

Maria Paula Lamego Roscoe Papini

**REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DE  
2013-2016**

Belo Horizonte  
2016

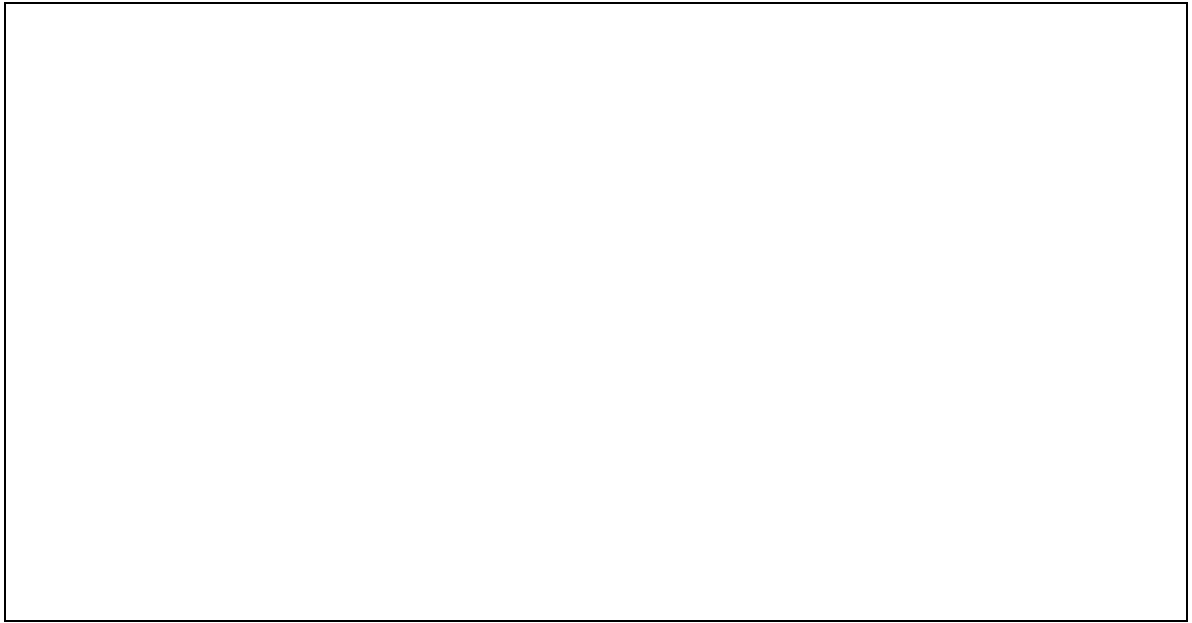
Maria Paula Papini

**REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DE  
2013-2016**

Monografia apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Dr. Fátima Beatriz Fortes

Belo Horizonte  
2016



Maria Paula Lamego Roscoe Papini

**REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DE  
2013-2016**

Monografia apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

---

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes (Orientadora) – Fundação João Pinheiro

---

Carolina Portugal Gonçalves Motta – Fundação João Pinheiro

---

Marcos Arcanjo de Assis – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte

## RESUMO

O objetivo desta monografia foi analisar o desempenho da Rede Cegonha em Minas Gerais no que diz respeito ao cumprimento de alguns dos compromissos pactuados pelos hospitais participantes com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Sendo assim, foram analisados os conceitos, fundamentos e elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como a documentação oficial do Ministério da Saúde que trata sobre as RAS no SUS, e sobre a Rede Cegonha dentro das RAS. A Rede Cegonha é um programa do Ministério da Saúde, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A SES-MG acompanha o desempenho dos hospitais que recebem estes recursos a partir dos seguintes indicadores: proporção de gestantes com acompanhantes; atuação do comitê hospitalar de óbito fetal infantil e materno; taxa de cesárea; e proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto  $\leq 7$ . A análise desses indicadores permitiu identificar o sentido da evolução de alguns assim como diferenças entre os hospitais participantes. Para os indicadores acompanhados desde 2013, proporção de gestantes com acompanhante e atuação dos comitês hospitalares, observou-se uma melhora geral do desempenho dos hospitais. Para os indicadores acompanhados a partir de 2016, taxa de cesárea e Apgar de recém-nascidos, a média dos dois quadrimestres evidenciou que 45% dos hospitais cumpriram a meta de taxa de cesárea, e 60% dos hospitais alcançaram a meta de Apgar.

Palavras-chave: Rede de Atenção à Saúde - Rede Cegonha - Minas Gerais - Indicadores

## **ABSTRACT**

The objective of this monograph was to analyze the implementation in Minas Gerais of “Children and Women healthcare Network” – known as Rede Cegonha - regarding compliance with some of the commitments agreed upon by the participating hospitals with the Minas Gerais State health department. Thus, the concepts, foundations and constituent elements of the healthcare networks were analyzed, as well as the official documentation of the Ministry of Health that deals with the healthcare networks in the Brazilian health system, and on the “Children and Women healthcare Network” within the health model. The “Children and Women healthcare Network” is a program of the Ministry of Health, which aims to ensure women's right to reproductive planning and humanized care for pregnancy, childbirth and the puerperium, as well as the child's right to safe birth and healthy growth and development. In this sense, the actions of the “Children and Women healthcare Network” are grouped into four components, in which two, the Birth and Birth and the Prenatal (the high risk), are funded by the Union, State and Municipality. The Minas Gerais State health department, based on selected indicators follows the performance of the hospitals that receive these resources. Thus, to study the implementation of the “Children and Women healthcare Network” in Minas Gerais, the characterization of these hospitals and their performance were analyzed. The follow up of “Children and Women healthcare Network” indicators by Minas Gerais State health department allowed to identify the direction of it's evolution as differences between the participating hospitals.

**Keywords:** Healthcare Networks - “Children and Women healthcare Network” - Minas Gerais – Indicators.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Faixas de desempenho da taxa de cesárea para o recebimento de recurso estadual Rede Cegonha – Minas Gerais - 2016.....	17
Figura 1 – Figura 1: Explicação do problema .....	30
Figura 2 - - Modelo Lógico dos componentes parto e pré-natal de alto risco da Rede Cegonha.....	39
Tabela 1– Hospitais da Rede Cegonha /MG por Macrorregiões – Minas Gerais – 2016.. ..	40
Tabela 2 – Hospitais da Rede Cegonha/MG segundo natureza jurídica – Minas Gerais 2013-2016 .....	40
Tabela 3 – Hospitais da Rede Cegonha/MG segundo porte – Minas Gerais 2013- 2016.. ..	42
Tabela 4 - Proporção de gestantes com acompanhantes de livre escolha durante a internação para a realização do parto nos hospitais da Rede Cegonha- Minas Gerais – 2013-2016 .....	44
Tabela 5 – Proporção de atas enviadas pelos Comitês Hospitalares de prevenção de óbito fetal, infantil e materno nos estabelecimentos Rede Cegonha – Minas Gerais – 2013-2016 .....	47
Tabela 6 - Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ dos hospitais da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2016 .....	49
Tabela 7 -Taxa de cesárea nos hospitais da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2016 ....	51
Tabela 8 – Ocupação média das casas de gestante, bebê e puérpera da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2013-2016.....	52

## LISTA DE SIGLAS

ACCR - Acolhimento Com Classificação de Risco  
AMIU - Método de Aspiração Manual Intra-Uterina  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS - Atenção Primária de Saúde  
CGR - Colegiado de Gestão Regional  
CGSES - Colegiado de Gestão da Secretaria  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CPN - Centro de Parto Normal  
FUNDAJAN – Fundação de Assistência Social de Janaúba  
GM - Gabinete do Ministro  
MS - Ministério da Saúde  
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PCDT - Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas  
PDR - Plano de Diretor de Regionalização  
PDRI - Plano Diretor de Regionalização e Investimentos  
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento  
PMAQ - Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
PSF - Programa Saúde da Família  
RAS - Redes de Atenção de Saúde  
ReHuNa - Rede de Humanização do Parto e do Nascimento  
SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais  
SINCOV - Sistema de Convênios  
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
SUS - Sistema Único de Saúde brasileiro  
UCI – Unidade de Cuidado Intermediário

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1. Metodologia.....	14
<b>2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	21
2.1. Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde.....	22
2.2 Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde .....	25
<b>3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS</b> .....	28
3.1 Rede Cegonha.....	28
<b>4. REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS</b> .....	36
4.1 Modelo lógico dos componentes Parto e Nascimento e Pré-natal de alto risco da Rede Cegonha em Minas Gerais.....	38
4.2 Caracterização dos hospitais da Rede Cegonha em Minas Gerais.....	39
4.3 Indicadores da Rede Cegonha acompanhados pela SES-MG.....	43
4.3.1 Casa Gestante, Bebê e Puérpea em Minas Gerais.....	52
<b>5. CONCLUSOES</b> .....	54
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

Esta monografia tem por objetivo analisar o desempenho da Rede Cegonha em Minas Gerais no que diz respeito ao cumprimento de alguns dos compromissos pactuados pelos hospitais participantes com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Na medida em que esses compromissos estão relacionados aos objetivos da Rede Cegonha, a análise do desempenho dos hospitais pode subsidiar ajustes na sua implementação de modo a favorecer o alcance dos resultados esperados. Os indicadores que serão analisados são: (1) proporção de gestantes com acompanhantes; (2) atuação do comitê hospitalar de prevenção de óbito fetal, infantil e materno; (3) proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de quinto minuto menor ou igual à sete; (4) taxa de cesárea; e (5) a taxa de ocupação das casas de gestante, bebê e puérpera. Assim, espera-se com essa monografia organizar as informações que estão dispersas no Estado, realizando uma primeira análise destas, para então contribuir com o trabalho da SES-MG.

A Rede Cegonha tem por objetivo melhorar a assistência à saúde às crianças e mulheres com vistas a reduzir o número de óbitos materno e infantis evitáveis, a morbidade materna severa e as altas taxas de cesáres no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2015, para cada 100 mil nascimentos no país ocorreram 62 mortes maternas, uma taxa ainda elevada quando comparada à meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da Organização das Nações Unidas (ONU), de 35 mortes por 100 mil nascimentos. Quanto à mortalidade infantil, o Brasil alcançou a meta da ONU de redução desse índice em dois terços, registrando o número de 16 mortes por mil nascidos vivos em 2015. Nesse último caso, é importante registrar as significativas diferenças entre e intra as diversas regiões do País.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (MOREIRA; CAMPOS; MALACHIAS, 2011). Nesse sentido, as RAS apresentam como estratégia prioritária a superação do sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para o enfrentamento de condições agudas. De acordo com Mendes (2009), as propostas de estruturação dos serviços por meio de redes são relativamente recentes nos sistemas públicos de saúde no mundo. Também no Brasil, a discussão do tema é recente, mas tem crescido.

