERAL	13
2.1 Objetivos específicos	13
3 MARCO TEÓRICO	14
3.1 Redes de Atenção à Saúde	16
3.2 A Rede Cegonha	18
3.3 Avaliação em Saúde	21
4 MÉTODOS	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Área do estudo	24
4.3 População/amostra	25
<i>4.3.1 Distribuição da Amostra/Entrevistados</i>	26
4.4 Período de Coleta de Dados	27
4.5 Estratégia de produção de dados	27
4.6 Análise dos dados	28
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
6 RESULTADOS	31
6.1 Grau de Implantação da Dimensão Estrutura	31
6.2 Grau de Implantação da Dimensão Processo	33
<i>6.2.1 Avaliação do Componente Pré-Natal</i>	33
<i>6.2.2 Avaliação do Componente Parto e Nascimento</i>	34
<i>6.2.3 Avaliação do Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança</i>	35
<i>6.2.4 Avaliação do Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação</i>	37
7 DISCUSSÃO	38
7.1 Dimensão Estrutura	38
7.2 Dimensão Processo	41
<i>7.2.1 Componente Pré-Natal</i>	41
<i>7.2.2 Componente Parto e Nascimento</i>	44
<i>7.2.3 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança</i>	47
<i>7.2.4 Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação</i>	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51

REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA.....	60
APÊNDICE B - MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA.....	63
APÊNDICE C - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO PARA ESTRUTURA.....	66
APÊNDICE D - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO PARA ESTRUTURA.....	67
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE F – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	69
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	76
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE RECORTE DE PESQUISA.....	77
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO JABOATÃO DOS GUARARAPES.....	78

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos vários avanços e conquistas na área da saúde pública desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda nos dias atuais sabe-se que o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente em atenção à saúde das mulheres, perpassa na fragmentação dos serviços e consequente descontinuidade do cuidado.

No Brasil, os resultados de indicadores relacionados à saúde materna e perinatal continuam abaixo dos encontrados em alguns países em desenvolvimento, e muito afastados dos indicadores dos países desenvolvidos (LEAL *et al.*, 2015).

Milhares de mulheres vão a óbito devido a causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Em 2005, o Nordeste apresentou a maior Razão de Mortalidade Materna (RMM) do Brasil, de 67 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV), enquanto o Sudeste apresentou a mais baixa, 40,7/100.000 NV. Em 2016, o Nordeste desce para a segunda região com maior mortalidade materna, porém permanece com 67,6 óbitos maternos/100.000 NV, ficando atrás apenas da região Norte (BRASIL, 2010, 2018, 2018b).

A meta que deveria ter sido cumprida pelo Brasil como parte do quinto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era a redução em três quartos da RMM até 2015, o que representa valor igual ou inferior a 35 óbitos/100.000 NV. Pernambuco obteve, no ano de 2016, uma RMM de 54,3 óbitos/100.000 NV (BRASIL, 2010, 2018b, 2018c).

Apesar de estar abaixo da média da Região Nordeste, Pernambuco ainda apresenta uma alta RMM, que aponta para a necessidade de ações específicas que apresentem maior impacto para a inversão deste indicador. Como pode ser notado, Pernambuco também não conseguiu alcançar a meta do 5º ODM e, ao contrário disto, este indicador ainda está elevado, necessitando concentrar esforços nesta questão.

A redução da mortalidade materna necessita da oferta de uma Rede de serviços qualificada, que garantam acesso facilitado, com cumprimento dos fluxos e protocolos estabelecidos baseados em evidências científicas, e que proporcionem intervenções que objetivem garantir a saúde destas mulheres (LEAL *et al.*, 2015).

Considerando a importância de pôr em prática as discussões que já ocorriam acerca de uma rede de cuidados integrada e efetiva na assistência à saúde

materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 24 de junho de 2011 a Portaria MS/GM Nº 1.459, que instituiu a Rede Cegonha (RC) no SUS, com objetivo de fomentar a discussão e as práticas sobre o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além do direito à criança ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede se organiza a partir de quatro componentes, onde cada um compreende uma série de ações de atenção à saúde: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

A RC busca operacionalizar as políticas já existentes, mas trazendo como diferencial a efetivação da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Ela está inserida na discussão das RAS e, para isso, propõe construções e reformas nos diversos níveis de atenção à saúde, visto que é uma política estratégica para a implementação da rede de cuidados, a fim de assegurar às mulheres assistência integral e humanizada, desde o pré-natal até o momento do parto e puerpério (CAVALCANTI, 2013).

Pernambuco foi o primeiro estado no Brasil a aderir formalmente ao programa Rede Cegonha, quando lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. Poucos meses após a publicação da Portaria, o Estado assinou um termo de compromisso para implantação da iniciativa, onde inicialmente faria a expansão de leitos para atendimento de gestantes e recém-nascidos, construção de maternidades e a qualificação da assistência nas unidades existentes. A meta do primeiro ano era de que pelo menos 30% das gestantes estivessem recebendo pré-natal no padrão RC (BRASIL, 2014).

Foi observado no estudo realizado por Silva (2016), sobre a regionalização do parto no ano de 2015, que, como estado precursor da Rede Cegonha, esperava-se que a Rede materna e infantil estivesse mais bem estruturada, levando em consideração a regionalização e o processo de territorialização. Na prática da I Região de Saúde de Pernambuco, ainda há grande número de partos que ocorrem fora do município de residência das gestantes, percebendo-se que não são respeitadas as referências pactuadas por meio dos diversos instrumentos existentes. A autorregulação dos serviços e as demandas espontâneas existentes, onde as mulheres não têm vínculos efetivos com as maternidades desde a atenção básica, também dificultam o planejamento e execução do processo de regionalização. Ainda

dentro de uma mesma região, subdividida em microrregiões, foi visto um processo de regionalização fragilizado.

O município de Jaboatão dos Guararapes foi um dos que apresentou grande número de partos fora das suas referências. Em 2015, 40% do número de partos de risco habitual foram realizados em estabelecimentos fora do território municipal, sendo evidenciada uma falha no desenho da Rede Cegonha em relação à vinculação de gestantes desde o pré-natal à maternidade, podendo trazer, como consequência, dificuldades na contrarreferência da criança e puérpera para, respectivamente, acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento saudáveis e das complicações que podem surgir no período puerperal. O município obteve, neste mesmo ano do estudo, uma RMM de 69,6 óbitos maternos/100.000 NV.

A partir disto, a pergunta que conduz esta pesquisa é “*Como está implantada a Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE?*”.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE.

2.1 Objetivos específicos

- a) Estimar o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE no que se refere à estrutura;
- b) Estimar o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE no que se refere ao processo.

3 MARCO TEÓRICO

A maternidade faz parte de uma construção social e, sendo assim, a mulher gestante ainda pode considerar que tem a proteção ameaçada, visto que há um grande histórico de negligência nos âmbitos sanitário, assistencial e político (TINOCO *et al.*, 2018).

A desigualdade social suscita graves heterogeneidades relacionadas à sobrevivência das mulheres e recém-nascidos. Sendo assim, a razão de mortalidade materna e a proporção de crianças que morrem antes dos 28 dias de nascidas são considerados importantes indicadores no que diz respeito a condições de vida e saúde de uma população. Para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal faz-se necessário o envolvimento das entidades governamentais para priorização de ações que melhorem a qualidade da assistência prestada a esta população-alvo, incluindo as intersetoriais, além do envolvimento dos diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

O cuidado em todo o período perinatal tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Sem dúvidas que o contexto socioeconômico é determinante para a superação destes riscos, porém a assistência dada neste período tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das mulheres no momento da reprodução (BRASIL, 2009).

Nas últimas décadas, surgiram, em contradição ao modelo biomédico, iniciativas de reorientação da assistência prestada às mulheres no período perinatal, conhecidas por humanização do parto e do nascimento (HERCULANO *et al.*, 2018).

Em 1984, reconhecendo a importância de combater a mortalidade materna, foi realizado o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, onde definiu-se que, no dia 28 de maio, seria o *Dia Internacional de Luta contra a Morte Materna/Ação pela Saúde da Mulher* (GALLI, 2003; MARTINS, 2006).

A consciência política quanto à importância do acesso universal à saúde pública também tem sido legitimada pela sociedade civil e está consagrada na Constituição Federal de 1988. Neste período, houve grandes evoluções no que se refere à descentralização, conscientização quanto ao direito à saúde e controle social, investimento em recursos humanos e em áreas de mais difícil acesso, fortalecimento da atenção básica, além de vários avanços nos campos da ciência e tecnologia. Em seguida às reformas sanitárias, fortaleceram os programas de

atenção à saúde das mulheres e das crianças, o que os fez tornar um grande compromisso no país (VANDERLEI *et al.*, 2015).

Seguindo o mesmo movimento, o Brasil, através do MS, publicou a Portaria nº 663 de 1994, instituindo o *Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna*, data em que devem ser realizadas avaliações dos programas relacionados à temática e replanejamento de ações para reduzir este indicador (GALLI, 2003; MARTINS, 2006).

Dentre as inúmeras ações para a redução da mortalidade materna, pode-se enfatizar a criação do Comitê Nacional de Combate a Morte Materna, que tem como finalidade a investigação/estudo das causas destes óbitos, entendendo que estes dados servirão de base para a construção do coeficiente de mortalidade materna. Além disto, há também o papel de monitoramento da implementação de políticas públicas para a prevenção e reparação de casos (GALLI, 2003).

No ano 2000, as metas do milênio foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), que ficaram conhecidas como ODM, e foram assinadas por 191 países. A meta de reduzir a RMM era em 75% entre os anos de 90 e 2015, ou seja, chegar a 35 óbitos/100.000 NV, e de mortalidade infantil chegar a, pelo menos, 15,7 óbitos infantis/1.000 NV. O Brasil foi um dos países que aderiu ao Projeto e passou a ter oficialmente, a partir de então, a meta de reduzir a mortalidade infantil e garantir a melhoria da saúde das gestantes. Logo, a redução da mortalidade materna também passou a ser prioridade (BRASIL, 2018c; MARTINS, 2006).

Neste sentido, em 2004, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que versa sobre a execução de um conjugado de ações articuladas que objetiva qualificar a atenção dada a este grupo. O Pacto traz ações como: a organização do acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, adequação da oferta de serviços, qualificação das urgências/emergências, readequação e melhoria da rede hospitalar e centros de parto normal, requalificação de hospitais amigos da criança, reavaliação da rede de hospitais de referência para gravidez de risco, desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém-nascidos de risco, qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento, assessoramento técnico para planejamento local e regional, entre outros (BRASIL, 2004).

A taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos passou de 29,7, em 2000, pra 15,6 óbitos/1.000 NV, em 2010, alcançando a meta dos ODM. Enquanto isto, em

relação ao objetivo 5 – melhorar a saúde da gestante – o próprio governo o considera o Objetivo que o Brasil mais tem dificuldade de alcançar (BRASIL, 2018c).

Apesar do decréscimo destes números, ainda não foi alcançada até o momento. Porém, foram identificadas melhorias entre os anos de 2003 a 2010 na atenção à saúde das gestantes, onde o número de gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal aumentou em 125% e a proporção de mães brasileiras que não fizeram nenhuma consulta foi reduzida de 4,7% para 1,8%. Em 2011, mais de 1,7 milhão de gestantes fizeram, no mínimo, sete consultas de pré-natal (BRASIL, 2018).

A APS tem uma função fundamental no processo de ordenadora e coordenadora do cuidado, especialmente na atenção à saúde materna e infantil. Porém, na lógica de que os serviços de saúde estão integrados em rede, nenhum profissional consegue resolver sozinho todas as demandas que lhe surgem e, para isto, podem contar com outros serviços de diferentes níveis de complexidade (ASENSI, 2016).

3.1 Redes de Atenção à Saúde

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços, sob gestão pública do SUS, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS têm produzido importantes resultados em diversos países e são identificados pela sua eficácia em relação à organização interna e à capacidade de fazer face aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (DIAZ, 2004; MUR-VEEMAN *et al.*, 2003).