Além desta introdução, a monografia está estruturada em mais quatro capítulos. O segundo aborda a temática das redes de atenção à saúde, o terceiro trata das redes de

atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), o quarto apresenta a Rede Cegonha em Minas Gerais e analisa o comportamento dos indicadores selecionados. Finalmente, o quinto capítulo apresenta as considerações finais.

## 1.1 Metodologia

Para a elaboração desta monografia o primeiro passo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema das Redes de Atenção e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) que pudesse fundamentar a análise. Em seguida, foi feita uma pesquisa documental sobre a Rede Cegonha em Minas Gerais de modo a compreender seu processo de implementação com ênfase nos indicadores utilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para o seu acompanhamento.

A terceira etapa foi a construção de um banco de dados com os indicadores da Rede Cegonha que são acompanhados pela SES-MG. Esses indicadores foram coletados junto à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O período analisado foi de 2013 a 2016. Cabe esclarecer que embora a Rede Cegonha tenha tido início no Estado em 2011, a SES-MG iniciou o acompanhamento em 2013, instituído pela Resolução SES-MG N. 3.526, de 27 de novembro de 2012. Esses indicadores representam compromissos assumidos pelos hospitais que aderiram a Rede Cegonha no Estado e servem de base para os repasses financeiros feitos pela SES-MG a essas instituições. Os indicadores foram organizados de modo a permitir a comparação entre os diferentes hospitais da rede no período analisado.

Os indicadores acompanhados pela SES-MG são:

### (1) Proporção de gestantes com acompanhante de livre escolha

Este indicador permite a análise da distribuição percentual de gestantes com acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, e permite analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto.

O acompanhamento da gestante por uma pessoa de sua escolha, durante o parto, é uma recomendação da OMS desde a década de 1990: “o apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento” (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1996 *apud* DINIZ, *et al.*, 2014)

O direito da gestante à acompanhante no momento do parto é garantido por lei no Brasil desde 2005. Entretanto, não é efetivamente implementado devido à baixa informatização a respeito dos profissionais de saúde e do público alvo, que seriam as gestantes e possíveis acompanhantes.

Até meados do Século 20, a regra da realização do parto institucional sem a presença de acompanhantes fazia parte da formação médica e de enfermagem. A partir de 1990, começaram a surgir leis sobre o direito a acompanhante no nascimento nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina. A presença de acompanhante passou então a ser considerada um indicador de segurança, qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência. (DINIZ, *et al*, 2014)

As mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto, quando comparadas com as que não possuem um provedor de apoio, têm mais chance de não serem submetidas à cesariana e de terem um parto normal sem uso de analgesia; tempo de trabalho de parto reduzido; menor insatisfação com a experiência do processo de nascimento; e um recém-nascido com melhores índices de Apgar nos primeiros cinco minutos de vida. (FRUTUOSO; BRUGGERMAN, 2013)

O acompanhante da gestante tem o potencial de dar a esta apoio emocional a partir do encorajamento e companhia, informações (explicações sobre a evolução do trabalho e conselhos para lidar com o momento), alívio físico por meio de medidas de conforto, e pode também intermediar a relação da mulher com os profissionais, ajudando-a a expressar seus desejos.

Apesar dos benefícios, para que o acompanhamento de gestantes seja uma prática disseminada é importante a superação de crenças sociais que atribuem ao parto normal crenças de gênero, as quais tendem à associa-lo a um comportamento “não-feminino”, indigno, vulgar e indecente.

É neste sentido que o Ministério de Saúde estabelece o acompanhamento no parto como uma política oficial da Rede Cegonha, a qual, no Estado de Minas Gerais o incorporou como indicador vinculado ao repasse de recursos. Assim a SES-MG estabelece a seguinte faixa de desempenho: a)  $\geq 80\%$  - 25 pontos; b)  $75\% \geq 79,99\%$  - 15 pontos; c)  $< 75\%$  - 0 ponto.

## (2) Taxa de Cesárea

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesárea do mundo. Apesar da cirurgia ser cada vez mais segura, e muitas vezes necessária, ela implica em perigos. Nos casos em

que a cesárea é fruto da opção da mãe, o procedimento implica em intervenções ao corpo e medicalizações que podem causar complicações. Em 2011, o Brasil registrou a taxa de cesárea de 53,7%, uma proporção de partos cesáreos sobre o total muito acima da de países da Europa que variam de 20% a 22%. (UNA-SUS, 2015)

A partir de 1970, no Brasil, quando o percentual de cesáreas era cerca de 15% dos partos totais, houve um aumento constante da proporção de cesáreas em relação ao total de partos realizados nacionalmente.

Um dos fatores decisivos para essa mudança de perfil foi a políticas do governo, como o programa PAISM, de 1975, que tinha como um de seus focos de atuação a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesárea. Médicos e hospitais recebiam pagamento maior do sistema de seguridade social por parto cirúrgico. Contudo, reações feministas contra essa concepção governamental fizeram com que fosse retomada a ideia do parto junto a noção de pessoa, corpo, experiência e singularidade.

A OMS desde 1985 recomenda aos países o teto de 15% de partos cirúrgicos ao ano. A partir de 1980 o Brasil também passou a adotar políticas e programas para mulheres nesse sentido, instituindo o pagamento igual para todos os tipos de parto, e em 1998 o SUS estabeleceu um limite de 40% para a proporção de cesáreas pagas às instituições, o qual foi reduzido até 25% em 2007. Além dessas medidas, no ano de 2000 foi firmado entre os entes do país o Pacto para a Redução das Taxas de Cesarianas, e, em 2016, foi lançado pelo Ministério de Saúde o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesarianas, o qual deveria ser seguido pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios em função de auxiliar e orientar profissionais de saúde a diminuir o número do procedimento.

A taxa de cesárea do Brasil atual ainda é muito elevada e, ao analisa-la, observa-se uma grande diferença entre a registrada pelos partos que ocorrem na rede privada, que fica em torno de 80%, e dos realizados na pública, que apresentam uma média de 40%.

Apesar da evidência de que cesarianas, mesmo se eletivas, estão associadas com aumento da morbidade e mortalidade materna, não há sinais de que as tendências atuais de aumento dessas cirurgias estejam reduzindo. (VICTORA *et al.* 2011)

Muitas mulheres apresentam restrições relacionadas à ideias de decência e vergonha que as induzem a escolher o parto cesáreo devido ao ordenamento e desgenitalização deste. Além disso, é frequente a pessimização da experiência do parto com a finalidade de vender cesáreas. As orientações recebidas durante o acompanhamento da gestação e até mesmo na internação para o parto exercem influência na decisão da gestante, entretanto se

esta tiver contato com melhores experiências de parto e se sentir protegida da violência e indignidade tenderá menos às cesáreas.

A inclusão desse indicador dentre os propostos como estratégicos pelo MS na Rede Cegonha justifica-se pelo fato de cesarianas desnecessárias poderem resultar em morte materna e infantil (BRASIL, 2016), e de as taxas de cesáreas no Brasil estarem entre as mais altas do mundo.

Há hoje um esforço conjunto da União, estados e municípios para reduzir o número de cesarianas, o qual é materializado no Pacto para a Redução das Taxas de Cesarianas e no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana. Assim, ficam à cargo das Secretarias de Saúde dos Estados a regulação do acesso assistencial, autorização, registro, indicação e ressarcimento das cesarianas. Nesse sentido, é de grande importância o acompanhamento da SES-MG da taxa de cesárea daqueles hospitais que aderiram à Rede Cegonha no âmbito estadual.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais busca incentivar a redução da taxa do Estado de cesáreas a partir do repasse dos recursos da Rede Cegonha. Assim, ela institui a taxa de cesárea como um de seus indicadores de acompanhamento dos hospitais da Rede que impactam a parcela variável do repasse, de forma que o valor deste esteja vinculado ao cumprimento das metas estabelecidas.

Os prestadores da Rede Cegonha de Minas Gerais devem enviar quadrimestralmente a taxa de cesárea referente ao período para a SES – MG, que fará a avaliação a partir das faixas de desempenho, de acordo com o quadro a baixo:

Quadro 1: Faixas de desempenho da taxa de cesárea para o recebimento de recurso estadual Rede Cegonha – Minas Gerais - 2016

Maternidades de Alto Risco Tipo I:	Maternidades de Alto Risco Tipo II:
≤ 30% - 25 pontos	≤ 35% - 25 pontos
30,01% ≥ 35% - 15 pontos	35,01% ≥ 40% - 15 pontos
> 35% - 0 ponto	> 40% - 0 ponto

Fonte: Resolução SES-MG N 5.232, 2016

### (3) Atuação do comitê hospitalar de prevenção de óbito fetal, infantil e materno

Os comitês hospitalares de prevenção de óbito fetal, infantil e materno são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional que têm como objetivo identificar óbitos

maternos, fetais e infantis e indicar ações para a redução destes. A implantação de comitês de morte materna é identificada como uma das ações estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

No Brasil, o monitoramento da mortalidade fetal, infantil e materna tem como obstáculos a subinformação, resultante do preenchimento incorreto da declaração de óbito, e o sub-registro das declarações de óbito, que seria a omissão do registro de óbito em cartório. Assim, levando-se em conta os dados declarados, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2015, para cada 100 mil nascimentos no país ocorriam 62 mortes maternas, uma taxa ainda elevada quando comparada à meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da ONU, de 35 mortes por 100 mil nascimentos. Quanto a taxa de mortalidade infantil e fetal no País, para o ano de 2007, foi registrado o valor de 19,3 para 1000 nascidos vivos, que indica uma redução média de 59,0% em relação ao ano de 2000, mas ainda é uma taxa elevada quando contraposta a de outros países, no ano de 2004, como Chile (5/1000) e Canadá (3/1000). (BRASIL, 2009)

Nesse sentido, para que as taxas de mortalidade possam ser reduzida cada vez mais, são fundamentais as atividades dos comitês de análise e investigação de óbitos e do apontamento de medidas de intervenção. Esses organismos representam um instrumento de acompanhamento e avaliação permanente da qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida.

Assim, a SES-MG vincula a atuação dos comitês hospitalares de prevenção de óbito fetal, infantil e materno ao repasse da contrapartida estadual da Rede Cegonha, por meio do recebimento das atas de reuniões destes conforme o modelo estabelecido. Cabe ainda ressaltar que a Resolução SES-MG N 5.232 prevê a análise dessas atas pelo Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna.