Após instituição, uma rede de atenção se mostra como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde que objetiva garantir uma atenção integral e contínua, de maneira holística, ou seja, de acordo com a vivência e necessidade de cada pessoa, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

As suas principais características são a regionalização e a hierarquização. A regionalização valoriza os aspectos regionais e locais na prestação dos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito a carências, costumes, valores, crenças e

hábitos, e características específicas de cada lugar. A hierarquização traz a necessidade de que o conjunto de unidades, serviços e ações de saúde trabalhem de maneira articulada, responsabilizando-se pela atenção integral de uma determinada região a partir de diversos recortes territoriais (ASENSI, 2016).

A implementação da RAS contribui para o avanço do processo de efetivação do sistema de saúde público brasileiro. A transição entre o ideal de um sistema de saúde integrado/conformado em redes e a sua efetivação passa pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema (BRASIL, 2016).

Para garantia de todo esse processo, a estrutura operacional das RAS é composta pelo centro de comunicação; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes, o quarto às ligações que comunicam os diferentes nós e, o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).

O centro de comunicação das RAS é o nó de ligação pelo qual se coordenam e se conectam os fluxos e contrafluxos do sistema de saúde e é constituído pela APS (MENDES, 2010).

Porém, ainda de acordo com Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados, que são encontrados ainda nos dias atuais, se organizam através de pontos de atenção à saúde sem ligação e comunicação uns com os outros e que, conseqüentemente, não são capazes de prestar uma atenção contínua à população. Nestes casos, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária e nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas não-interligados, a atenção primária não pode exercer seu papel de centro de comunicação, ordenando e coordenando o cuidado.

Uma pesquisa de avaliação feita com 72 sistemas distintos, fora do Brasil, que utilizaram alguma forma de integração, mostrou que os programas que integravam a atenção primária à saúde com os outros níveis, e que tinham uma população adscrita, foram mais efetivos e que seus usuários estavam mais satisfeitos (WAGNER *et al.*, 1999).

Especialmente no que diz respeito à saúde da mulher, o sistema de saúde, apesar de ressaltar constantemente a necessidade de integração dos serviços nos três períodos de assistência à gestação (pré-natal, parto e puerpério), nunca

conseguiu efetivamente a sua viabilidade. Esse fato faz com que a assistência no período pré-natal seja feita sem nenhuma retaguarda hospitalar traçada, por exemplo (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Neste período, a mulher necessita de cuidados de saúde devido às mudanças fisiológicas decorrentes na gravidez, a necessidade de apoio emocional durante o trabalho de parto e a existência de serviços de saúde que a atenda de forma efetiva, adequada e humanizada. Para garantir isso, são necessárias condutas acolhedoras e o fácil acesso aos serviços de saúde, principalmente com ações que integrem a atenção primária aos serviços de maior complexidade (CUNHA, 2010).

3.2 A Rede Cegonha

Pensando na importância de uma rede de cuidados integrada e efetiva na assistência à saúde materno-infantil, a Portaria MS nº 1.459/2011, chega para instituir a Rede Cegonha no SUS, que tem por objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além do direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede se organiza a partir de quatro componentes, que compreendem uma série de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2011):

1. Componente PRÉ-NATAL, que visa à realização de pré-natal (PN) na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e atenção qualificada; acolhimento às intercorrências no período gestacional, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao PN de alto de risco em tempo oportuno, assim que identificado; garantia da realização dos exames preconizados, tanto para o risco habitual quanto para o alto risco, e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o início do PN ao local de referência para realização do parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; instituição de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; acesso à prevenção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo HIV/Aids e Hepatites; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas e para o local em que será realizado o parto;
2. Componente PARTO E NASCIMENTO, que traz a necessidade da suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo

com as realidades locais; 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 baseadas em evidências científicas, segundo protocolo da Organização Mundial da Saúde (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, de escolha da gestante; 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 e à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização;

3. Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA, que refere a promoção e incentivo ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; a necessidade e importância da contra referência da puérpera e da criança para a atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa e acompanhamento de crianças vulneráveis; 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; orientação e oferta de métodos contraceptivos para a puérpera; e

4. Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO, que objetiva, nas situações de urgência, o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, com ambulâncias de suporte avançado equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de referência para o parto; implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

A RC busca a operacionalização das políticas já existentes, com um diferencial em relação às anteriores, que é a concretização da articulação dos

pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Está inserida na discussão da RAS e, para isso, propõe construções e reformas nos diversos serviços de saúde, como na atenção básica, nos centros de parto normal e maternidades (CAVALCANTI, 2013).

A política tem como bases organizacionais a regionalização e a integralidade – princípios do SUS. O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da Rede Cegonha resultam de empenhos e iniciativas importantes no campo de assistência materna e infantil no SUS e de consistentes experiências municipais e estaduais. No seu processo de acompanhamento constam tarefas importantes para os gestores, como fomentar a participação social e promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e monitoramento (BRASIL, 2011; CAVALCANTI, 2013).

É de suma importância que os executores locais conheçam e se apropriem regionalmente dos fatores de contexto político, epidemiológico, profissionais de saúde capacitados, movimentos sociais ativos no processo, entre outros, visto que estes podem influenciar positiva ou negativamente na implantação da estratégia (CAVALCANTI, 2013).

Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a aderir à RC quando lançado pelo Ministério da Saúde. Poucos meses após a publicação da portaria, o estado assinou um termo de compromisso para implantação da iniciativa, onde a princípio haveria expansão de leitos para atendimento de gestantes e recém-nascidos, construção de maternidades e a qualificação da assistência nas unidades existentes. A meta do ano inicial era que pelo menos 30% das gestantes estivessem recebendo pré-natal no padrão Rede Cegonha. Segundo documento publicado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2012, as 12 Regiões de Saúde de Pernambuco aderiram a todos os componentes da Rede Cegonha neste mesmo ano (BRASIL, 2014; COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2012).

Apesar disto, Silva (2016) constatou em seu estudo que a população de Pernambuco tem grandes dificuldades quanto à vinculação à maternidade que irá realizar o parto desde o momento do pré-natal, por exemplo, pois foi evidenciada dificuldades no acesso. Araújo (2012) observa que, na prática da atenção materna e infantil, as ações são desarticuladas e sobrepostas, e revelam que não há uma rede integrada de atenção ao parto e ao nascimento.

Neste sentido, no campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDES, 1997).

3.3 Avaliação em Saúde

Considera-se intervenção qualquer sistema de ação em um determinado ambiente durante um determinado período de tempo, que objetiva modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (OLIVEIRA, 2014). Uma intervenção é composta por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços/bens/atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Contandriopoulos (2006) traz que há um embate crescente entre as necessidades da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas com a necessidade do controle dos gastos públicos com a saúde, dificultando a viabilidade da primeira. Fazem-se necessárias reformulações e aprofundamento sobre a situação e, para a tomada de decisão, é fundamental que estas sejam baseadas em conhecimentos científicos sólidos. Existe consenso de que as decisões devem vir seguidas de avaliações sistemáticas e estas devem fazer parte da rotina do serviço.

Institucionalizar a avaliação entendendo-a como objeto de análise se torna agenda prioritária para aqueles que são comprometidos com o sistema, visto que objetiva alcançar melhorias para o próprio sistema e mira a qualificação da atenção à saúde aos usuários (ALVES *et al.*, 2010).

De acordo com Deslandes (1997) é possível garantir que a avaliação de serviços de saúde, no decorrer dos anos, passou a não ser mais um processo puramente técnico, pois é um método que, contendo um conjunto de procedimentos e indicadores, pode medir com precisão a efetividade do serviço ou programa avaliado.

A efetivação de uma avaliação deve, portanto, ultrapassar o objetivo estritamente somativo e permitir que haja um julgamento não só relacionado à eficácia da intervenção, mas, sobretudo, acerca dos fatores explicativos dos

resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (CONRAD; ROBERTS-GRAY, 1988; PATTON, 1986,1987).

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSELLE *et al.*, 2011, p. 44).

Para Contandriopoulos *et al.* (1997), o julgamento pode ser resultado da análise a partir de critérios e normas, chamada de avaliação normativa, ou se elaborar a partir de um procedimento científico, conhecida como pesquisa avaliativa. Uma única intervenção pode ter os dois tipos de avaliação.

A avaliação tem quatro objetivos oficiais: 1) Apoiar o planejamento e a elaboração de uma intervenção, caracterizado como o objetivo estratégico; 2) Prover informação para aperfeiçoar uma determinada intervenção no seu decorrer, chamado de objetivo formativo; 3) Determinar os resultados de uma dada intervenção para deliberar se ela deve ser mantida, replanejada ou interrompida, que é o objetivo somativo; 4) Colaborar para o avanço dos conhecimentos, para a elaboração teórica, o objetivo fundamental (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Sendo assim, os autores acima concluem que é importante que o resultado extraído por meio da avaliação de uma intervenção seja considerado como uma importante ferramenta de negociação entre os interesses existentes e não como uma verdade absoluta.

A avaliação que tem como base as normas e critérios é comumente utilizada na administração e na gestão. A partir dela são realizados processos de controle, monitoramento e avaliação, permitindo o acompanhamento da intervenção e seu redirecionamento, se necessário, para o alcance de resultados mais satisfatórios que os atuais (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Para Patton (1986), “a transferência, em nível operacional, de uma intervenção” pode ser chamada de implantação. Para Denis e Champagne (1997), conceitualmente, a determinação do Grau de Implantação (GI) de uma dada

intervenção exige especificar, inicialmente, os componentes da intervenção a ser avaliada, ou seja, a teoria do programa.

Segundo Medina *et al.* (2005) e Denis e Champagne (1997), o Modelo Lógico (ML) é uma das ferramentas possíveis para se realizar a avaliação do GI, que deverá ser um produto que possibilite apreender a realidade a partir da teoria pensada e escrita, por meio do objeto-modelo. Este objeto só é considerado válido se contemplar uma teoria capaz de ser confrontada com os fatos reais. Sua construção deverá considerar minúcia dos componentes do programa e suas formas de operacionalização, descrevendo todas as etapas necessárias para o alcance de seus objetivos em metas. Essa modelização fornece, de forma resumida, as atividades previstas e os resultados esperados. O ML irá comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura) e os serviços ou os bens produzidos (processo) (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c).

Para operacionalizar essa análise da intervenção, é necessária a elaboração de uma matriz que permita o seu julgamento de valor, fundamentada em critérios e parâmetros a serem utilizados, denominada de Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), para definição do GI (ALVES *et al.*, 2010b).

Para Contandriopoulos *et al.* (1997) é provável que quão mais bem-sucedida for uma avaliação, mais perguntas brotem a partir da pesquisa. Ela dissemina dúvidas, não dando condições de atender a todas, e acredita que nunca deve realmente terminar, visto a dinamicidade do tempo, apelando para grande número de atores, e utilizando-se de métodos diversos, que envolvem competências variadas.

No SUS, foi induzida a prática avaliativa inerente ao processo por meio do Pacto de Gestão, que foi instituído em 2006, e apontou a escolha dos gestores no fortalecimento dos compromissos e das responsabilidades dos entes federados (ALVES *et al.*, 2010).

Porém, para quem encontra-se na rotina de tomada de decisões num ambiente institucional e social dinâmicos, diversificado e complexo, ainda é necessário desenvolvimento de condições e ferramentas para apoiá-lo no uso das pesquisas científicas no campo da gestão, a fim da utilização das evidências apresentadas em seu processo de planejamento e ação (FELISBERTO *et al.*, 2017).

4 MÉTODOS

Neste tópico estará descrita a metodologia utilizada para realização deste estudo.

4.1 Desenho do estudo

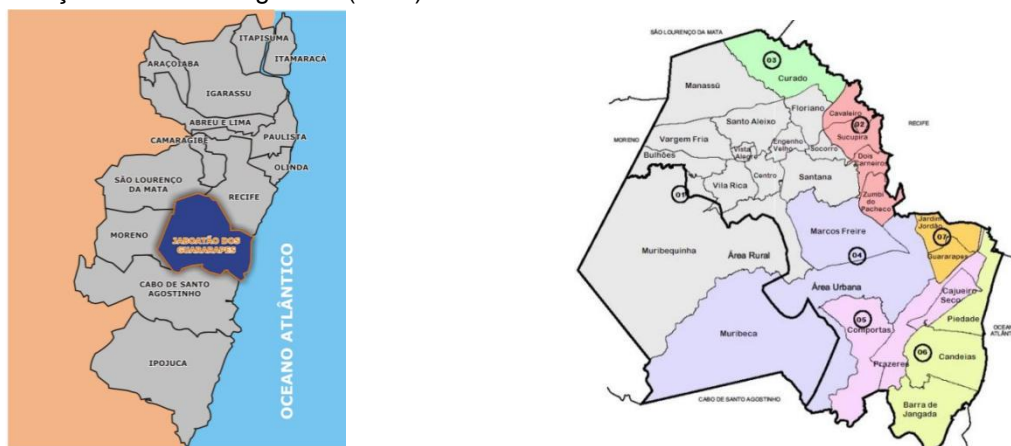
O estudo proposto é uma pesquisa avaliativa, do tipo normativa, que visa analisar o grau de implantação das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Este tipo de pesquisa ajuda a compreender as variações observadas entre o planejado e o que foi efetivamente implantado de uma determinada intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

4.2 Área do estudo

O estudo foi realizado em Jaboatão dos Guararapes/PE, município que faz parte da região metropolitana do Recife. Ele tem uma extensão de aproximadamente 258,7km² e uma população estimada em 2018 de 697.636 habitantes, de acordo com o IBGE. A população feminina desse território é de aproximadamente 355 mil mulheres. A estimativa de gestantes no ano de 2018 foi de 10.524, tendo em torno de 8.945 mulheres esperadas como gravidez e parto de risco habitual. Os 15% restantes devem ser considerados dentro da estimativa da gestação de alto risco.

A gestão municipal adotou um modelo de regionalização, com o objetivo de estar mais próxima da população. Desta maneira, e seguindo critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos, foram instituídas sete Regionais (Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Praias e Guararapes), conforme mapa 01.

Mapa 1 – Localização do município do Jaboatão dos Guararapes no estado de Pernambuco e distribuição das suas Regionais (2018).



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2019).

A Rede Municipal de Saúde conta com 104 equipes de Saúde da Família, 81 equipes de Saúde Bucal, 14 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 14 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 08 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, 01 Centro de Referência em Saúde da Mulher, 01 Policlínica da Criança e do Adolescente, 01 Laboratório de Análises Clínicas Municipal, 05 Policlínicas gerais de especialidades, 03 Centros de Reabilitação, 03 Centros de Apoio Psicossocial, 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 Unidade de Pronto Atendimento municipal, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Centro de Vigilância Ambiental.

Em seu território tem duas referências em assistência ao parto de risco habitual, sendo um de gestão estadual e um conveniado ao município. No que se refere à assistência ao parto de Alto Risco, está pactuado no desenho estadual da Rede Cegonha duas maternidades de gestão estadual para referência às munições de Jaboatão dos Guararapes.

4.3 População/amostra

A população da pesquisa foi composta por gestores - que estão diretamente ligados à gestão dos serviços e ao planejamento e monitoramento da Rede Cegonha no município (7); profissionais do Centro de Referência em Saúde da Mulher, que realizam algum tipo de atendimento à mulher relacionado à proposta da Rede Cegonha (3); profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município (208).

A amostra foi composta pela totalidade dos profissionais da gestão e do Centro de Referência em Saúde da Mulher. Para cálculo da amostra dos profissionais da Estratégia Saúde da Família foi considerada uma frequência de 50% e erro de 7%, chegando ao número mínimo necessário de 102 entrevistas.

Foi considerado critério de inclusão o trabalhador que estava há pelo menos 06 meses na área atual, da qual foi sorteado, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE; e critério de exclusão profissionais que tinham menos de 06 meses na área de atuação do município da qual foi sorteado.

4.3.1 Distribuição da Amostra/Entrevistados

Responderam ao formulário online (Apêndice A) 122 profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes/PE, sendo 07 da gestão; 03 profissionais do Centro de Referência em Saúde da Mulher; e 112 da ESF, conforme distribuição do Quadro 1 e 2.

Na metade da coleta de dados ocorreu o retorno dos profissionais cubanos vinculados ao Programa Mais Médicos no município, precisando ser feito o sorteio para substituição dos 12 profissionais inicialmente sorteados. Do segundo sorteio, dez profissionais se recusaram a participar da pesquisa, sendo 01 enfermeira e 09 médicos, todos da ESF, sendo realizado novo sorteio para reposição destes. Não foi conseguido repor 02 profissionais médicos, visto que, no território do qual faziam parte, só tinham médicos recém-chegados no município, o que poderia causar viés na pesquisa.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes representantes da gestão e da atenção especializada, por função e serviço (2018).

FUNÇÃO	PROFISSÃO	LOCAL TRABALHO
PSICÓLOGA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	PSICÓLOGA	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER
COORDENADORA DO SERVIÇO	ENFERMEIRA	
MÉDICO TOC GINECOLOGISTA	MÉDICO	
SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERAPEUTA OCUPACIONAL	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENTE DE ATENÇÃO BÁSICA	ENFERMEIRA	
GERENTE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ENFERMEIRA	
COORDENADORA DE POLÍTICAS E PROGRAMAS	ENFERMEIRA	
CHEFE DE NÚCLEO DE SAÚDE DAS MULHERES	ENFERMEIRA	
SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PROMOÇÃO À SAÚDE	ASSISTENTE SOCIAL	
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	MÉDICO VETERINÁRIO	

Fonte: A autora (2019).

Quadro 2 – Distribuição dos participantes da Estratégia Saúde da Família, por categoria e Regional de Saúde (2018).

REGIONAL DE SAÚDE	NÚMERO EQUIPES	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
		ENFERMEIROS	MÉDICOS
I	21	13	10
II	20	12	10
III	08	05	04
IV	09	06	04
V	19	11	09
VI	17	10	08
VII	10	06	04
TOTAL	104	63	49

Fonte: A autora (2019).

4.4 Período de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2018.

4.5 Estratégia de produção de dados

Para contemplar a denominação do GI foi considerado, primeiramente, a existência de um ML e a construção de uma MAJ.

O presente estudo utilizou o Modelo Lógico de Zacarias (2018), do trabalho *Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco*, por acreditar que contempla o objetivo deste projeto, sendo realizadas apenas a singularização para o local a ser estudado, conforme Apêndice B.

O estudo denominado “Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco” utilizou, para o recorte utilizado neste presente estudo, a abordagem qualitativa, baseada no sistema proposto por Thurston e Ramaliu (2005), a descrição do programa identificando as metas, os objetivos e as atividades que o constituem; a identificação e revisão dos documentos disponíveis no programa; e construção da modelagem (modelo lógico do programa – MLP) dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas. Realizou-se apreciação do modelo lógico construídos por duas especialistas em avaliação em saúde, presencialmente. Após os ajustes indicados, foi validado por gestores da RC, através de participação na reunião de colegiado de gestores das regionais de saúde.

A partir do ML foi construída a MAJ para análise da estrutura e processo. A análise da dimensão estrutura leva em consideração a estrutura necessária para se efetivar, com qualidade, uma Rede de Atenção à Saúde visto que, em algumas situações, pode afetar diretamente na definição do processo de trabalho.

Foi considerada como estrutura a existência de serviços de saúde para assistir à mulher e criança nas suas necessidades em todas as fases relacionadas; existência e disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais; dispositivos e serviços de apoio à gestante, puérpera e bebê; maternidade em conformidade com as legislações; meios de transporte de apoio à gestante; sistemas de informação; instrumentos de monitoramento e avaliação; e sistema de regulação de leitos.

Para avaliação da dimensão processo, foram consideradas ações relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde a partir dos componentes da Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Com os critérios constituintes da MAJ, dentro das dimensões citadas, redundaram na produção de um índice síntese da implantação da estrutura e do processo, no qual foi utilizada a estatística descritiva no programa MS Office Excel 2007, com pontuações de 0 a 10 em relação à escala de implantação, para posterior denominação do Grau de Implantação.

Após construção da MAJ, foi criado um formulário no *Google Forms 2019*, que gera automaticamente um banco de dados no programa MS Office Excel com as informações respondidas.

Este formulário foi enviado via online aos profissionais sorteados. Os que não responderam *via online*, foi realizada uma segunda tentativa com coleta diretamente na unidade de saúde de sua lotação, com a utilização do mesmo instrumento. Neste último caso, vou solicitado o autopreenchimento do mesmo formulário, só que impresso, sem intervenção do entrevistador.

4.6 Análise dos dados

Sobre a análise do Grau de Implantação (GI) para as referidas dimensões, foram consideradas:

- a) GI Estrutura = (Somatório das pontuações obtidas nas ações que compunham essa dimensão / pontuação máxima total) x 100;

b) GI Processo = (Somatório das pontuações obtidas nas ações que compunham essa dimensão / pontuação máxima total) x 100.

Considerando que o estudo teve 122 entrevistados e, dentro de cada critério a pontuação máximo foi 10, a 'pontuação máxima total' da fórmula acima foi 1220.

O GI total foi identificado a partir da média do somatório de ambas as dimensões (estrutura + processo), considerando que ambas são igualmente importantes na efetivação da Rede Cegonha.

Para o julgamento de valor do grau de implantação foram considerados quatro pontos de corte ($\leq 25,0\%$ - não implantado; de 25,1% a 50,0% - implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% - parcialmente implantado; e $\geq 75,1\%$ - implantado).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado segundo o Termo de Resolução 466/2012, as quais estabelecem diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

O estudo está vinculado a um projeto maior intitulado “REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, do pesquisador Garibaldi Dantas Gurgel Junior, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IAM/Fiocruz-Pernambuco (CAAE 50906915.0.000.5190), conforme anexo A.

Para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa proposta foi apresentado o TCLE – Apêndice C.

Foi solicitada a anuência formal da Secretaria de Saúde do Jaboatão dos Guararapes e adquirida a autorização para a sua execução (Anexo C).





6 RESULTADOS

O Grau de Implantação total das ações da Rede Cegonha no município foi de 55,1%, sendo considerado como Parcialmente Implantado, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Grau de Implantação total e por dimensão de estrutura e processo das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

DIMENSÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	45,5%
PROCESSO	64,6%
GI TOTAL	55,1%

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

Percebe-se que, apesar da pontuação da estrutura ter sido definida ainda como implantação incipiente, a pontuação alcançada no processo traz uma compensação para a definição do GI total, embora no limite inferior da classificação parcialmente implantada.

6.1 Grau de Implantação da Dimensão Estrutura

A dimensão estrutura apresentou-se com uma implantação incipiente, com uma pontuação de 45,5%.

Com uma pior pontuação nesta dimensão, podemos observar o critério “*Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto*”, com pontuação de 26,1%. Neste, 54,91% dos entrevistados pontuaram entre 0-20 este critério, e apenas 6,55% consideraram que esta estivesse entre 80-100 pontos.

O critério “*realização de exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno*”, obteve 46,6% de pontuação, apresentando-se dentro do escore como implantação incipiente, mostrando que é reconhecida a dificuldade de garantir às gestantes os exames necessários e preconizados.

Essa dimensão teve dois critérios com uma pontuação um pouco mais elevada que as demais, que foram “*Implementação de estratégias de comunicação social e Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva*”, com 63,7%, e “*Garantia de acesso imediato ao pré-natal de alto risco, quando necessário*” com 62%.

Nenhum critério apresentou média acima de 75%, para que pudesse ser considerado implantado.