A meta estipulada é: a) < 100% de atas enviadas conforme modelo estabelecido pela SES-MG: zero ponto; b) = 100% de atas enviadas conforme modelo estabelecido pela SES-MG: 15 pontos .

(4) Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de quinto minuto de vida menor ou igual à sete

O Apgar é um boletim formado a partir do diagnóstico dos primeiros minutos de vida de um recém-nascido, comumente utilizado para avaliar o ajuste do bebê à vida extra-uterina. Essa avaliação parte da observação de suas condições de vitalidade, as quais são

analisadas a partir da frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele do bebê.

Este índice foi proposto por uma anestesista inglesa, Virgínia Apgar, na década de 1950, e ainda pode ser considerado a única forma de identificar crianças que necessitam de cuidados adicionais em países em desenvolvimento, onde exames laboratoriais podem não estar disponíveis.

O exame consiste em avaliações do bebê com 1, 5 e 10 minutos de vida, nas quais são atribuídas pontuações de 0 a 2, que ao final são somadas, podendo dar uma nota de 0 a 10, onde 0 é a nota mínima e 10 a máxima. A pontuação de Apgar obtida no primeiro minuto de vida é definida pela OMS como meio para a classificação de asfixia neonatal, se apresenta como uma das principais causas de mortalidade neonatal e se acha ligada a fatores epidemiológicos, de atenção ao parto, associando-se ao extremo baixo peso de nascimento (OLIVEIRA *et al.*; 2010). Já o Apgar de quinto minuto e o de décimo minuto são considerados mais apurados e podem avaliar a possibilidade do desenvolvimento futuro de sequelas neurológicas.

Uma nota de Apgar de 7-10 significa que o recém-nascido nasceu em ótimas condições, indicando que este é uma criança sadia, que provavelmente não terá problemas futuros. Notas variando de 4 a 6 evidenciam que o nascimento do bebê teve uma dificuldade de grau moderado, que pode ser traduzida em um sinal de alerta para atenção especial. Já notas de 0 a 3 são indicativos de que o nascimento apresentou dificuldade de ordem grave.

Em um estudo realizado no Estado de São Paulo, Kilsztajn *et al.* (2006), observa que peso da criança ao nascer; duração da gestação; número de consultas pré-natal; idade, estado civil e anos de estudo da mãe são fatores que se relacionam com a vitalidade do recém-nascido.

O índice de Apgar, como salientado, é um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal. Estudo realizado para o Município de São Paulo em 1998 considerou que o baixo índice de Apgar é um bom indicador de morbidade e está associado à mortalidade neonatal; outro estudo, desenvolvido para comparar condições sócio-econômicas e características neonatais no Rio de Janeiro em 1994, também concluiu que o índice de Apgar é um importante indicador de risco; finalmente, de acordo com estudo realizado no Hospital Universitário de Dakar entre 1994 e 2003, a mortalidade neonatal precoce atinge particularmente os nascidos vivos com baixo índice de Apgar. (KILSZTAJN, *et al.*; 2006)

Neste sentido, a SES-MG estabelece a proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de quinto minuto menor ou igual a 7 como um de seus indicadores para o acompanhamento do desempenho dos hospitais aderidos à Rede

Cegonha no âmbito de Minas Gerais. A faixa de desempenho estabelecida é a seguinte: a)  $\leq 1,5\%$  - 25 pontos; b)  $1,5\% \geq 1,99\%$  - 15 pontos; c)  $> 2\%$  - 0 ponto.

Ainda a respeito desses indicadores, cabe esclarecer que embora a resolução que aprova as normas gerais para o repasse financeiro aos hospitais da Rede Cegonha no estado é de novembro de 2012, o acompanhamento da SES-MG foi iniciado no segundo quadrimestre de 2013 devido a problemas relacionados à definição do período de coleta dos dados e a alteração dos valores das parcelas de recursos vinculados aos indicadores no sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM).

Além dos quatro indicadores já citados, é analisada também a taxa de ocupação das casas de gestante, bebê e puérpera. As Casas da Gestante, Bebê e Puérpera são unidades de cuidado, situadas nas imediações do hospital ao qual pertencem, destinadas ao atendimento de gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares. Diferentemente dos indicadores anteriores, este indicador não está vinculado ao repasse de recursos estaduais, uma vez que as casas são financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde.

Assim, os indicadores proporção de gestantes com acompanhantes e atuação do comitê hospitalar são acompanhados do segundo quadrimestre de 2013, quando o monitoramento começou a ser realizado pela SES, ao segundo quadrimestre de 2016, que foi o último período com dados consolidados até a elaboração desta monografia. Para os demais indicadores, só foram disponibilizados dados relativos a 2016, quando o acompanhamento dos mesmos foi iniciado, a partir da Resolução SES-MG N 5.232, 2016. Os dados são apresentados anualmente, a partir da análise das informações enviadas trimestralmente pelos hospitais à SES-MG.

## 2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Mendes,

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

A proposta de Rede de Atenção à Saúde foi citada pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, no Reino Unido, entretanto, foi o trabalho seminal de Shortell *et al.* (1993) que inaugurou os estudos acerca desta temática. A partir da análise de experiências bem-sucedidas de alguns hospitais comunitários, nos Estados Unidos da América (EUA), os pesquisadores atribuíram o melhor desempenho desses hospitais à conformação de organizações integradas de atenção à saúde que eram voltadas para a continuidade dos cuidados, para a promoção e manutenção da saúde, para uma população definida e para a gestão de uma rede de serviços. (MENDES, 2011).

Também no Canadá e nos países da Europa Ocidental (Espanha, França, Alemanha, Suécia, Holanda, Reino Unido, Bélgica, Irlanda, Dinamarca) surgiram propostas de uma nova forma de organização da prestação de serviços saúde, visando enfrentar a fragmentação do cuidado de seus sistemas de saúde. (MENDES, 2011). No Canadá, a experiência teve como foco principal a integração do sistema de saúde, a qual ocasionou mudanças quanto à delegação de procedimentos a enfermeiros, aos investimentos em tecnologia da informação, à introdução de pagamento por capitação, à instituição de pontos de atenção à saúde não convencionais e ao desenvolvimento da telemedicina em regiões de baixa densidade demográfica.

Na Europa Ocidental, o processo de modificação dos sistemas de saúde consolidou-se a partir do Relatório Decker, que estabeleceu menos hospitais, com maior escala e menos leitos por habitantes. A partir de então, segundo Erskine (2006), a organização deveria passar pela constituição de redes regionais de atenção com o fortalecimento da atenção primária que coordenaria o sistema, com a diminuição dos hospitais e com maior escala, por meio do uso intensivo de tecnologia da informação, do reforço da atenção domiciliar e dos centros de enfermagem, das diretrizes clínicas baseadas em evidências e da integração gerencial.

O sucesso dessas experiências consagrou o modelo de Redes como o padrão aconselhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, em oposição aos sistemas fragmentados tradicionais.

Cabe esclarecer que de acordo com Mendes (2010), os sistemas de saúde da segunda metade do século XX eram organizados de forma fragmentada, voltados para uma situação de saúde caracterizada por um forte predomínio das condições agudas e para as agudizações de condições crônicas. Mudanças na situação de saúde, que passou a apresentar forte predomínio das condições crônicas, exigiram mudanças nos sistemas de saúde. Isso porque, ainda de acordo com esse autor, deve haver coerência entre a situação de saúde e o sistema de saúde. Nesse contexto, a organização do sistema sob a forma de redes de atenção se apresentou como a solução capaz de responder às demandas dos sistemas de saúde do século XXI.

Na América Latina, ainda que as experiências das Redes de Atenção sejam recentes, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou em 2010 um documento que apresenta uma análise crítica dos sistemas fragmentados e de suas causas, conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades, estabelece seus atributos essenciais, define os instrumentos de política pública e os mecanismos institucionais para conformá-los, e propõe uma rota para a implantação desses sistemas na Região das Américas. (MENDES, 2011)

## **2.1 Os fundamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

A construção das redes de atenção à saúde (RAS) tem por base os seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, acessibilidade e qualidade, integração horizontal e vertical, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2011).

### **a) Economia de escala, qualidade e acesso**

Visando garantir a qualidade do atendimento e o acesso aos serviços, as RAS devem se estruturar sobre desenhos institucionais que definam uma distribuição eficiente dos serviços de saúde. Para que isso ocorra, a oferta dos serviços que se beneficiam menos de economia de escala deve ser dispersa, e a dos que se beneficiam, concentrada. A economia de escala seria a relação entre custo médio de longo prazo e custos fixos. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os

quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2002b, *apud* Mendes, 2011). Para esses serviços, na medida em que o volume de atividades aumenta, se tem custos médios de longo prazo menores, havendo, então, economia de escala. Nessas circunstâncias, o custo fixo relativamente alto se distribui sob o maior número de atividades e seus custos variáveis de produção. (MENDES, 2011).

Outro importante aspecto da economia de escala é a sua relação estreita com a qualidade. Esta se deve ao fato de que serviços de saúde ofertados em um maior volume propiciem aos profissionais que os executam maior contato com a prática, tornando-os melhor capacitados (BUNKER *et al.* 1982, *apud* MENDES, 2011)

Quanto ao acesso aos serviços, dependendo da forma como o serviço é provido, pode se configurar como um obstáculo para que a população o busque e obtenha atenção à saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o acesso se baseia na cobertura efetiva, que é a proporção entre a população que precisa de determinado serviço de saúde e o número de pessoas que efetivamente o consegue.

As RASs devem procurar garantir, concomitantemente, economias de escala, qualidade e acesso. Entretanto, quando for inviável a conciliação entre estes fundamentos, prevalece-se o critério do acesso, já que não se pode sacrificar o direito do acesso em função de critérios econômicos.

#### b) Integração horizontal e vertical

Os sistemas de saúde prestam serviços distribuídos em cadeias que, dependendo de seu arranjo, podem garantir maior ou menor custo, produtividade e fluxo informacional. O modelo de RAS preza por uma grande integração de seus serviços, que deve ocorrer tanto no aspecto horizontal quanto no vertical.

A integração horizontal está mais relacionada aos tipos de serviço passíveis de economia de escala, onde unidades produtivas iguais realizam fusão ou aliança com a finalidade de ganhar eficiência e competitividade. A fusão seria a unificação de dois prestadores, e a aliança seria a coordenação de dois prestadores especializados em carteiras de serviços distintas. (MENDES, 2011)

A integração vertical, por sua vez, seria a integração da rede como um todo por meio de uma gestão única, sustentada em ampla comunicação. Nesse sentido, todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a atenção terciária, e os sistemas de apoio devem se comunicar intensamente, por um sistema logístico potente.