Quadro 4 – Pontuação por critérios da dimensão estrutura, da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

DIMENSÃO	CRITÉRIOS	MÉDIA PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Acesso imediato ao pré-natal de alto risco, quando necessário.	62,0%
	Exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.	46,6%
	Estratégias de comunicação social e Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	63,7%
	Oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades do município.	49,2%
	Centros de Parto Normal intra ou peri-hospitalar.	38,6%
	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).	49,7%
	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, com ambulâncias de suporte avançado devidamente equipadas com incubadores e ventiladores neonatais.	35,2%
	Sistemas de gestão da informação.	48,0%
	Instrumentos de monitoramento e avaliação.	48,6%
	"Vaga Sempre" no plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto.	35,5%
	Regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).	42,7%
	Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.	26,1%
PONTUAÇÃO TOTAL NA DIMENSÃO		45,5%

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

6.2 Grau de Implantação da Dimensão Processo

Todos os componentes da Rede Cegonha, no que se relaciona à dimensão processo, foram classificados como Parcialmente Implantado, com uma pontuação total de 64,6% (Quadro 5). O componente com maior pontuação foi o “*Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança*”, com 74,4%. O com menor pontuação foi o “*Parto e Nascimento*”, com 54,5%.

O componente “*Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação*” apresenta uma única ação de processo, sendo o valor dela mesma, não uma média.

Quadro 5 – Pontuação da dimensão processo, por componente da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

COMPONENTE	PONTUAÇÃO MÉDIA
PRÉ-NATAL	67,5%
PARTO E NASCIMENTO	54,5%
PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	74,4%
SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	61,8%
TOTAL	64,6%

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

6.2.1 Avaliação do Componente Pré-Natal





Na avaliação dos critérios de processo do pré-natal, foi identificada com pior pontuação a “*vinculação das gestantes desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto*”, com uma pontuação de 38,9%, seguido pela “*Criação de espaços educativos e de apoio às gestantes*”, com 56,1%.

Com pontuações altas, caracterizando-o como critérios implantados, estão “*Acolhimento às intercorrências da gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade*”, “*Fortalecimento de estratégias de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites*”, “*Realização de pré-natal com abordagem multiprofissional na Unidade Básica de Saúde, com captação precoce da gestante e qualificação da atenção*” e “*Realização de busca ativa de gestantes vulneráveis*”, com pontuações de 79,9%; 78,1%; 77,1%; e 76,1%, respectivamente.

Quadro 6 – Pontuação da dimensão processo, componente “Pré-natal” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

COMPONENTE DA REDE CEGONHA	CRITÉRIOS	MÉDIA PONTUAÇÃO CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO DO COMPONENTE
PRÉ-NATAL	Realização de pré-natal com abordagem multiprofissional na Unidade Básica de Saúde, com captação precoce da gestante e qualificação da atenção.	77,1%	67,5%
	Acolhimento às intercorrências da gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.	79,9%	
	Realização de busca ativa de gestantes vulneráveis.	76,1%	
	Vinculação das gestantes desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.	38,9%	
	Incentivo à participação do parceiro durante o pré-natal.	64,1%	
	Criação de espaços educativos e de apoio às gestantes.	56,1%	
	Fortalecimento de estratégias de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites.	78,1%	
	Qualificação da atenção através da Educação Permanente em Saúde.	69,8%	

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

6.2.2 Avaliação do Componente Parto e Nascimento





O Quadro 7 mostra que, em relação às ações do componente “Parto e Nascimento”, as maiores pontuações foram relacionadas à garantia de acompanhante durante todo o período perinatal, com 61,9%, e o acolhimento com classificação de risco nas maternidades, com 61,4%.

O de menor pontuação foi sobre a existência do Colegiado Gestor e outros dispositivos de cogestão nas maternidades, com 43,2%. Este dado provavelmente está relacionado ao fato de haver desconhecimento dos profissionais acerca deste espaço, visto que 24,5% pontuou com nota zero ou 01. Não há grande discrepância destes resultados quando analisadas separadamente as informações entre a gestão e os profissionais de saúde.

Quadro 7 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Parto e Nascimento” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

COMPONENTE DA REDE CEGONHA	CRITÉRIOS	MÉDIA PONTUAÇÃO CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO DO COMPONENTE
PARTO E NASCIMENTO	Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	61,4%	54,5%
	Estabelecimento de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de acordo com evidências científicas e com a Política Nacional de Humanização.	55,7%	
	Qualificação da atenção ao parto e nascimento através da Educação Permanente em Saúde.	54,8%	
	Implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	49,7%	
	Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	61,9%	
	Implementação do Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.	43,2%	

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

6.2.3 Avaliação do Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

O Componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança” foi o que obteve maior pontuação entre os demais componentes desta dimensão.

Os critérios “*Acompanhamento do processo de aleitamento materno, enfatizando a importância do papel da amamentação no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança*”, “*Realização do acompanhamento da puérpera e da criança com abordagem multiprofissional na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, realizando avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem da vacinação e avaliação do aleitamento materno*”,

“Realização do planejamento familiar, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos”, “Promoção da prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites” e “Realização de busca ativa de crianças vulneráveis”, apresentaram-se mais bem avaliadas, sendo o primeiro com 83,3% e o último com 77,5%. Todos esses apresentaram pontuação maior que 75%, ou seja, são critérios implantados no município.

A menor pontuação foi do critério “Existência de espaços educativos e de apoio às puérperas” com 53,7%, conforme pode ser visto no Quadro 8.

Quadro 8 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

COMPONENTE DA REDE CEGONHA	CRITÉRIOS	MÉDIA PONTUAÇÃO CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO DO COMPONENTE
PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	Realização do acompanhamento da puérpera e da criança com abordagem multiprofissional na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, realizando avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem da vacinação e avaliação do aleitamento materno.	82,0%	74,4%
	Acompanhamento do processo de aleitamento materno, enfatizando a importância do papel da amamentação no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança.	83,3%	
	Garantia do acompanhamento do desenvolvimento infantil, com ênfase nas crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus.	74,7%	
	Realização de busca ativa de crianças vulneráveis.	77,5%	
	Existência de espaços educativos e de apoio às puérperas.	53,7%	
	Qualificação da atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança através da Educação Permanente em Saúde.	64,8%	
	Promoção da prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites.	78,8%	
	Realização do planejamento familiar, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos.	80,9%	

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

6.2.4 Avaliação do Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Como este componente apresenta apenas uma ação na dimensão processo, que se refere à qualificação da atenção à saúde materna e infantil por meio de educação permanente em saúde, esta apresentou uma pontuação de 61,8%, conforme Quadro 9.

As demais ações deste componente, como sistema logístico e de apoio, apresentam-se na matriz da dimensão estrutura.

Quadro 9 – Pontuação da dimensão processo, do componente “Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação” da Rede Cegonha, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE (2018).

COMPONENTE DA REDE CEGONHA	CRITÉRIO	MÉDIA PONTUAÇÃO CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO DO COMPONENTE
SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	Qualificação da atenção à saúde materna e infantil através de Educação Permanente em Saúde.	61,8%	61,8%

Fonte: A autora (2019).

Escores: Até 25%: Não implantado  Entre 25,1-50,0%: implantação incipiente 
Entre 50,1-75,0%: parcialmente implantado  A partir de 75,1%: Implantado 

7 DISCUSSÃO

Este tópico seguirá a mesma organização dos resultados, onde apresentará a discussão das dimensões de estrutura e processo separadamente.

7.1 Dimensão Estrutura

As ações desta dimensão se referem à estrutura necessária para funcionamento adequado e de qualidade da Rede Cegonha, incluindo recursos humanos, logísticos, físicos e de gestão. A ausência ou deficiência desta estrutura pode comprometer a assistência dada à gestante, criança e puérpera durante este processo influenciando, inclusive, na RMM local. Sem estes componentes, não é possível se desenhar uma RAS.

Apesar de já ser abordada desde a Constituição Federal de 1988, somente em 2010 são estabelecidas diretrizes de organização da RAS no âmbito do SUS, como "*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado*", estando de maior acordo com a complexidade da estrutura do SUS (ARRUDA *et al.*, 2015; BRASIL, 2010).

A efetivação das RAS é um desafio a ser enfrentado por todos que compõem o Sistema (usuários, trabalhadores e gestores em saúde). O SUS depara-se com problemas estruturais e conjunturais graves que impactam negativamente na saúde da população (ARRUDA *et al.*, 2015).

Segundo Mendes (2010), o centro de comunicação das RAS é o ponto que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, formado pela atenção primária à saúde. Para que ela possa cumprir a sua função, deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais:

[...] a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES, 2010).

Também segundo Migoto (2018), de acordo com as diretrizes instituídas para uma efetiva redução da mortalidade infantil, as políticas de atenção materna e infantil propõem-se a organizar a assistência pré-natal e puerperal e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, sob a lógica da RAS. Com a qualificação do pré-natal, parto, nascimento e cuidados com o RN, pode-se realizar uma estratificação do risco materno-infantil, de forma a direcionar o encaminhamento das mulheres desde a entrada no pré-natal na APS, para serviços especializados, de acordo com o risco identificado.

Uma assistência pré-natal de qualidade compreende a existência de uma infraestrutura adequada para operacionalizá-la: recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam às necessidades de cada gestante (SANTOS *et. al.*, 2016).

Neste estudo, o critério “*realização de exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno*” apresentou uma pontuação de apenas 46,4%, que, condizendo com o estudo de Alves (2012), traz que, apesar do pré-natal alcançar praticamente toda a população, ainda apresenta-se com uma qualidade insatisfatória, visto que a rede de serviços de apoio diagnóstico para realização de exames preconizados durante a gravidez, por exemplo, não contempla as necessidades reais dos municípios e a população não recebe o resultado do exame em tempo hábil.

Ainda em relação às dificuldades encontradas, foi visto que o critério que retrata a dificuldade das gestantes que necessitam alcançar o pré-natal de alto risco (PNAR) em tempo oportuno obteve uma pontuação de 62%, que é desenvolvido na atenção secundária, o que também caracteriza falha em outro ponto estrutural da RAS.

Este tipo de atendimento engloba casos mais complexos de assistência durante a gravidez, devendo envolver outros equipamentos da RAS. Este atendimento deve ser prioritário, no sentido de melhorar a RMM por causas passíveis de prevenção, uma realidade que ainda apresenta taxas preocupantes (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2017).

Neste período do pré-natal, tanto de alto risco quanto de risco habitual, para que se cumpra o critério “Vaga Sempre”, as gestantes devem ser vinculadas à maternidade de referência para que o serviço possa se planejar a atendê-la no momento do trabalho de parto. Silva (2018) observou nas puérperas de seu estudo

que a insegurança que sentiam durante a gestação estava muito relacionada à falta de integração entre a atenção primária (onde fizeram seus pré-natais) e a atenção hospitalar para o parto, apesar da existência de um programa municipal que garantiria esta vinculação da gestante à maternidade, e o seu deslocamento durante o trabalho de parto pelo serviço de atendimento móvel 24h, a partir do seu domicílio.

Alves (2012) nos mostra que, no Nordeste e até no sul do Brasil, um grande número de gestantes em trabalho de parto ainda peregrinam até encontrar uma maternidade com vaga. Enquanto isso, a gestante e o bebê ficam expostos a complicações e à mortalidade.

Apesar de ser papel da unidade que realiza o pré-natal das gestantes iniciar o acolhimento em rede, nenhuma poderá fazer isso sozinha, visto que as diretrizes e fluxos necessitam ser pactuados coletivamente, entre os trabalhadores da atenção primária, das maternidades e gestão da saúde, para assim construir a rede assistencial e garantir a ampliação do acesso e oferta adequada de leitos obstétricos (ALVES, 2012).

Também é necessário implementar centrais de regulação para que sejam asseguradas as referências e contrarreferências à atenção à saúde da mulher e da criança, de forma a garantir o acesso aos serviços indispensáveis e a ampliação da rede com o aumento da oferta de leitos para gestante e bebê (CPN, alto risco, UTI obstétrica e neonatal) estabelecendo o desenho da rede regional e ofertando o acesso à vaga sempre (ALVES, 2012).

Neste estudo, o critério *“Implantação/implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames)”* apresentou uma pontuação de 42,7%, demonstrando uma falha no município no processo de regulação assistencial da mulher e bebê neste momento, tanto para realização de exames ambulatoriais preconizados na gestação e infância, quanto para a ida à maternidade em trabalho de parto ou necessidades de leitos obstétricos e neonatais.