### c) Territórios sanitários

Territórios de saúde constituem-se na RAS a partir da definição de limites geográficos e de população e do estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. Essa base populacional/territorial deve obedecer aos princípios de unidade na diversidade, atitude cooperativa e ações integradas. A partir da definição adequada da abrangência dessas regiões, as estratégias de organização da RAS são fundamentadas nos parâmetros de escala e acesso. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a constituição desses territórios tem por base o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que é um instrumento de planejamento em saúde que estabelece uma base territorial e populacional para o cálculo das necessidades e para a alocação dos recursos e a distribuição dos serviços.

### d) Níveis de atenção

Os serviços de saúde estruturam-se por níveis de atenção que variam segundo densidades tecnológicas singulares: a atenção primária à saúde, que é o nível de menor densidade tecnológica; a atenção secundária à saúde, que presta serviços de densidade tecnológica intermediária; e a atenção terciária de saúde, que engloba os de maior densidade tecnológica.

De acordo com Mendes (2011, p. 33),

Se a atenção primária deve ser prestada o mais descentralizadamente possível, os níveis secundário e terciário organizam-se obedecendo aos princípios de disponibilidade de recursos e de economia de escala. Dessa forma, a par de organizar as unidades de saúde de forma escalar, há que distribuí-las adequadamente no espaço, a fim de aumentar sua produtividade.

A atenção primária à saúde (APS) compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Além de representar a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema, pode ser concebida como uma estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2011). A atenção primária constitui o centro de comunicação da RAS que orienta o fluxo de pessoas e informações entre os componentes da rede.

O conceito das APS foi consagrado na conferência de Alma Ata, realizada pela OMS em 1978, e, em 2003, foi reiterado pela OMS como uma política central de saúde. Assim, um sistema de atenção à saúde baseado na APS estará fundado nos princípios de Alma-Ata

de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersectorial. Centrar-se-á nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, por meio de ações coletivas sobre a população adscrita à APS que reflitam e reforcem as funções da saúde pública; criará as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos; organizará uma atenção integrada e sem fissuras que vinculará a prevenção, a atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços; e avaliará continuamente a situação para procurar melhorar o desempenho do sistema (MENDES, 2011).

São atributos da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidades longitudinais pelo paciente e de sua relação com a equipe médica ao longo de sua vida; o cuidado integral ao paciente considerando os âmbitos físicos, e psicossocial dentro dos limites da atuação pessoal de saúde; a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas; a focalização na família a partir da interação da equipe de saúde a essa unidade social; a orientação comunitária, que significa o reconhecimento do contexto no qual as famílias vivem; e a competência cultural por meio do respeito das singularidades e preferências das pessoas e famílias. A APS seria o centro de comunicação das RAS constituindo o meio pelo qual se modifica os sistemas fragmentados.

No Brasil, a implantação dessa perspectiva de APS pelo SUS buscou superar o paradigma da atenção básica seletiva, o qual consiste em programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar número limitado de problemas de saúde. A institucionalização da APS como se têm hoje foi representada pela criação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde em 1993 (MENDES, 2011).

Já os pontos de atenção secundários e terciários constituem os outros nós das RAS que ofertam serviços especializados e mais densos tecnologicamente como o tratamento de câncer. A distinção entre esses pontos diz respeito ao nível tecnológico, sem que se possa falar da existência de uma hierarquia entre eles, uma vez que são igualmente importantes para a assistência à saúde.

## **2.2 Os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

As RAS são constituídas de três elementos: população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

#### a) População

As RAS devem ter definidas claramente a população e área geográfica sob sua responsabilidade. Sendo assim, para determinado espaço territorial, organizado segundo identidades culturais, econômicas e sociais, deve-se ter estruturas bem distribuídas que garantam o atendimento das demandas de serviço da população inserida neste.

No âmbito do SUS, a definição desta área geográfica é realizada a partir do Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI), documento que propõe o desenho da organização territorial em regiões de saúde, visando orientar a ação e a decisão dos gestores no que tange ao processo de gestão descentralizada e de alocação dos recursos de investimentos, voltados para a adequação da oferta das ações e serviços, numa perspectiva de regionalização. (BRASIL, 2009)

#### b) Estrutura operacional

A estrutura operacional das RAS é constituída por cinco componentes: os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os níveis de atenção já foram tratados em seção anterior.

Os sistemas de apoio prestam os serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde como apoio a diagnóstico e assistência farmacêutica, e devem ser organizados de forma transversal. O sistema logístico seria o fornecedor de soluções em saúde a partir do uso das tecnologias de informação em uma estrutura integralizada verticalmente, como por exemplo, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde. Portanto, é o responsável por promover a integração entre os diversos pontos da rede. O último componente da estrutura operacional, o sistema de governança, consiste no arranjo institucional que permite a articulação dos diferentes atores para a gestão regional de uma rede. É neste ponto que deve ser realizado o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização (DI GIOVANNI, 2013).

#### c) Modelo de atenção à saúde

O modelo de atenção à saúde corresponde aos sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, a população e suas subpopulações (MENDES, 2011). A subpopulações seriam grupos, estratificados por riscos, para os quais são destinados diferentes tipos de intervenção sanitária em função de suas situações demográficas e epidemiológicas, assim como dos determinantes sociais de saúde.

Nesse sentido, a RAS tem como objetivo garantir cuidados contínuos às pessoas usuárias e suas famílias, levando em consideração as suas especificidades. São focos de suas ações a promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como o cuidado, a reabilitação e a palição no que diz respeito à condição crônica

Essa característica do modelo de atenção da RAS objetiva produzir mudanças concomitantemente sobre as condições agudas e crônicas, o que difere do modelo fragmentado, o qual tem como orientação de sua organização a doença, e em especial, no atendimento à demanda espontânea e à condição aguda por meio de unidades de pronto-atendimento.

### 3 REDES DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde:

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

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

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

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A despeito dos avanços dos últimos anos, superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde tem-se mostrado bastante difícil. Nesse contexto, em 2010, a Portaria 4.279 de 30/12/2010, do Ministério da Saúde trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para enfrentar a fragmentação da atenção e da gestão de modo a aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

Vale mencionar a esse respeito, a existência de experiências regionais tais como a criação de sistemas microrregionais, que visavam gerar integração regional de saúde, no Ceará, pela Secretaria Estadual em 2000, e na região de São Pedro, no Espírito Santo, pela Secretaria de Saúde de Vitória em 2001. Além disso, foram experimentadas também a criação de redes de atenção temáticas, como o Programa Mãe Curitibana, de 2002, pioneiro na criação de uma rede de atenção à mulher e à criança (MENDES, 2011).

Em Minas Gerais, os planos de governo 2003/2010 colocou as redes de atenção à saúde como prioridade, implantando quatro redes de escala estadual: a rede de atenção à mulher e à criança (Rede Viva Vida), a rede de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes (Rede Hiperdia), a rede de atenção aos idosos (Rede Mais Vida) e a rede de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2011).

#### 3.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha é um programa do Ministério da Saúde, instituída no SUS pela portaria MS/GM no 1.459/2011, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Para guiar suas ações, a Rede Cegonha apresenta como princípios respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia

dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Nesse sentido, conforme o Art. 3 da Portaria da Rede Cegonha, esta rede apresenta os seguintes objetivos:

I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal<sup>1</sup>.

Para alcançá-los a Rede Cegonha deve ser organizada a partir de cinco diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo

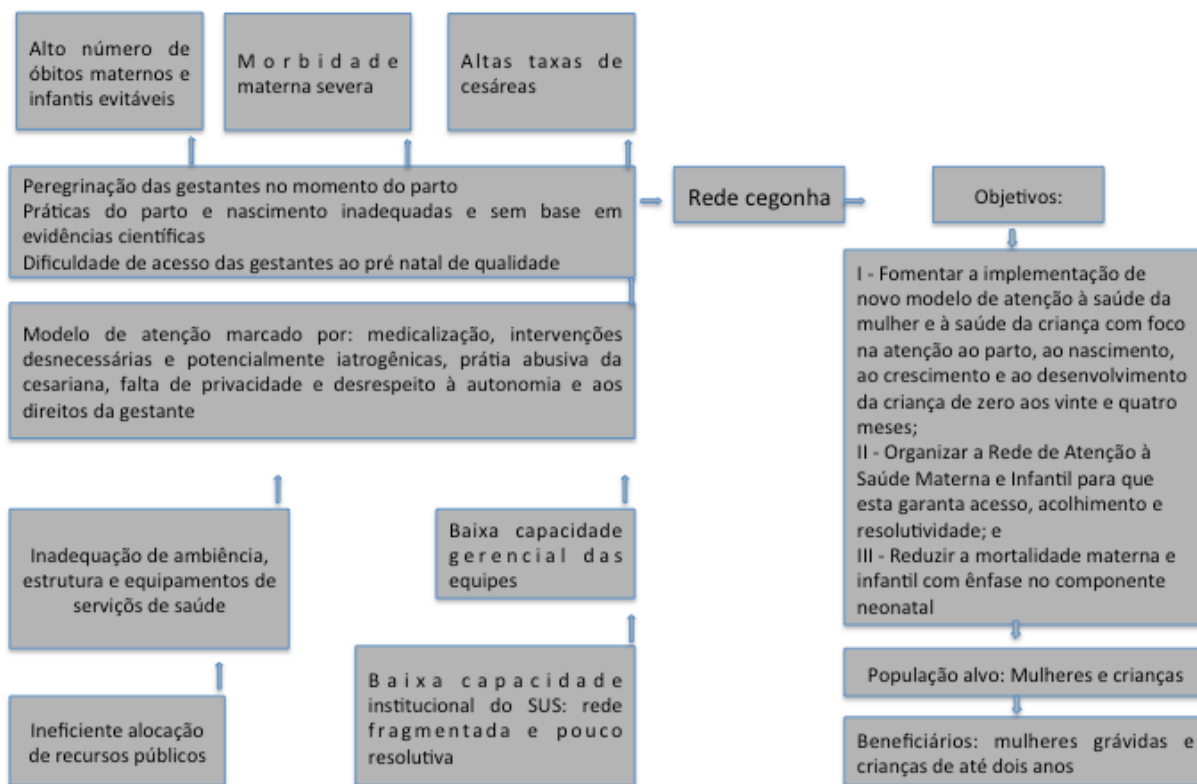
O público alvo é representado por mulheres e crianças, sendo os beneficiários as mulheres grávidas e crianças de até dois anos.