Lima (2010) descreve a regulação assistencial como ferramenta que possibilita o cuidado integral, mas dependendo da forma como está inserida poderá servir a representação de um sistema ineficiente e pouco efetivo sobre os problemas de saúde. Porém, de outra forma, pode auxiliar na gestão, baseado na avaliação das práticas gerenciais e assistenciais, e possibilita a construção de um modelo de

atenção mais universal, com justiça, humanizado, integralizado, desde que a rede de fato seja pautada na demanda.

A rede materna hospitalar do estado de Pernambuco funciona, na prática, de maneira espontânea, onde a gestante procura a maternidade de sua escolha, durante o trabalho de parto, independentemente do local, por não haver a vinculação ao serviço de referência desde o pré-natal. Apesar da existência de um protocolo estadual de regulação obstétrica, ainda que incipiente e com lacunas, e uma Central de Regulação de Partos, eles só funcionam efetivamente quando não há vagas nos hospitais procurados. Porém, mesmo nestes casos, a regulação encaminha para o estabelecimento que tem vaga, e não necessariamente ao que esteja localizado mais próximo da gestante, e que possua a tecnologia compatível com o risco gestacional.

Sendo assim, é um grande desafio implantar efetivamente o modelo “Vaga Sempre”, que teve apenas 35,5% de pontuação neste estudo, devido à falta de vinculação de gestantes, apoio para deslocamento dessas gestantes até a maternidade de referência (26,1%) e falha na regulação do parto (42,7%). O fato de haver um apoio neste sentido, sendo através do transporte sanitário ou do SAMU Cegonha, apoia a ida da gestante em trabalho de parto à maternidade de referência para o território e diminui a chance de complicações na gravidez parto e nascimento.

7.2 Dimensão Processo

A dimensão processo obteve uma pontuação total de 64,6%, sendo considerada parcialmente implantada. Esta contempla critérios relacionados aos processos de trabalho dos profissionais da gestão e dos serviços de saúde.

7.2.1 Componente Pré-Natal

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal é fundamental para medir a sua efetividade e o impacto que causa nos indicadores de resultados maternos e neonatais. A construção dos indicadores nacionais deve ser fundamentada nos critérios já definidos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), como os exames laboratoriais preconizados, vacinação, realização de

atividades educativas, classificação de risco e encaminhamento aos demais níveis de atenção à saúde dos casos necessários (LEAL *et al.*, 2015).

As condições da assistência prestada no período perinatal (pré-natal, parto e puerpério), podem contribuir efetivamente para a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil (BASSO *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde desempenham importante papel na atenção ao pré-natal, pois são capazes de reconhecer situações críticas e realizar a intervenção adequada, baseada em evidências, que pode ser determinante para o bem-estar da mulher e do bebê. Porém, é preciso entender a humanização como integralidade e equidade nas ações, reforçando a ideia de que os usuários são sujeitos de direitos e atores ativos do processo saúde/doença (SOUZA *et al.*, 2011).

Apesar de ter sido identificado como parcialmente implantado, com uma boa pontuação, diante de todas as políticas e programas existentes, e às constantes discussões sobre o tema, a pontuação do componente (67,5%) ainda não é suficiente para alcançarmos a redução esperada da RMM e das morbidades relacionadas ao período perinatal.

Para uma maior resolubilidade e atendimento integral à saúde da mulher, o trabalho em equipe pode ser uma grande aposta, considerando as trocas de saberes e práticas, pois permite que todos os profissionais inseridos trabalhem de maneira multiprofissional e integrada, especialmente na APS, trazendo ações de prevenção e promoção à saúde enquanto equipe. O trabalho fragmentado por categorias pode sobrecarregar os profissionais e impedir ou dificultar que façam além dos atendimentos clínicos.

O estudo de Cavalcante *et al.* (2017) demonstra a sensação dos profissionais da ESF que acreditam não conseguir desempenhar o seu papel de APS, como a enfermeira abaixo traz:

Na verdade, o que eu acho é que a ESF deveria se basear na prevenção de todas as doenças, o que não tem sido a rotina do nosso trabalho hoje, hoje tem sido muito mais curativo do que preventivo, entende? Então não sei se a gente pode dizer que é ESF sabe? Eu não me sinto mais fazendo ESF não (CAVALCANTE *et al.*, 2017, p. 605).

O presente estudo observou que os profissionais e gestores pontuaram com 78,1% o critério “*Fortalecimento de estratégias de prevenção e tratamento das*

IST/HIV/Aids e Hepatites”, 76,1% do critério “*Realização de busca ativa de gestantes vulneráveis*” e 77,1% do critério “*Realização de pré-natal com abordagem multiprofissional na Unidade Básica de Saúde, com captação precoce da gestante e qualificação da atenção*”, mostrando que, em Jabotão dos Guararapes, as atividades de prevenção e promoção estão implantadas, em sua maioria.

Porém, para qualificar ainda mais a atenção à saúde prestada a esta população e alcançar os 100% de implantação, a pontuação de 69,8% no critério de “*qualificação da atenção através da Educação Permanente em Saúde*” poderia estar um pouco mais elevada, no sentido de que os profissionais e a gestão devem estar discutindo constantemente as políticas prioritárias nos diversos espaços de formação.

Após a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ter sido instituída, o seu grande desafio foi implementar a EPS como estratégia de gestão para a reorganização do sistema de saúde, de modo que aproxime os trabalhadores às necessidades da população (ROSSETTI *et al.*, 2019).

Segundo Merhy (2015), o entendimento das práticas e saberes na rotina de trabalho traz importantes resultados e impactos. Porém, de nada vale a instituição da política por si só, caso não haja o entendimento de que a educação permanente é construída de forma rotineira no mundo do trabalho, em todas as dimensões da política, organização e cuidado, trazendo efeito sobre o próprio trabalhador.

Neste sentido, é necessário que haja sensibilidade de todos os envolvidos para com a educação permanente e o seu poder de modificação da realidade no cotidiano de trabalho, de forma a transformá-la em algo intrínseco à rotina dos profissionais e trazer, cada vez mais, qualificação na assistência à população.

O vínculo com a comunidade também deve fazer parte da EPS, a partir do momento que a população é atriz principal do seu próprio cuidado e os profissionais devem construir coletivamente com ela a melhor forma de conduzir este percurso. As atividades de educação em saúde, como grupos, conseguem envolver a população neste processo, além de poder fazer a captação de gestantes vulneráveis, por exemplo, e criar vínculos para um acompanhamento mais próximo.

Porém, Guedes *et al.* (2017) evidenciaram em seu estudo que, na assistência pré-natal, foram desenvolvidas poucas atividades de educação em saúde, provavelmente devido à insatisfação, falta de vínculo da gestante a este serviço ou falta de busca ativa por parte dos profissionais. É necessário, para uma maior

adesão, planejar e flexibilizar os dias e horários para as trabalhadoras, melhoria na divulgação das atividades e considerar as sugestões apontadas pelas gestantes para a escolha dos temas abordados.

Este critério obteve apenas 56,1% da pontuação no município de Jaboatão, necessitando de empenho dos profissionais para realização de grupos de gestantes utilizando-se, preferencialmente, da educação popular em saúde, para que elas se sintam parte do processo. Trazer a realidade e os conhecimentos prévios das mulheres para as atividades de educação em saúde e empoderá-las para o cuidado com a sua saúde, como donas dos seus corpos, com direitos e poder de tomar suas próprias decisões é fundamental para um período perinatal tranquilo.

Também é importante o envolvimento dos(as) parceiros(as) durante o pré-natal, inclusive no processo de vinculação à maternidade de referência desde este momento, visto que também é fundamental para uma boa evolução do parto e nascimento do bebê, evitando, assim, a sua peregrinação em busca de um local e complicações neste processo.

Conforme Caceres Manrique *et al.* (2014), as mulheres grávidas não são apenas sujeitos passivos dos programas de saúde, elas têm exigido acesso de qualidade, como um direito que deve ser garantido pelo governo, técnica, ética e politicamente corretos. No entanto, existem situações divergentes em relação aos direitos das gestantes e a resposta real dos serviços de saúde, o que gera conflito entre elas e os profissionais, levando ao prejuízo no cuidado à saúde da relação mãe-filho.

Há urgência na necessidade de modificação deste cenário para qualificação da Rede Materno-infantil no Brasil, desde o planejamento familiar e pré-natal, visto que, nos moldes atuais, onde os trabalhadores, gestores e usuárias constroem pouco coletivamente, está fadada ao fracasso.

7.2.2 Componente Parto e Nascimento

Este estudo mostra uma pontuação de apenas 55,7% na ação “*Estabelecimento de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de acordo com evidências científicas e com a Política Nacional de Humanização*”, demonstrando que, provavelmente, ainda há uma fragilidade na assistência dada a estas gestantes.

A expressão “humanização do parto e nascimento” caracteriza um movimento social, uma política pública, um modelo de assistência obstétrica, uma compreensão de maternidade e de nascimento. Esse termo que foi firmado no Brasil na década de 90, demarca uma oposição à obstetrícia vertical hegemonicamente praticada no país (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

A assistência ao parto e nascimento ainda é fortemente definida pela medicalização e pelas práticas obstétricas desnecessárias, com altas taxas de cesarianas e violação da humanização e da autonomia da gestante, o que contribui para o aumento das morbimortalidades maternas e neonatais (LUCENA, 2019).

Dentre as mulheres que optam em ter um parto natural, muitas descobrem uma experiência diferente da planejada e idealizada, e vivenciam o parto de maneira frustrante, pois necessitam seguir ordens dos profissionais de saúde quanto ao seu cuidado. Sendo assim, terminam por abrir mão do seu protagonismo e vivem o trabalho de parto como um momento doloroso e ansioso, visto que não foram preparadas para a ocasião desta forma (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Osava (1997) já apontava que a humanização vem junto à discussão sobre a inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto como estratégia de diminuição das taxas de cesariana no Brasil.

Em concordância com os estudos acima, este mostra que o critério “*Implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal*” obteve uma pontuação de 49,7%, juntamente com o critério “*Qualificação da atenção ao parto e nascimento através da Educação Permanente em Saúde*” com 54,8%, o que está diretamente relacionado com as práticas da humanização no parto.

A existência ou ausência de processos que impulsionem a educação permanente relacionada à qualificação da atenção ao parto definirá diretamente a qualidade da assistência prestada, transformando o trabalho em equipe multiprofissional ou individualizado, vertical ou horizontal, o que impacta diretamente nos indicadores de saúde relacionados.

Pesquisas mostraram a importância do trabalho multiprofissional baseado em evidências científicas, bem como a importância do cuidado singular e multidimensional. Reforça-se que o trabalho em equipe pode ser considerado uma importante ferramenta para a mudança no atual cenário obstétrico, visto que, por

meio dele, os múltiplos olhares profissionais podem contribuir para aprimorar o cuidado prestado à mulher (PEREIRA *et al.*, 2018).

Ainda em relação à humanização do parto, podemos falar sobre o acolhimento com classificação de riscos nos serviços obstétricos, em todos os seus níveis de atenção. O olhar singular que se é necessário construir nos profissionais também está relacionado no sentir as necessidades das gestantes, escutá-la, avaliar a sua situação e queixas para posterior ação, também devendo ser trabalhado na EPS.

A pontuação do critério “*Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal*” foi de 61,4%, um valor considerado parcialmente implantado, porém é preconizado que todas as mulheres sejam acolhidas e classificadas dentro de um serviço de saúde, para garantir que ela tenha a assistência correta e necessária, baseada em evidências científicas.

O fato de algumas mulheres não passarem por esta etapa nos faz pensar que ela poderá não ter o atendimento adequado à sua necessidade naquele momento, com possibilidade de passar alguma informação que coloque em risco a sua vida e do bebê.