A figura 1 associa os objetivos da rede aos problemas que fundamentam a criação da Rede Cegonha.

---

<sup>1</sup> Componente neonatal: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias)

Figura 1: Explicação do problema que fundamenta a criação da Rede Cegonha



Fonte: Ministério da Saúde

Elaboração: Própria

O objetivo de reduzir a mortalidade infantil compõe a agenda política há um longo período. A trajetória da política nacional, frente a esta causa, apresenta sua primeira ação durante o Estado Novo, com a implementação do programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil, que objetivava normatizar o atendimento à mãe e ao seu filho e combater a mortalidade infantil. Após este primeiro passo, foram desenvolvidos programas subsequentes, nos governos militares, que ainda prestavam um atendimento fragmentado, com a atenção à saúde da mulher restrita ao ciclo gravídico, e a da criança voltada exclusivamente para o nascimento (CASSIANO et al, 2013).

Foi com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que, pela primeira vez, o Governo Federal registrou propósito quanto ao planejamento familiar, oferecendo um atendimento integral à saúde da mulher e incluindo questões referentes à família. Seguindo deste programa, em 1988 a Constituição Federal amplia ainda mais a proteção da saúde da mulher e da criança, ao incluir uma descrição dos direitos reprodutivos em seus artigos (CASSIANO et al, 2013).

Apesar dos programas e leis instituídos, ainda foram mantidas pendentes questões

relacionadas à qualidade da atenção, ao vínculo entre o pré-natal e o parto, à humanização da atenção, à elevada taxa de mortalidade materna e aos altos índices de esterilização (COSTA, 1999, *apud* CASSIANO et al, 2014).

A Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) de 1993, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 2000 e a Lei nº 11.108, de abril de 2005, que garante à parturiente um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato representaram iniciativas para a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos (CASSIANO et al, 2013).

Em continuidade a estes avanços, a criação da Rede Cegonha em 2011, representa um marco nas políticas nacionais de atenção à saúde da mulher e criança, uma vez que a Rede é o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal.

Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrange estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade. (CASSIANO, 2014)

A Rede Cegonha luta pelo reconhecimento da cidadania e pela efetivação do acesso à saúde. Se trata de uma política que procura contabilizar no SUS a heterogeneidade do público alvo e a oferta de um atendimento humanizado destinado ao mesmo. Assim, o programa também abrange a discussão da noção de pessoa, corpo e de singularidade, já introduzida por programas anteriores.

Segundo a Portaria 1.459, as ações da Rede são agrupadas dentro de quatro componentes:

1. Pré-natal, que inclui a captação precoce das gestantes, o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, a consulta integrada, os exames pré-natais, os programas educativos, a vinculação da gestante ao local de parto e a implantação da consulta odontológica.
2. Parto e Nascimento, que agrupa as ações direcionadas à garantia de presença de acompanhante, boas práticas de atenção, visita hospitalar da equipe de saúde, centro de parto normal e agendamento da consulta puerperal. As ações de boa prática de atenção ao parto e nascimento, tais como a garantia de acompanhante e do acesso com qualidade, devem ser cumpridas pelos hospitais. Ressalta-se ainda que, para induzir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha também propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, que são as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera.
3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, componente no qual encontram-se

as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e consulta puerperal entre o 30o e o 42o dia pós-parto. Além disso, em relação à atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses, prevê visitas domiciliares na primeira semana pós-parto, busca ativa de crianças vulneráveis, apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção do crescimento e desenvolvimento, acompanhamento do calendário vacinal e informação para prevenção de hábitos bucais deletérios

4. Sistema Logístico, que inclui as ações de transporte sanitário e regulação, que visam garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e qualidade. É neste componente que também estão inseridas as ações de vinculação da gestante ao local do parto e de regulação dos leitos obstétricos e neonatais.

A partir destes componentes, a rede visa atuar promovendo ações contínuas à gestante, à mãe e à criança de determinado território, por meio da articulação de seus diferentes pontos de atenção à saúde. A Atenção Primária em Saúde seria a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação da Rede Cegonha, que se responsabiliza pelos componentes Pré-natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. A atenção secundária e terciária se encarregaria do componente Parto e Nascimento.

A ligação dos diferentes pontos de atenção é materializada na regionalização. Assim, na Rede Cegonha, as macrorregiões de saúde concentram serviços de maior densidade tecnológica, as maternidades de alto risco terciárias; as microrregiões as maternidades de risco habitual e alto risco secundárias; e os municípios a APS. A articulação entre esses pontos possibilita a gestante conhecer a vinculação à maternidade de referência para o parto de alto risco, garantia do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004, e pela Lei 11.634, de 2007.

Inicialmente, para a implantação da Rede Cegonha no Estado é necessária a adesão deste ente em parceria com os municípios. Para orientar essa implementação, deve ser realizado um diagnóstico da situação epidemiológica pelo Estado em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Esse diagnóstico define o processo gradativo de implantação regional da Rede. Para a sua elaboração foram adotados indicadores de morbimortalidade, de atenção, da situação da capacidade hospitalar instalada e de gestão. A análise desses indicadores possibilita que a Rede seja implantada em cada região de acordo com as especificidades desta, advindas das diferenças socioeconômicas e culturais, de maneira que as ações prioritárias sejam condizentes com as condições de vida da população materno-infantil. (UFMA/UNA-SUS, 2015)

Para a definição do cronograma de implementação da Rede Cegonha no Estado são consideradas as macrorregiões em que estão localizados os Municípios que concentram o maior número de óbitos infantis e maternos, evidenciados no diagnóstico, assim como os princípios, diretrizes e método de trabalho para a implementação da Rede. A definição das macrorregiões onde a implementação será iniciada é pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>2</sup> e no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual (CGSES)<sup>3</sup>. As regiões incluídas nessa definição realizaram a adesão regional à Rede, e assim deverão ter acesso à todos os componentes da mesma. Portanto, somente os hospitais localizados dentro dessas macrorregiões estão aptos à solicitar adesão à Rede Cegonha, um vez que apenas estas têm acesso ao componente Parto e Nascimento e ao componente Pré-natal (nas ações voltadas ao atendimento de gestantes de alto risco) (BRASIL, 2011).

Uma vez efetuada a adesão do Estado é necessário a criação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Este grupo é formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e recebe o apoio do Ministério de Saúde. Entre as suas atribuições estão a mobilização dos dirigentes políticos do SUS em cada fase, o apoio à organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede, a identificação e apoio da solução de possíveis pontos críticos em cada fase e o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da rede.

Seguida essa primeira fase, para que a Rede Cegonha seja operacionalizada, deve haver o desenho regional da Rede, a contratualização dos pontos de atenção, a qualificação dos componentes e a certificação.

O desenho regional é elaborado pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR)<sup>4</sup> com o

---

<sup>2</sup> A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG foi instituída pela Resolução nº 637, de 25 de junho de 1993, sendo reconhecida como foro de articulação, negociação, pactuação e deliberação entre gestor estadual e os gestores municipais, quanto aos aspectos operacionais e de regulamentação das Políticas de Saúde no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado. Tem como apoio técnico, administrativo e operacional a Secretaria Executiva.

<sup>3</sup> O Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual é composto por coordenadores de áreas/setores, gerente (dos diferentes níveis de atenção), secretário de saúde, diretores. Entre outras, tem como atribuições: elaborar o projeto diretor da secretaria; constituir-se como espaço de negociações e definição de prioridades; definir os investimentos; organizar os projetos das várias unidades; construir a sistemática de avaliação, prestar contas aos conselhos gestores e administrar imprevistos.

<sup>4</sup> Instituídos pela Portaria 399/GM, de 2006, os colegiados de gestão regional devem: Instituir um processo dinâmico de planejamento regional; Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde; Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; Priorizar linhas de investimento; Estimular estratégias de qualificação do controle social; Apoiar o processo de planejamento local; Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional. Deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais das superintendências regionais de saúde.

apoio da Secretaria Estadual de Saúde à partir da:

análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (BRASIL, 2011, Portaria no 1.459, art. 8º, 2011).

Ainda no processo de desenho regional da Rede, é elaborado o Plano de Ação Regional, onde consta a programação da atenção integral à saúde maternal e infantil. É nesse instrumento que são incluídas as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos.

A próxima etapa seria a contratualização que consiste na elaboração de contratos entre gestores das RASs e seus entes prestadores de serviços. O instrumento da contratualização será objeto de monitoramento e avaliação periódica pelo Grupo Condutor Municipal e Estadual da Rede Cegonha.

A outra etapa é a qualificação dos componentes que, segundo a portaria MS/GM no 1.459/2011, consiste na definição das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede bem como das metas das mesmas ações que serão acompanhadas

Por fim, a certificação é concedida anualmente ao gestor do SUS após a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados e da verificação da conformidade destes com as pactuações realizadas.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (BRASIL, 2011, Portaria no 1.459, art. 8º, 2011).

Já em relação ao financiamento da Rede Cegonha, este segue o modelo das RASs, o qual estabelece o pagamento de um valor global ou por capitação de toda a rede, que difere do financiamento no modelo fragmentado, que é predominantemente por procedimentos em pontos de atenção isolados. (MENDES, 2011)

O financiamento da Rede Cegonha é tripartite, ou seja, é realizado por meio de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Todos os recursos de custeio tem variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação

---

periódica realizada pelo ente, uma vez que o repasse é realizado na forma de incentivo, mediante o cumprimento de metas.

Para acompanhar o cumprimento dessas metas, o Ministério de Saúde estabeleceu uma série de indicadores agrupados em quatro eixos, à saber: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e, sistema logístico. Esses indicadores estão previstos no plano de ação, e é a partir deles que o Ministério da Saúde, com o apoio do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, acompanha o cumprimento de metas.

No que diz respeito à operacionalização da Rede Cegonha, a Portaria 1.459 também define as atribuições dos entes:

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:  
I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal. (BRASIL, 2011, Portaria no 1.459)

Verifica-se, portanto, que cabe à esfera estadual papel bem específico que a SES/MG vem desenvolvendo no âmbito da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha (CASMRC). A atuação da SES-MG, no que diz respeito à implementação e contratualização é feita pela quantificação e levantamento dos dados físicos e financeiros dos procedimentos da Rede, de acordo com parâmetros preconizados pelo MS; pelo esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de operacionalização advindas das Superintendências Regionais – Municipais; e pelo alinhamento da Rede Cegonha às redes assistenciais já existente em Minas Gerais.

#### 4. REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS

A implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais teve início em 2011 por meio da deliberação CIB CIB-SUS/MG No 826, de junho de 2011, que aprovou a adesão do Estado e de seus municípios, conforme normatização do Ministério da Saúde.

Ao aderir à Rede Cegonha, o Estado instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha que deve se responsabilizar pela mobilização dos dirigentes políticos do SUS, pelo apoio e organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede Cegonha em Minas Gerais, pela identificação da solução de possíveis pontos críticos em cada fase e pelo monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da Rede Cegonha em Minas.

Quanto ao monitoramento e avaliação, o Estado selecionou alguns indicadores entre os propostos pelo MS como estratégicos. Os indicadores selecionados são os relacionados aos componentes parto e nascimento e pré-natal de alto risco, uma vez que são esses os serviços que recebem incentivos financeiros complementar estadual. Nesse sentido, a SES-MG passa a acompanhar os hospitais habilitados ao programa. (MINAS GERAIS, 2012)

O processo de implantação da rede Cegonha levou em consideração a macrorregião de saúde de localização, tendo sido priorizadas as macro Norte, Nordeste, Leste, Jequitinhonha e Centro. Os critérios para priorização dessas macrorregiões foram: a taxa de mortalidade infantil, razão de Morte Materna, porte populacional, alinhamento com os investimentos feitos pelo Programa Viva Vida, e as prioridades propostas pelo Ministério de Saúde, tais como área mineira da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e regiões metropolitanas. (MINAS GERAIS, 2011).

Em Minas Gerais, a implantação da Rede Cegonha demandou seu alinhamento à Rede Viva Vida, existente desde 2005. A coincidência de propósito entre as duas redes - saúde da mulher e da criança -, possibilitou que a Rede Cegonha fortalecesse a Viva Vida, já que a primeira contempla áreas identificadas como vazios assistenciais pela segunda.

A habilitação dos hospitais ao programa considera a capacidade tecnológica instalada e o perfil dos recursos humanos existentes, podendo ser classificados em Atenção à Gestação de Alto Risco do Tipo 1 ou Tipo 2, variando apenas quanto à estrutura de serviços, sem que haja uma hierarquiza o entre eles. c

Os hospitais habilitados na Aten o à Gesta o de Alto Risco Tipo 2 devem cumprir alguns critérios como a disponibiliza o de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, de

uma infraestrutura com exames mais complexos<sup>5</sup>, e de uma equipe com maior variedade<sup>6</sup> de profissionais. Nesse sentido, os hospitais habilitados no Tipo 2 prestam alguns serviços destinados à gestantes, puérperas ou recém-nascidos em estado mais grave. Além disso, a habilitação dos estabelecimentos de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, no tipo Tipo 1, requer a comprovação de taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a 30% , e, no Tipo 2, de 35%. (BRASIL, 2013)

Quanto a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, que são residências provisórias de cuidado para paciente que necessitem de vigilância diferenciada sem perfil para internamento, estas devem ter as seguintes características: capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos; vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou Tipo 2; e situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quil metros do estabelecimento ao qual esteja vinculada.

Ao aderir à Rede Cegonha no Estado, os hospitais se comprometem a cumprir alguns compromissos e, em contrapartida, recebem recursos financeiros por parte do Estado. Para tanto, as Resoluções no 3526/2012 e 4880/2015 da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais estabelecem as regras do incentivo financeiro estadual, o qual complementa o financiamento federal.

Segundo a Portaria 1.020, para aderir a Rede Cegonha os hospitais devem ser enquadrar nos seguintes critérios:

- I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar;
- II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto;
- IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR);
- V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no sítio eletr nico [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas), e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco;
- VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor;

---

<sup>5</sup> Ultrassonografia com doppler

<sup>6</sup> Equipe de profissionais com enfermeiros obstetras, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e médico neonatologista ou intensivista pediatria

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor;

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério;

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos nesta Portaria;

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto;

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto;

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto;

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana;

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde;

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno- Infantil, conforme previsto na Portaria no 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011;

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar;

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil; XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional.

#### **4.1 Modelo lógico dos componentes Parto e Nascimento e Pré-natal de alto risco da Rede Cegonha em Minas Gerais**

Esta seção apresenta o modelo lógico dos componentes Parto e Nascimento e Pré-natal de alto risco da Rede Cegonha (figura 2).

O modelo lógico consiste em uma representação visual de como se espera que um programa funcione e atinja seus objetivos. É uma metodologia que tem como finalidade orientar a estratégia de execução, de monitoramento e a avaliação de um programa. São elementos constitutivos do modelo lógico os recursos, ações, produtos, resultados

intermediários e final, assim como as hipóteses que sustentam as relações e as influências das variáveis relevantes do contexto. Na figura 2 estão listados apenas o objetivo geral (resultado final), as ações e todos os indicadores estratégicos propostos pelo MS para o monitoramento das ações dos componentes de Parto e nascimento e do Pré-natal de alto risco. Parte desses indicadores são acompanhados pela SES-MG e serão analisados nesta monografia.

Para a construção do modelo lógico foi utilizado na explicação do problema da Rede apresentada pelo MS (BRASIL, 2011) e apresentada no capítulo anterior. A explicação do problema consiste em uma das etapas da construção do modelo lógico estabelecidas por Cassiolato e Guerresi (2010) (explicação do problema, estruturação do programa para alcance de resultados, e identificação de fatores relevantes de contexto). A partir do documento do Ministério, foram observadas apenas as ações do componente Parto e Nascimento e Pré-natal de alto risco que são o objeto de estudo deste trabalho. Ressalta-se que, apesar de a explicação de problemas não ser baseada em um documento da SES-MG, ela mostra o problema no entendimento do grupo formulador da estratégia da Rede, e destaca objetivos que são comuns à todos os entes.

Conforme já observado neste trabalho, a SES-MG utiliza quatro<sup>7</sup> indicadores para o acompanhamento dos mesmos componentes: (1) Proporção de gestantes com acompanhantes de livre escolha durante internação para realização do parto, (2) Taxa de cesárea, (3) Atuação do Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbito Fetal, Infantil e Materno, e (4) Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto  $\leq 7$ . Cada um destes está em algum grau relacionado a pelo menos uma das ações dos componentes.

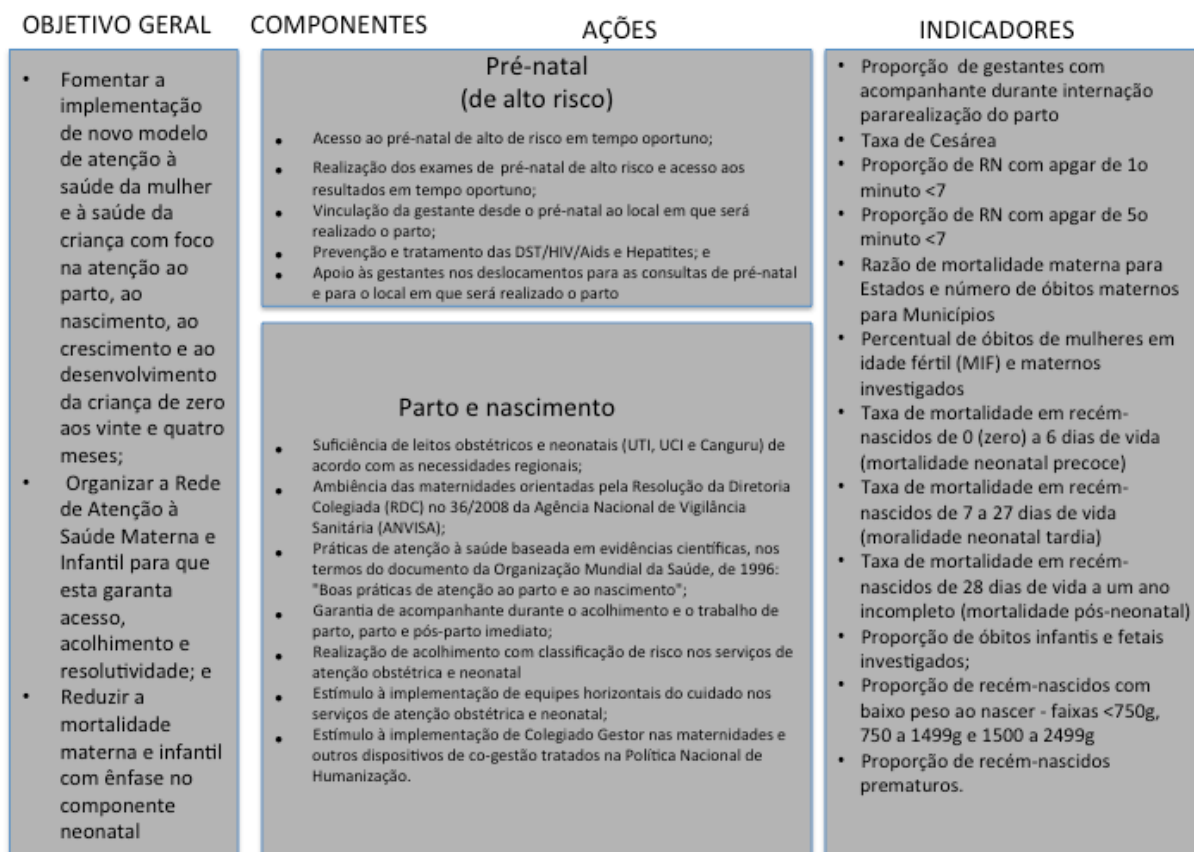
Entretanto, ao observar os demais indicadores estratégicos propostos pelo Ministério, constata-se lacunas de acompanhamento no Estado. Uma delas seria a relacionada a proporção de recém-nascidos prematuros, uma vez que o indicador que inclui o estado do bebê ao nascer é direcionado para recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação, e, portanto, não são acompanhados os bebês nascidos com menor tempo de gestação. Já os indicadores de razão, taxa e proporção de óbitos infantis, fetais e maternos, apesar de não serem acompanhados sistematicamente pela SES, eles tratam de questões dos comitês hospitalares de investigação de óbito fetal, infantil e materno, os quais têm suas ações monitoradas pela Secretaria.

---

<sup>7</sup> Com relação à taxa de ocupação das casas de gestante, bebê e puérpera da Rede Cegonha, apesar de ser acompanhada pela SES, o acompanhamento dessas por parte estadual não está vinculado ao repasse de recursos, não está entre os indicadores de qualidade selecionados pela Secretária para o acompanhamento da Rede Cegonha.