A revisão integrativa de Marrero e Brüggemann (2018) sobre violência institucional durante o trabalho de parto mostrou que as agressões psicológicas contra a mulher foram predominantes no trabalho de parto e parto (75,9% e 82,8% respectivamente); a ausência do acompanhante (51,7%); a negligência das necessidades da parturiente pela equipe assistente (37,9%); e as decisões impostas pela equipe sobre o cuidado foram referidas em percentual significativo das investigações (34,5%); o constrangimento (13,7%) provocado pela falta de privacidade durante o trabalho de parto e parto; a coação profissional para a realização da cirurgia cesárea (10,3%). A violência física sucedida do trabalho de parto e parto (62,1% e 65,5% respectivamente) foi caracterizada como prática obstétrica não recomendada por diversos autores.

A existência de um Colegiado Gestor nas maternidades, orientado pela Política Nacional de Humanização, composto por gestores e cogestores trabalhadores e controle social, deve servir para discutir a organização do serviços, os casos/situações que apareçam e possam colocar em risco à saúde das mulheres, melhorar a qualidade de trabalho dos profissionais e discutir também as RAS

enquanto membro de uma grande teia. A ausência deste espaço remete o contrário de suas potencialidades.

7.2.3 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

O período pós-parto requer uma assistência profissional qualificada, focando na prevenção de risco e agravos, promoção de conforto e trazendo ações educativas para a puérpera em relação a cuidados de si e de sua criança. Porém, a realidade na maioria das maternidades é a liberação da alta hospitalar sem esclarecimentos prévios à mulher em relação à contrarreferência para a atenção básica para assistência pós-parto (MAZZO *et al.*, 2014).

Em contrapartida, os profissionais de saúde têm a obrigação de acompanhar estas puérperas e crianças após a alta hospitalar. Dentre os papéis da atenção primária, especialmente na ESF, está a visita domiciliar na primeira semana do pós-parto.

No estudo de Mazzo *et al.* (2014), embora as entrevistadas tenham demonstrado o reconhecimento da importância da assistência prestada no período puerperal, as mulheres não tiveram acesso ao acompanhamento profissional adequado, demonstrando que as ações desenvolvidas pelo enfermeiro de ESF, no local de estudo, foram realizadas de forma ineficaz, com enfoque apenas no recém-nascido.

Apesar deste estudo ter sido realizado com profissionais da gestão e dos serviços de saúde, e não usuárias, é percebido – na visão destes – que o critério “*Realização do acompanhamento da puérpera e da criança com abordagem multiprofissional na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, realizando avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem da vacinação e avaliação do aleitamento materno*” está implantado no município, com pontuação de 82%, mostrando que os profissionais estão cumprindo com a sua função.

Vieira *et al.* (2019) traz no seu estudo que, apesar do elevado número de mulheres que realizaram suas consultas de pré-natal, metade delas afirmou não ter recebido nenhuma informação sobre aleitamento materno neste processo. Apesar disto, foi identificado que a falta de informação não interferiu no conhecimento da importância da prática da amamentação da quase totalidade das puérperas.

Em contrapartida, neste estudo o critério “*Acompanhamento do processo de aleitamento materno, enfatizando a importância do papel da amamentação no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança*” alcançou uma pontuação de 83,3%, demonstrando ser uma ação implantada no município.

Os profissionais da APS reconhecem a importância do aleitamento materno para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças e do acompanhamento profissional deste processo e executam esta atividade em sua rotina. Além destes, a vinculação formada neste momento entre a mãe e o bebê e a boa recuperação dela também são pontos importantes nos espaços de discussão sobre o tema, junto às mulheres e familiares.

As atividades educativas são fundamentais como ferramenta do cuidado, além da promoção de construções sobre o aleitamento materno, por exemplo, para discussões sobre a necessidade da boa recuperação da puérpera e a prevenção de agravos gestacionais que deem risco de morte a esta.

Estas atividades auxiliam na compreensão dos riscos e sinais de alerta de possibilidades que a coloquem em risco, a importância do pré-natal e do pós-parto, possibilitando, inclusive, o fortalecimento da autonomia e responsabilização da mulher neste processo. A educação em saúde é um meio para empoderamento da mulher, sendo necessária a abordagem multidisciplinar e o cuidado integral (TINOCO *et al.*, 2018).

Apesar dos dados já apresentados em relação ao aleitamento materno, as atividades educativas junto à puérperas ainda é um ponto frágil neste estudo, visto que os próprios profissionais reconhecem a necessidade de melhorias e pontuam pouco neste quesito, com 53,7%.

Este número já sinaliza para a necessidade de realização de atividades de Educação Permanente em Saúde sobre a necessidade da qualificação da atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança, ação implantada parcialmente.

Em contrapartida, a “*Realização de busca ativa de crianças vulneráveis*”, “*Promoção da prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites*” e “*Realização do planejamento familiar, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos*” alcançaram uma pontuação de critérios implantados. Porém, as pontuações destes não são suficientes para abrir mão de um maior reforço nas atividades de educação permanente e educação em saúde no município, de maneira geral.

As ações dos profissionais de saúde neste período devem garantir a escuta sensível e a valorização das especificidades das demandas femininas, influenciadas, inclusive, pelas expectativas sociais acerca da maternidade.

O planejamento familiar é muito importante no período pós-parto, desde a orientação até o fornecimento, pelo serviço de saúde, do método adequado e pactuado com a mulher.

O planejamento familiar no puerpério é uma ação fundamental para a saúde da mãe e do bebê, prevenindo uma outra gestação – não planejada – e suas consequências. A possibilidade de vivenciar a sexualidade de maneira segura, sem o ônus da gravidez indesejada, é um direito à saúde, pois traz a chance de melhorar a qualidade de vida das famílias e as condições de crescimento e desenvolvimento das crianças (ANDRADE *et al.*, 2015).

Da mesma forma que há uma grande necessidade da escuta sensível às demandas da mulher, neste período é importante o olhar diferenciado para a criança. Além do relato do parto, condições de nascimento e exame físico, a criança encontra-se em uma fase de adaptação ao mundo fora do útero, na tentativa de se alimentar do leite materno – tarefa que requer muito do bebê também -, está em um contexto familiar que deve ser observado, em um território repleto de determinantes sociais que podem influenciar positiva ou negativamente no seu crescimento e desenvolvimento.

Este acompanhamento também é fundamental para avaliação da vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, higiene individual e ambiental e para identificar precocemente os agravos que possam surgir, com vista à intervenção efetiva e adequada. Para isto, é essencial a atuação de toda equipe multiprofissional na atenção à criança, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, incluindo os grupos (CEARÁ, 2002).

Quando as intervenções de saúde realizadas no período puerperal são organizadas de forma a atrelar os cuidados e acompanhamento à mulher, criança e família, elas terminam por promover, como consequência, saúde e bem-estar infantil, uma vez que a presença da mãe é basal para a criança, tal como um ambiente familiar saudável. Dessa forma, é fundamental trabalhar os determinantes do processo saúde-doença comum, que repercutem direta e indiretamente na saúde das puérperas e das crianças, para alcançar os melhores resultados dentro de cada contexto.

7.2.4 Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

O único ponto relacionado à dimensão processo deste componente é a ação acerca da Educação Permanente para qualificação à saúde materna e infantil, que obteve uma pontuação de 61,8%.

Como descrito nos tópicos acima, muitos dos profissionais, tanto da gestão quanto trabalhadores dos serviços de saúde, precisam se empoderar do processo da Educação Permanente em Saúde e apostar no seu potencial de modificação e qualificação do processo de trabalho, especialmente relacionada à Rede Cegonha.

A regulação de consultas e exames, hospitalar e transporte sanitário são pontos fundamentais para o funcionamento da RAS em qualquer sistema, pois são os pontos de apoio aos demais processos que permeiam a atenção à saúde dos usuários.

Se não houver profissionais capacitados, qualificados para o trabalho, com conhecimentos das redes e fluxos, das necessidades da população, das demandas existentes e das condições atuais, há uma grande chance de toda a construção dos outros pontos falirem juntamente.

A PNEPS propõe a (des)aprendizagem em serviço, onde ensinar e aprender são incorporados nos processos de trabalho cotidianas e nos problemas/fazeres/saberes que ali são apresentados e criados. Neste sentido, observa-se que o cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte, sendo essencial na construção de processos formativos que procurem afrontar os desafios da concretização do SUS. Em resumo, ações de formação devem obrigatoriamente envolver e levar em consideração o cotidiano dos serviços e redes de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Grau de Implantação dos critérios da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE superou as hipóteses deste trabalho, visto que esperava-se encontrar um GI de não implantado ou de implantação incipiente, apesar das lacunas existentes no estudo.

Em relação à estrutura, o município deve atentar à necessidade de qualificação de sua rede, desde o acesso ao pré-natal de alto risco e realização de exames, quanto à estrutura de suas maternidades de referência, a existência de leitos obstétricos e neonatais e apoio logístico de regulação e deslocamento das gestantes.

Apesar do processo de trabalho ser essencial para um bom funcionamento dos serviços de saúde, a Rede Cegonha preconiza uma rede logística e de apoio necessários para garantir uma assistência segura e de qualidade à mulher e, também, para dar segurança ao trabalho do profissional.

Em relação à dimensão processo, o principal enfoque deve ser relacionado à Educação Permanente em Saúde, que deve ser inerente ao trabalho dos gestores e profissionais, para qualificação da atenção à saúde em todas as suas etapas e componentes, inclusive para o estabelecimento das relações entre usuários e profissionais no meio do trabalho.

Sendo assim, este estudo deixa como recomendação a utilização dos instrumentos construídos para conhecimento sobre a adequação da estrutura adequada para a Rede Cegonha e a sugestão do investimento na Educação Permanente em Saúde para mudança e qualificação do processo de trabalho no município.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. de A. *et al.* Interpretação e análise de informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. *In: SAMICO, I. et al. (org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: Medbook, 2010b. p. 89-107.

ALVES, C. K. de A. *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s145-s156, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2019.

ALVES, M. L. P. **Adequação da atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município do Paudalho segundo olhar da rede cegonha.** 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 mar. 2019.

ARAÚJO, F. R. F. **A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco.** 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 169-173, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

ASENSI, F. Responsabilidade Solidária dos Entes da Federação e “Efeitos Colaterais” no Direito à Saúde. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v.16, n.3, p. 145-156, nov. 2015/fev. 2016.

BASSO, C.G. *et al.* Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2019.

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, out. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401230&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pernambuco é o primeiro estado a aderir à Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/pernambuco-e-o-primeiro-estado-a-aderir-a-rede-cegonha>. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100465&lang=pt. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema  nico de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organiza o da Rede de Aten o   Saúde no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pernambuco é o primeiro estado a aderir à Rede Cegonha**. Brasília, DF, jul. 2014.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CACERES MANRIQUE, F.M.*et al.* Atención Prenatal: entre la búsqueda de los derechos y la resignación. **Hacia la Promoción de la Salud**, Manizales, v. 19, n. 2, p. 15-25, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2019.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M.S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, jun. 2000.

CAVALCANTI, P. C. da S.*et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado da Saúde. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Módulo I: Puericultura. Fortaleza: SES, 2002. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/58622595/13224112-Manual-Puericultura-Brasil-1>. Acesso em: 5 mar. 2019.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise de implantação. *In*: BROUSSELLE, A. (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217-338.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar intervenções. *In*: BROUSSELLE, A. (org.). **Avaliação em saúde**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. p. 61-74.

CONRAD, K.; ROBERTS-GRAY, C. Editor's note. *In*: CONRAD, K. J.; ROBERTS-GRAY (Ed.). **Evaluating Program Environment**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988. p.1-5.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev 2018.

CONTRADIOPOULOS, A-P, *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A., (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-47. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>.

CUNHA, S. F. *et al.* Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. *In*: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 3, p. 49-88. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2018.

DIAZ, V. P. **Organizaciones Sanitarias Integradas em Países con Distintos Sistemas de Salud**. 2004. Dissertação (Mestrado); Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004.

FELISBERTO, E. *et al.* Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 387-399, mar. 2017, n. esp. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500387&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2019.

GALLI, M. B. Panorama da mortalidade materna no Brasil. *In*: GALLI, M. B. (org): **Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação**. Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação: Organização Mundial da Saúde, 2003. p. 97-109.