A figura 2 apresenta parte do modelo lógico elaborado com bases no apresentado por Cavalcanti *et al* (2013):

Figura 2 - Modelo Lógico dos componentes parto e pré-natal de alto risco da Rede Cegonha



Fonte: Ministérios de Saúde

Elaboração própria

#### 4.2 Caracterização dos hospitais da Rede Cegonha em Minas Gerais

No que diz respeito ao componente Parto e Nascimento e Pré-natal de alto risco da Rede Cegonha no âmbito estadual de Minas Gerais, relacionado aos hospitais, objeto desta monografia, atualmente, 20 hospitais integram a Rede. A adesão dos hospitais teve início em 2012 e vem ocorrendo de forma paulatina. Deve-se salientar que há ainda 40 hospitais que fizeram a solicitação de adesão, mas ainda não integram a rede.

De acordo com a tabela 1, a macrorregião de saúde Centro concentra o maior percentual de hospitais da Rede Cegonha (10 dos 20), seguida da macro Norte. Nas macrorregiões Sul e Jequitinhonha, apenas um hospital integra a rede Cegonha.

No que diz respeito aos municípios de localização, Belo Horizonte concentra a metade dos hospitais da macro Centro, enquanto em Betim há dois. Em Montes Claros, estão dois dos quatro hospitais da macro Norte. Os demais municípios contam com um hospital cada, a saber: Contagem (macro Centro), Ibirité (macro Centro), Sete Lagoas (macro Centro), Diamantina, (Jequitinhonha), Governador Valadares (Leste), Ipatinga (Leste) e Varginha (Sul).

Tabela 1– Hospitais da Rede Cegonha /MG por Macrorregiões – Minas Gerais - 2016

Macrorregião	Absoluto	%
Centro	10	50
Jequitinhonha	1	5
Leste	2	10
Nordeste	2	10
Norte	4	20
Sul	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais – Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha

Quanto à natureza jurídica da instituição, foram definidas cinco categorias: privado contratado pelo SUS, federal, estadual, municipal e filantrópico. Os hospitais que no CNES têm como natureza jurídica fundação estadual ou municipal, assim como as autarquias estaduais ou órgãos do poder executivo municipal foram reclassificados como estadual municipal, respectivamente.

A tabela 3 mostra que os hospitais filantrópicos constituem a maioria (45%), seguidos dos municipais (30%) e dos estaduais (15%). Hospitais federais e contratados participam com apenas um prestador cada, constituindo 5% cada um do total analisado.

Tabela 2 – Hospitais da Rede Cegonha/MG segundo natureza jurídica – Minas Gerais 2013- 2016

Natureza jurídica	Absoluto	%
Contratado	1	5
Federal	1	5
Estadual	3	15
Municipal	6	30
Filantrópica	9	45
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Com relação ao porte dos hospitais, em todos os anos, predominaram aqueles onde o número de leitos variava acima de 200 leitos. A menor proporção, para todos os anos, foi de hospitais que possuíam até 50 leitos. Em 2016, esses hospitais de porte menor representaram 5% do total, o que indica uma grande redução da participação dos hospitais dessa faixa, uma vez que no ano de 2013 era de 16,67%.

Deve-se destacar que as economias de escala, um dos fundamentos das RAS, são encontradas em hospitais com mais de 100 leitos, e que o tamanho ótimo dos hospitais varia entre 100 e 450 leitos. (ALETRAS *et al.*, 1997; ANDRADE *et al.*, 2007, *apud* MENDES, 2011). Analisando os hospitais da Rede Cegonha em Minas Gerais, percebe-se que para todos os anos a maioria dos hospitais deve ter apresentado economias de escalas, já que o percentual de hospitais com menos de 100 leitos foi inferior ou igual à 38,89% (38,89% em 2013, 38,89% em 2014, 35% em 2015 e 35% em 2016).

Quanto às deseconomias de escala, quando é ultrapassado um volume crítico de escala e os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, essas são importantes em hospitais de mais de 650 leitos. (ALETRAS *et al.*, 1997; ANDRADE *et al.*, 2007, *apud* MENDES, 2011). Dos hospitais analisados, somente um possui o porte compatível ao de estabelecimentos onde ocorre a deseconomia de escala, que seria a Santa Casa de Belo Horizonte, onde havia 945 leitos em 2013 e 901 em 2016.

Tabela 3 – Hospitais da Rede Cegonha/MG segundo porte – Minas Gerais 2013- 2016

Número de leitos	Anos							
	2013		2014		2015		2016	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
até 50	3	16,67	3	16,67	2	10,00	1	5,00
51 à 100	4	22,22	4	22,22	5	25,00	6	30,00
101 à 200	5	27,78	5	27,78	6	30,00	6	30,00
mais de 200	6	33,33	6	33,33	7	35,00	7	35,00
Total	18	100	18	100	20	100	20	100

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Por fim, quando se considera o tipo de maternidade desses hospitais em termos do alto risco, observa-se que a grande maioria (14 das 20) é de risco tipo I o que significa um predomínio de hospitais com estrutura voltada ao atendimento de grávidas, puérperas e recém-nascidos em um estado de saúde de menor gravidade.

#### **4.3 Indicadores da Rede Cegonha acompanhados pela SES-MG**

Esta seção analisa os cinco indicadores da Rede Cegonha que são acompanhados pela SES-MG, dentre os quais quatro estão vinculados ao repasse de recursos, e um, a taxa de ocupação das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, não está associado ao repasse de recursos estaduais, uma vez que essas são financiadas exclusivamente por recursos do Ministério da Saúde. Como já foi ressaltado, esse acompanhamento teve início em 2013 e não há informações sobre a situação dos hospitais antes do programa. De todo modo, é importante conhecer o comportamento dos hospitais no que diz respeito aos compromissos firmados por essas instituições de modo a identificar dificuldades na implementação do programa.

Os indicadores que serão analisados são os seguintes: (a) Proporção de gestantes com acompanhantes; (b) Atuação do comitê hospitalar de óbito fetal infantil e materno; (c) Taxa de cesárea; (d) Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com apgar de 5º minuto  $\leq 7$ ; e (e) Taxa de ocupação das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera.

Os quatro indicadores acompanhados vinculados ao repasse de recursos financeiros da Rede Cegonha, afetam o montante repassado pelo Estado de acordo com as metas e percentuais estabelecidos. Assim, o pagamento estadual da Rede Cegonha é sistematizado de forma que as parcelas referentes aos incentivos financeiros de custeio mensal são pagas mensalmente, sendo 70% de forma fixa e 30% variável. É essa parcela variável que vincula o pagamento ao grau de execução dos indicadores pactuados.

##### **(1) Proporção de gestantes com acompanhante de livre escolha**

A meta estipulada seria o acompanhamento de 80% das gestantes ou mais em cada hospital da Rede Cegonha. O prestador é pontuado pelo seu desempenho de acordo com as faixas de desempenho do cumprimento da meta.

A tabela 4 apresenta a evolução da proporção das gestantes com acompanhamento entre 2013 e 2016.

Tomando-se o ano de 2013, quando a SES-MG iniciou o processo de acompanhamento, constata-se que a proporção das gestantes com acompanhamento variou de 0,04%<sup>8</sup> na Maternidade Pública Municipal Hayde Espejo Conroy à 100% no Hospital de Santa Rosália (tabela 4). Naquele ano, conseguiram cumprir a meta (80% ), os hospitais Público Regional Professor Osvaldo Franco, Municipal De Ibrité Hospital, De Nossa Senhora Da Saúde, Márcio Cunha, Municipal, São Vicente, Universitario Clemente Faria, Municipal Doutor Moises Magalhães Freire, Maternidade Nossa Senhora Das Graças e a Fundação de Assistência Social de Janaúba (Fundajan). Já os hospitais Sofia Feldman, Hospital Julia Kubitschek, Municipal Odilon Bherens, Maternidade Odete Valadares, Maternidade Municipal de Contagem e a Santa Casa de Montes Claros ficaram abaixo da meta com os seguintes percentuais 76,46%, 72,03%, 19,44%, 34,78%, 37,14% e 15,29%, respectivamente.

Em 2016, a proporção de mães com acompanhantes variou de 43,1% na maternidade Odete Valadares a 100% no hospital São Vicente de Paula em Araçuaí. Salienta-se que esse hospital destaca-se pelos elevados percentuais nos quatro anos analisados, assim como o hospital Márcio Cunha, o Hospital Municipal de Governador Valadares, o Santa Rosália e a Fundajan. Em todos esses, o percentual de mães com acompanhantes foi superior a 90% em todo período, sinalizando que a questão da humanização do atendimento, pelo menos no que diz respeito às gestantes, já se encontra incorporada à rotina desses hospitais (tabela 4).

No período de 2013 a 2016, a maioria dos hospitais que integram a Rede Cegonha aumentou a proporção das gestantes com acompanhamento. Chama a atenção o expressivo crescimento desse indicador no Odilon Bherens, na maternidade Municipal de Contagem e na Santa Casa de Montes Claros. Ainda que não se possa atribuir esses resultados apenas à implementação da Rede Cegonha, sua evolução positiva sugere que o programa deva estar afetando a rotina desses hospitais conforme previsto. Na contramão desses resultados, o hospital Nossa Senhora das Graças, em Sete Lagoas, reduziu a proporção de gestantes com acompanhamento entre 2013 e 2016, mas ainda assim garantiu o cumprimento da meta.

---

<sup>8</sup> A proporção de gestantes com acompanhantes de livre escolha no ano de 2013, para a Maternidade Municipal Hayde Espejo Conroy foi muito inferior a dos demais, uma vez que no segundo quadrimestre do ano não foi registrado o acompanhamento de nenhuma gestante, e no terceiro quadrimestre apenas de uma.

Por fim, observa-se que nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Regional do Sul de Minas só há dados para 2016, na medida em que passaram a integrar o programa em 2015, tendo o acompanhamento da SES-MG iniciado em 2016.