GUEDES, C. D. F. S. *et al.* Percepções de Gestantes sobre a Promoção do Parto Normal no Pré-Natal. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 2, p. 87-98, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12869/8992>. Acesso em: 25 jan. 2019.

HERCULANO, T. B. *et al.* Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300702&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 mar. 2019.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* O Enfermeiro no Pré-Natal de Alto Risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 3, p. 650-667, jul./set. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906354>. Acesso em: 21 jan. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 mar. 2019.

LIMA, A. L. A. **A Política de Regulação da Assistência e a integralidade à saúde da mulher**: uma análise da situação do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

LUCENA, T. S. *et al.* Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Revista Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 222-227, jan./mar. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7003/pdf_1. Acesso em: 24 jan. 2019.

MARRERO, L.; BRUGGEMANN, O.M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, jun. 2018. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000501152&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 fev. 2019.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 4 fev. 2018.

MAZZO, M. H. S. N. *et al.* Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 663-667, jun. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15526/12301>. Acesso em: 27 fev. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MIGOTO, M. T. *et al.* Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2527-

2534, out. 2018. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000902527&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2019.

MUR-VEEMAN, I. *et al.* **Comparison and reflection: integrated care in Europe**. Maarssen: Elsevier, 2003.

OLIVEIRA, S. R. de A. **Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família: O Caso De Um Município Baiano**. 2014. Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ipea: Ministério da Saúde: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3, p. 143-182.

PATTON, M. Q. **How to Use Qualitative Methods in Evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1987.

PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation**. 2.ed. Beverly Hills: Sage, 1986.

PEREIRA, S. B. *et al.* Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento: atribuições do enfermeiro obstetra. **Revista online de pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, p. 29-33, 2018, n. esp. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7598/6583>. Acesso em: 24 fev. 2019.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (PE). **Resolução CIB/PE nº 1872, de 26 de março de 2012**. Homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco. Recife, 26 mar. 2012. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1872_homologa_planos_regionais_da_rede_cegonha_no_estado_de_pe.pdf. Acesso em: 23 abr. 2018.

ROSSETTI, L. T. *et al.* Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, jan./mar. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf_1. Acesso em: 25 jan. 2019.

SANTOS, S. M. P. *et al.* Acessibilidade ao Serviço de Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico-puerperal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n.1, p. 01-10, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42930/27513>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SILVA, C. P. M. F. S. **Parto na I Região de Saúde de Pernambuco**: um estudo sobre o processo de Regionalização do SUS. 2016. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

SILVA, M. A. **Sistema de Referência para o Parto Hospitalar do Programa Cegonha Carioca**: perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira. 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13003. Acesso em: 19 jan. 2019.

SOUZA, V. B. de, *et al.* Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr-jun 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>. Acesso em: 25 jan. 2019.

TEIXEIRA, S. V. B. *et al.* Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. **Revista Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p 1103-1110, out-dez 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6338/pdf_1. Acesso em: 24 fev. 2019.

TINOCO, T. F. *et al.* Mortalidade materna e a prática educativa na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 247, p. 2535-2541, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg89.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P.G. Advances and challenges in maternal and child health in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 157-60, abr./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/en_1519-3829-rbsmi-15-02-0157.pdf. Acesso em: 7 mar. 2019.

VASCONCELOS, M. F. F. *et al.* Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400981&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2019.

VIEIRA, F. S. *et al.* Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. **Revista Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, 2019, v. 11, p. 425-431, 2019, n. esp. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6361/pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

WAGNER E. H. *et al.* A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. **Managed Care Quarterly**, Betherda, v. 7, p.56-66, 1999.

ZACARIAS, A. C. P. **Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco**. 2018. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

APÊNDICE B - MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA

Identificação do problema: a mortalidade materna no Brasil, embora tenha reduzido em 52% no período de 1990 a 2007, ainda permanece elevada (75 óbitos por 100.000 NV). A meta do 5º Objetivo do Milênio (ODM) é reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna. Em relação à mortalidade infantil, houve queda de 60% de 1990 a 2008 (10 óbitos por 100.000 nascidos vivos). O 4º ODM visa reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

COMPONENTE	AÇÕES	RESULTADOS PROXIMAIS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
Pré-natal	Realizar de pré-natal com abordagem multiprofissional na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;	Captação de gestantes para início do pré-natal em tempo oportuno (1º trimestre da gestação).	Fortalecimento da atenção materna e infantil.	Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
	Acolher as intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;	Ampliação da oferta de serviços de atenção ao pré-natal, parto e nascimento de acordo com as diferentes necessidades de cuidado e com o risco obstétrico e neonatal.		
	Realizar busca ativa de gestantes vulneráveis;	Ampliação do acesso a exames de pré-natal, com tempo oportuno de resultados e tratamento.		
	Garantir acesso imediato ao pré-natal de alto risco;	Estabelecimento de vínculo entre a gestante e maternidade como referência às intercorrências clínicas e trabalho de parto.		
	Realizar exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;	Promoção do acesso à informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos, e redução de prevalência de ISTs.		
	Vincular gestantes desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;	Ampliação do acesso a tecnologias apropriadas e adoção de práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas e na Política Nacional de Humanização.		
	Incentivar a participação do parceiro durante o pré-natal;	Ampliação de espaços de cogestão.		
	Criar espaços educativos e de apoio às gestantes;			
	Implementar estratégias de comunicação social e Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;			
	Fortalecer estratégias de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites;			
Qualificar a atenção através da Educação Permanente em Saúde.				
Parto e nascimento	Realizar acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;		Ampliação das estruturas físicas e qualificação dos serviços	Organizar e qualificar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
	Adequar oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;			
	Implementar centros de parto normal intra e peri-hospitalar;			
	Estabelecer boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de acordo com evidências científicas e com a Política Nacional de Humanização;			
	Qualificar a atenção através da Educação Permanente em Saúde;			
	Implementar equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;			
	Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;			
	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);			

	<p>Implementar Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.</p>			
<p>Puerpério de atenção integral à saúde da criança</p>	<p>Realizar acompanhamento da puérpera e da criança com abordagem multiprofissional na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, realizando avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem da vacinação e avaliação do aleitamento materno;</p>	<p>Promoção do aleitamento materno saudável e alimentação complementar no tempo correto.</p>		
	<p>Acompanhar o processo de aleitamento materno enfatizando a importância do papel da amamentação no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança;</p>	<p>Promoção da avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem de vacinação e avaliação e acompanhamento do aleitamento materno.</p>		
	<p>Garantir o acompanhamento do desenvolvimento infantil, com ênfase nas crianças acometidas pela SCZv;</p>			
	<p>Realizar busca ativa de crianças vulneráveis;</p>			
	<p>Criar espaços educativos e de apoio às puérperas;</p>			
	<p>Qualificar a atenção através da Educação Permanente em Saúde;</p>			
	<p>Implementar estratégias de comunicação social e Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;</p>			
	<p>Promover a prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites;</p> <p>Realizar planejamento familiar, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos.</p>	<p>Estabelecimento de cuidados com o recém-nascido de acordo com sua vulnerabilidade individual e familiar.</p>		
<p>Sistema logístico: transporte sanitário e regulação</p>	<p>Promover, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadores e ventiladores neonatais;</p>	<p>Promoção do acesso ao pré-natal e transporte seguro a serviços de referência para gestantes, as puérperas e aos recém-nascidos de alto risco.</p>	<p>Fortalecimento da governança</p>	<p>Reduzir a morbimortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.</p>
	<p>Qualificar sistema de gestão da informação;</p>			
	<p>Estabelecer instrumentos de monitoramento e avaliação;</p>			
	<p>Qualificar atenção através de Educação Permanente em Saúde;</p>			
	<p>Implantar modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;</p>	<p>Promoção do monitoramento e avaliação do programa através da qualificação das informações geradas.</p>		
	<p>Implantar e/ou implementar regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).</p>	<p>Disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequadas às necessidades regionais.</p>		
<p>Apoiar as gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.</p>				

APÊNDICE C - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO PARA ESTRUTURA

DIMENSÃO	AÇÕES	PONTUAÇÃO QUANTO À IMPLANTAÇÃO	VALOR DE REFERÊNCIA
ESTRUTURA	Garantia de acesso imediato ao pré-natal de alto risco, quando necessário	0 A 10	<p>Acima de 75%: Implantado;</p> <p>Entre 50,1% e 75%: Parcialmente implantado;</p> <p>Entre 25,1% e 50%: Implantação incipiente;</p> <p>Até 25%: Não implantado</p>
	Realização de exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno	0 A 10	
	Implementação de estratégias de comunicação social e Programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	0 A 10	
	Adequação de oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades do município	0 A 10	
	Instituição de novos dispositivos à rede de atenção à saúde materna e infantil: casas de gestante, bebê e puérpera	0 A 10	
	Implementação de Centros de Parto Normal intra ou peri-hospitalar	0 A 10	
	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	0 A 10	
	Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, com ambulâncias de suporte avançado devidamente equipadas com incubadores e ventiladores neonatais	0 A 10	
	Qualificação dos sistemas de gestão da informação	0 A 10	
	Estabelecimento de instrumentos de monitoramento e avaliação	0 A 10	
	Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto	0 A 10	
	Implantação/implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames)	0 A 10	
	Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto	0 A 10	

APÊNDICE D - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO PARA ESTRUTURA

DIMENSÃO	COMPONENTE	AÇÕES	PONTUAÇÃO QUANTO À IMPLANTAÇÃO	VALOR DE REFERÊNCIA
PROCESSO	PRÉ-NATAL	Realização de pré-natal com abordagem multiprofissional na Unidade Básica de Saúde, com captação precoce da gestante e qualificação da atenção	0 A 10	Acima de 75%: Implantado ; Entre 50,1% e 75%: Parcialmente implantado ; Entre 25,1% e 50%: Implantação incipiente ; Até 25%: Não implantado
		Acolhimento às intercorrências da gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	0 A 10	
		Realização de busca ativa de gestantes vulneráveis	0 A 10	
		Vinculação das gestantes desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto	0 A 10	
		Incentivo à participação do parceiro durante o pré-natal	0 A 10	
		Criação de espaços educativos e de apoio às gestantes	0 A 10	
		Fortalecimento de estratégias de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites	0 A 10	
		Qualificação da atenção através da Educação Permanente em Saúde	0 A 10	
	PARTO E NASCIMENTO	Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal	0 A 10	
		Estabelecimento de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento de acordo com evidências científicas e com a Política Nacional de Humanização	0 A 10	
		Qualificação da atenção ao parto e nascimento através da Educação Permanente em Saúde	0 A 10	
		Implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal	0 A 10	
		Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato	0 A 10	
		Implementação do Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização	0 A 10	
	PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	Realização do acompanhamento da puérpera e da criança com abordagem multiprofissional na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, realizando avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem da vacinação e avaliação do aleitamento materno;	0 A 10	
		Acompanhamento do processo de aleitamento materno, enfatizando a importância do papel da amamentação no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança	0 A 10	
		Garantia do acompanhamento do desenvolvimento infantil, com ênfase nas crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus	0 A 10	
		Realização de busca ativa de crianças vulneráveis	0 A 10	
		Existência de espaços educativos e de apoio às puérperas	0 A 10	
		Qualificação da atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança através da Educação Permanente em Saúde	0 A 10	
		Promoção da prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites	0 A 10	
		Realização do planejamento familiar, aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos	0 A 10	
	SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	Qualificação da atenção à saúde materna e infantil através de Educação Permanente em Saúde	0 A 10	

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, dou consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE, sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Piedade Moraes de Freitas Soares Silva, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, sob orientação dos professores GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR e SYDIA ROSANA DE ARAÚJO OLIVEIRA. A pesquisa tem como objetivo geral analisar a implantação da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE.

Este trabalho está ligado ao projeto “REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)”, do pesquisador Garibaldi Dantas Gurgel Junior, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob nº de CAAE 50906915.0.000.5190.

Assinando o Termo de Consentimento, estou ciente de que responderei a um formulário. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa e que estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluídas publicações na literatura científica especializada.

Data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa:

Carolina Piedade Moraes de Freitas Soares Silva

Telefone: (81) 98984.5665

APÊNDICE F – PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES –
MATRIZ DE MONITORAMENTO DA REDE CEGONHA

RECIFE
2019

CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO AO MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES –
MATRIZ DE MONITORAMENTO DA REDE CEGONHA

Projeto de intervenção como contribuição ao município de Jaboatão dos Guararapes, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

RECIFE
2019

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos vários avanços e conquistas na área da saúde pública desde o surgimento do SUS, ainda nos dias atuais sabe-se que o funcionamento da RAS, especialmente em atenção à saúde das mulheres, perpassa na fragmentação dos serviços e consequente descontinuidade do cuidado.

No Brasil, indicadores relacionados à saúde materna e perinatal continuam abaixo dos encontrados em alguns países em desenvolvimento, e muito afastados dos indicadores dos países desenvolvidos (LEAL *et al.*, 2015).

Milhares de mulheres ainda vão a óbito devido a causas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério. Em 2005, o Nordeste apresentou a maior RMM do Brasil, de 67 óbitos/100.000 NV, enquanto o Sudeste apresentou a mais baixa, 40,7/100.000 NV. Em 2016, o Nordeste desce para a segunda região com maior mortalidade materna, porém permanece com 67,6 óbitos maternos/100.000 NV, ficando atrás apenas da região Norte (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018; BRASIL, 2018b).

Apesar de estar abaixo da média da Região Nordeste, Pernambuco ainda apresenta uma alta RMM, que aponta para a necessidade de ações específicas que apresentem maior impacto para a inversão deste indicador. Como pode ser notado, Pernambuco também não conseguiu alcançar a meta do 5º ODM e, ao contrário disto, este indicador ainda está elevado, necessitando concentrar esforços nesta questão.

A redução da mortalidade materna necessita da oferta de uma Rede de serviços qualificada, que garantam acesso facilitado, com cumprimento dos fluxos e protocolos estabelecidos baseados em evidências científicas, e que proporcionem intervenções que objetivem garantir a saúde destas mulheres (LEAL *et al.*, 2015).

Pensando na importância de pôr em prática as discussões que já ocorriam a cerca de uma rede de cuidados integrada e efetiva na assistência à saúde materno-infantil, o MS lançou em 24 de junho de 2011 a Portaria MS/GM Nº 1.459, que instituiu a RC no SUS, com objetivo de fomentar a discussão e as práticas sobre o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, além do direito à criança ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede se organiza a partir de quatro componentes, onde cada um compreende uma série de ações de atenção à saúde: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

A RC busca operacionalizar as políticas já existentes, mas trazendo como diferencial a efetivação da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Ela

está inserida na discussão das RAS e, para isso, propõe construções e reformas nos diversos níveis de atenção à saúde, visto que é uma política estratégica para a implementação da rede de cuidados, a fim de assegurar às mulheres assistência integral e humanizada, desde o pré-natal até o momento do parto e puerpério (CAVALCANTI, 2013).

Pernambuco foi o primeiro estado no Brasil a aderir formalmente ao programa Rede Cegonha quando lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. Poucos meses após a publicação da Portaria, o Estado assinou um termo de compromisso para implantação da iniciativa, onde inicialmente faria a expansão de leitos para atendimento de gestantes e recém-nascidos, construção de maternidades e a qualificação da assistência nas unidades existentes. A meta do primeiro ano era de que pelo menos 30% das gestantes estivessem recebendo pré-natal no padrão Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

Foi observado em estudo feito por Silva (2016) sobre a regionalização do parto no ano de 2015 que, como estado precursor da Rede Cegonha, esperava-se que a Rede materna e infantil estivesse mais bem estruturada, levando em consideração a regionalização e o processo de territorialização. Na prática da I Região de Saúde de Pernambuco, ainda há grande número de partos que ocorrem fora do município de residência das gestantes, percebendo-se que não são respeitadas as referências pactuadas por meio dos diversos instrumentos existentes. A auto regulação dos serviços e as demandas espontâneas existentes, onde as mulheres não têm vínculos efetivos com as maternidades desde a atenção básica, também dificultam o planejamento e execução do processo de regionalização. Ainda dentro de uma mesma região, subdividida em microrregiões, foi visto um processo de regionalização fragilizado.

O município de Jaboatão dos Guararapes foi um dos que apresentou grande número de partos fora das suas referências. Em 2015, 40% do número de partos de risco habitual foram realizados em estabelecimentos fora do território municipal, sendo evidenciada uma falha no desenho da Rede Cegonha em relação à vinculação de gestantes desde o pré-natal à maternidade, podendo trazer, como consequência, dificuldades na contra referência da criança e puérpera para, respectivamente, acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, e das complicações que podem surgir no período puerperal. O município teve neste mesmo ano do estudo uma RMM de 69,6 óbitos maternos/100.000 NV.

De tal maneira, os seguintes objetivos propostos para esta intervenção no município de Jaboatão dos Guararapes são:

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Apoiar o monitoramento e aprimoramento das ações da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE.

2.2 Objetivos Específicos:

- Apresentar os resultados da pesquisa “Avaliação da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE” à gestão municipal de saúde;
- Disponibilizar uma matriz de monitoramento das ações da Rede Cegonha para a Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes;
- Incentivar espaços de avaliação e monitoramento constantes das ações da Rede Cegonha pelos gestores e profissionais das equipes que trabalham direta ou indiretamente com a saúde materno-infantil.

3. MÉTODO

Para a realização da intervenção proposta, foram pensadas as seguintes maneiras de construção da prática.

3.1 Cenário da intervenção

O estudo foi realizado em Jaboatão dos Guararapes/PE, município que faz parte da região metropolitana do Recife. Ele tem uma extensão de aproximadamente 258,7km² e uma população estimada em 2018 de 697.636 habitantes, de acordo com o IBGE. A população feminina desse território é de aproximadamente 355 mil mulheres. A estimativa de gestantes no ano de 2018 foi de 10.524, tendo em torno de 8.945 mulheres esperadas como gravidez e parto de risco habitual. Os 15% restantes devem ser considerados dentro da estimativa da gestação de alto risco.

A gestão municipal adotou um modelo de regionalização, com o objetivo de estar mais próxima da população. Desta maneira, e seguindo critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos, foram instituídas sete Regionais (Jaboatão Centro, Cavaleiro, Curado, Muribeca, Prazeres, Praias e Guararapes).

A Rede Municipal de Saúde conta com 104 equipes de Saúde da Família, 81 equipes de Saúde Bucal, 14 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, 14 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 08 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da

Família e Atenção Básica, 01 Centro de Referência em Saúde da Mulher, 01 Policlínica da Criança e do Adolescente, 01 Laboratório de Análises Clínicas Municipal, 05 Policlínicas gerais de especialidades, 03 Centros de Reabilitação, 03 Centros de Apoio Psicossocial, 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 Unidade de Pronto Atendimento municipal, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Centro de Vigilância Ambiental.

Em seu território tem duas referências em assistência ao parto de risco habitual, sendo um de gestão Estadual e um conveniado ao município. No que se refere à assistência ao parto de Alto Risco, está pactuado no desenho estadual da Rede Cegonha duas maternidades de gestão estadual para referência às municipais de Jaboaão dos Guararapes.

3.2 Sujeitos envolvidos

A intervenção será realizada com os gestores que trabalham direta e indiretamente com a Rede Cegonha no município.

3.3 Estratégias envolvidas

Inicialmente será marcada uma reunião com os gestores que executam atividades ligadas à Rede Cegonha no município para apresentação do trabalho e discussão sobre os resultados encontrados e apresentado o instrumento proposto para monitoramento das ações no município.

Em um segundo momento, após 03 meses, será realizada uma oficina de discussão sobre o andamento do monitoramento e possível Plano de Ação para melhoria dos pontos identificados como críticos.

No terceiro momento, após 06 meses do início da intervenção, será realizada outra oficina para acompanhamento do Plano de Ação e avaliação da intervenção.

3.4 Recursos utilizados

Os recursos a serem utilizados serão relacionados à infraestrutura da Secretaria de Saúde e equipamentos que têm no serviço.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, no decorrer do ano de 2019, a Matriz de Monitoramento das ações da Rede Cegonha seja instituída pela gestão e sirva para identificação de problemas e planejamento das ações necessárias para qualificação da Rede no município.



Também se almeja que as reuniões e oficinas permaneçam acontecendo periodicamente entre o grupo de trabalho, de maneira rotineira, com objetivo de fortalecer a

discussão da Rede Cegonha no município e, a médio e longo prazo, traga inversão dos indicadores necessários, com a redução da RMM e infantil.

5. AVALIAÇÃO

A avaliação desta intervenção será feita na última reunião da pesquisadora com os gestores, após utilização da matriz de monitoramento e construção do Plano de Ação, com uma dinâmica de avaliação do processo, da equipe e uma autoavaliação.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

	CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES/									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS).</p> <p>Pesquisador: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 50906915.0.0000.5190</p> <p>Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ</p> <p>Patrocinador Principal: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 1.589.404</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>O projeto apresentado se apresenta como um estudo complexo envolve tanto análises compreensivas de política, como processos de avaliação em abordagens que trabalham com teorias no campo das ciências sociais em saúde e epidemiologia. Os objetivos se constituem como complementares e possuem percursos investigativos que se complementam, baseado em métodos mistos sequenciais. As atividades de pesquisa incluem a realização de entrevistas, grupo focal, utilização do método Delphi e análise estatística de bancos de dados.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar o processo de pactuação que ocorre nos espaços de governança do SUS, considerando interesses em jogo e o papel dos atores nos processos de articulação interinstitucional de modo a compreender o modelo de governança vigente, tomando como referência a montagem da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco; 2. Analisar o funcionamento do complexo regulador do Estado no campo da saúde à partir do desenvolvimento de um modelo de análise de meta governança, associando teorias desenvolvidas na interface de campos do conhecimento tradicionais, aplicadas a análises compreensivas de processos decisórios dos órgãos de controle externo do SUS para oferta de serviços; 										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº</td> <td style="padding: 2px;">CEP: 50.670-420</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bairro: Cidade Universitária</td> <td style="padding: 2px;">Município: RECIFE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UF: PE</td> <td style="padding: 2px;">Telefone: (81)2101-2639</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Fax: (81)2101-2639</td> <td style="padding: 2px;">E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br</td> </tr> </table>			Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP: 50.670-420	Bairro: Cidade Universitária	Município: RECIFE	UF: PE	Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639	E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br
Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP: 50.670-420									
Bairro: Cidade Universitária	Município: RECIFE									
UF: PE	Telefone: (81)2101-2639									
Fax: (81)2101-2639	E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br									
<small>Página 01 de 04</small>										

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE RECORTE DE PESQUISA

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil
GRUPO DE PESQUISA EM GOVERNANÇA DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Avaliação da Rede Cegonha no Município de Jaboatão dos Guararapes/PE**', conduzida pela pesquisadora CAROLINA PIEDADE MORAIS DE FREITAS SOARES SILVA, aluna do curso de MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 29 de março de 2018.


Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JÚNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq

Página 1 de 1

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO JABOATÃO DOS GUARARAPES



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GABINETE

Anuência nº 21/2018

Jaboatão dos Guararapes, 23 de agosto de 2018.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo o aluno Carolina Piedade Moraes de Freitas Soares Silva, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do IAM/Fiocruz, a realizar a pesquisa intitulada “**AValiação da Rede Cegonha no Município de Jaboatão dos Guararapes/PE**”, sob orientação do professor Garibaldi Dantas Gurgel Junior e co-orientação da professora Sydia Rosana de Araújo Oliveira, vinculado ao projeto REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com CAAE nº 50906915.0.0000.5190.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar cronograma de coleta com mínimo de 07 dias de antecedência.

No caso de não cumprimento dos itens acima, a Secretaria de Saúde poderá retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Kenata Caldino Cabral
Secretária Municipal de Saúde

Alb
Alberto Luiz Alves de Lima
Secretário Municipal de Saúde