Tabela 4 - Proporção de gestantes com acompanhantes de livre escolha durante a internação para a realização do parto nos hospitais da Rede Cegonha- Minas Gerais – 2013-2016

Hospital	Município	Macrorregião de Saúde	Anos				Variação (%)
			2013	2014	2015	2016	
Sofia Feldman	Belo Horizonte	Centro	76,5	83,4	87,3	84,7	10,77
Odete Valadares	Belo Horizonte	Centro	34,8	51,5	56,5	43,1	24,01
Santa Casa	Belo Horizonte	Centro	...	...	...	86,8	...
Julia Kubitschek	Belo Horizonte	Centro	72	82,1	85,3	89,3	23,97
Odilon Bherens	Belo Horizonte	Centro	19,4	37,8	44,2	57,7	196,84
Professor Osvaldo Franco	Betim	Centro	91,8	81,7	93,7	93,6	2,01
P. Municipal Hayde Espejo Conroy	Betim	Centro	0,04	46	64,1	89	252166
Municipal De Contagem	Contagem	Centro	37,1	77,9	90,5	94	153,02
Municipal De Ibirité	Ibirité	Centro	93	91,5	89,5	90,8	-2,41
Nossa Senhora Das Graças	Sete Lagoas	Centro	98,3	97,9	80,6	83,8	-14,76
Nossa Senhora Da Saúde	Diamantina	Jequitinhonha	81,6	79,1	83,6	87,5	7,34
Márcio Cunha	Ipatinga	Leste	97,7	95,7	98,8	98,5	0,87
Municipal de Governador Valadares	Governador Valadares	Leste	99,1	98,7	98,4	98,8	-0,36
São Vicente De Paula	Araçuaí	Nordeste	100	100	99,3	100	0,21
Santa Rosália	Teófilo Otoni	Nordeste	99,8	100	99,1	99,4	-0,43
Fundajan	Janaúba	Norte	91,5	97,4	96,3	99,7	8,93
Santa Casa De Montes Claros	Montes Claros	Norte	15,3	70,1	90,9	89,8	487,1
Universitário Clemente Faria	Montes Claros	Norte	89,5	86,8	91,3	86,2	-3,65
Dr. Moises M Freire	Pirapora	Norte	84	87,3	90,9	97,6	16,11
Regional do Sul de Minas	Varginha	Sul	...	...	...	98,4	...

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais - Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha.

Nota: sinais convencionais utilizados:... Dado numérico não disponível

I – Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 1

II – Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2

## (2) Atuação do comitê hospitalar de prevenção de óbito fetal, infantil e materno

A atuação dos Comitês Hospitalares de óbito fetal, infantil e materno é feito a partir do envio das atas das reuniões à SES-MG, que verifica se, em cada quadrimestre, foi atingida a meta de quatro encontros.

A análise desse indicador no primeiro ano (2013) mostra um panorama positivo com relação à atuação dos Comitês, no que se refere à realização de reuniões. Treze dos vinte hospitais que faziam parte da Rede Cegonha naquele ano, conseguiram cumprir a meta. Ainda que os demais hospitais não tenham cumprido a meta, eles mostraram percentuais elevados (acima de 85%). Como observado na análise do percentual das gestantes com acompanhamento, não há informações para a Santa Casa de Belo Horizonte e para o Hospital Regional do Sul de Minas porque ainda não integravam a Rede Cegonha no âmbito estadual.

A análise do comportamento desse indicador em 2016 mostra uma melhora na atuação dos Comitês, com dezoito dos vinte hospitais alcançando a meta. Apenas não conseguiram ter o número de reuniões estipuladas a Maternidade Odete Valadares, a Santa Casa de Belo Horizonte e o Hospital Regional do Sul de Minas, de Varginha, com percentuais de 85,71%, 85,71% e 98,41%, respectivamente (tabela 5).

Quanto à variação da atuação do Comitê Hospitalar de prevenção de óbito fetal, infantil e materno entre o primeiro e último ano analisado, pode-se perceber que apenas a Maternidade Odete Valadares mostrou redução nesse indicador. Observa-se que os hospitais que já cumpriam a meta em 2013 também cumpriram em 2016, e aqueles que não conseguiram cumprir em 2013 (Hospital de Nossa Senhora das Graças, de Sete Lagoas; Hospital Nossa Senhora da Saúde, de Diamantina; Hospital Márcio Cunha, de Ipatinga; Hospital Municipal, de Governador Valadares; e o Hospital São Vicente de Paula, de Araçuaí) passaram a cumpri-la (tabela 5).

Tabela 5 – Proporção de atas enviadas pelos Comitês Hospitalares de prevenção de óbito fetal, infantil e materno nos estabelecimentos Rede Cegonha – Minas Gerais – 2013-2016

Hospital	Município	Macrorregião	Ano				Variação 2013-2016 (%)
			2013	2014	2015	2016	
Odete Valadares	Belo Horizonte	Centro	100	91,67	100	85,71	-14,29
Santa Casa de Belo Horizonte	Belo Horizonte	Centro	...	...	...	85,71	...
Julia Kubitschek	Belo Horizonte	Centro	100	75	100	100	0
P. R. Professor Osvaldo Franco	Betim	Centro	100	83,33	100	100	0
P. Municipal Hayde Espejo Conroy	Betim	Centro	100	91,67	83,33	100	0
Municipal De Contagem	Contagem	Centro	100	91,67	100	100	0
Municipal Odilon Bherens	Belo Horizonte	Centro	87,5	83,33	91,67	100	14,29
Nossa Senhora Das Graças	Sete Lagoas	Centro	87,5	75	100	100	14,29
Municipal De Ibirite	Ibirité	Centro	100	100	100	100	0
Hospital Sofia Feldman	Belo Horizonte	Centro	100	100	100	100	0
De Nossa Senhora Da Saúde	Diamantina	Jequitinhonha	87,5	100	83,33	100	14,29
Márcio Cunha	Ipatinga	Leste	87,5	91,67	100	100	14,29
Municipal	Governador Valadares	Leste	87,5	100	100	100	14,29
Sao Vicente De Paula	Araçuaí	Nordeste	87,5	100	100	100	14,29
Santa Rosalia	Teófilo Otoni	Nordeste	100	100	83,33	100	0
Municipal Dr. Moises M Freire	Pirapora	Norte	100	83,33	83,33	100	0
Santa Casa De Montes Claros	Montes Claros	Norte	100	100	100	100	0
Fundajan	Janaúba	Norte	100	91,67	100	100	0
Universitario Clemente Faria	Montes Claros	Norte	100	58,33	100	100	0
Regional do Sul de Minas	Varginha	Sul	...	...	...	85,71	...

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais - Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha

Nota: sinal convencional utilizado: ... Dado numérico não disponível

- I - Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 1
- II – Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2

### (3) Taxa de cesárea

No que se refere à taxa de cesárea, o objetivo da Rede Cegonha é estimular a sua redução. Também nesse caso, os dados dizem respeito apenas aos dois primeiros quadrimestres de 2016 e, permitem, portanto, conhecer a situação desses hospitais quando esse indicador passou a ser acompanhado pela SES-MG.

De acordo com a tabela 6, os hospitais que apresentaram os melhores desempenhos para os dois quadrimestres acompanhados foram o Sofia Feldman e a Maternidade Odete Valadares, ambos de Belo Horizonte, com taxas de cesáreas de 23,77% e 25,72%, respectivamente, para o primeiro quadrimestre, e taxas de 23,09% e 24,98%, respectivamente, para o segundo quadrimestre. Já o pior desempenho, ocorre no Hospital Regional do Sul de Minas, de Varginha, que apresentou nos dois quadrimestres uma taxa de cesáreas muito superior à dos demais, 78,90% e 82,26%, para o primeiro e segundo quadrimestre, respectivamente, seguido do Hospital Municipal Dr. Moises M Freire, com taxas de 49,74% e 43,07%, para o primeiro e segundo quadrimestre, respectivamente. Cabe esclarecer que para a habilitação do hospital na Rede Cegonha esse percentual deva estar abaixo de 30%, nas maternidades de atenção ao alto risco tipo I e abaixo de 35% nas de tipo II. Caso o hospital não comprove essas taxas, a habilitação pode ser realizada por meio de um plano de redução das taxas de cesarianas em dez por cento ao ano até o alcance da taxa estabelecida. Observa-se que mesmo comprovando a taxa cesárea estabelecida o hospital pode ainda encontrar-se acima do que estabelece a OMS como aconselhável (taxa cesárea inferior à 15%).

Isso posto, os seguintes hospitais conseguiram cumprir a meta estipulada e, conseqüentemente, receberam os recursos do governo estadual, Julia Kubitscheck, Odilon Bherens, Sofia Feldman, Odete Valadares, Santa Casa de Belo Horizonte e P. Municipal Hayde Espejo Conroy. Desse total, três são de atenção à gestação de alto risco tipo II (hospitais Odilon Bherens, Odete Valadares Santa Casa de Belo Horizonte e Santa Casa de Montes Claros) e três de tipo I (Julia Kubitscheck, Sofia Feldman e P. Municipal Hayde Espejo Conroy). Essa proporção indica que há um maior cumprimento da meta nos hospitais de alto risco tipo II (33,33%) em relação aos de tipo I (21,42%).

Tabela 6 -Taxa de cesárea nos hospitais da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2016

Hospital	Tipo de Maternidade de Alto Risco	Município	Macrorregião	Quadrimestre	
				Primeiro	Segundo
Julia Kubitschek	I	Belo Horizonte	Centro	27,87	27,99
Municipal Odilon Bherens	II	Belo Horizonte	Centro	30,81	33,37
Sofia Feldman	I	Belo Horizonte	Centro	23,77	23,09
Odete Valadares	II	Belo Horizonte	Centro	25,72	24,98
Santa Casa de Belo Horizonte	II	Belo Horizonte	Centro	33,22	30,66
P. R. Professor Osvaldo Franco	II	Betim	Centro	38,67	36,72
P. Municipal Hayde Espejo Conroy	I	Betim	Centro	29,29	24,78
Municipal De Contagem	I	Contagem	Centro	31,4	29,99
Municipal De Ibirite	I	Ibirité	Centro	30,66	26,77
Nossa Senhora Das Graças	II	Sete Lagoas	Centro	40,09	39,35
De Nossa Senhora Da Saúde	I	Diamantina	Jequitinhonha	43,14	41,62
Márcio Cunha	I	Ipatinga	Leste	42,38	46,27
Municipal	I	Governador Valadares	Leste	32,42	33,66
Sao Vicente De Paula	I	Araçuaí	Nordeste	38,37	31,69
Santa Rosalia	I	Teófilo Otoni	Nordeste	35,62	36,8
Fundajan	I	Janaúba	Norte	30,21	28,64
Santa Casa De Montes Claros	II	Montes Claros	Norte	32,91	38,03
Universitario Clemente Faria	I	Montes Claros	Norte	38,17	36
Municipal Dr. Moises M Freire	I	Pirapora	Norte	49,74	43,07
Regional do Sul de Minas	I	Varginha	Sul	78,9	82,26

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais - Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha.

Nota: sinais convencionais utilizados:

... Dado numérico não disponível

I – Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Rosco Tipo 1

II – Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Rosco Tipo 2

(4) Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de quinto minuto de vida menor ou igual à sete

No que diz respeito ao acompanhamento feito pela SES-MG, como ele foi instituído em 2016, só há informações para os dois primeiros quadrimestres desse ano. Em que pese tal fato, a análise da situação dos hospitais, fornece um ponto de partida para comparações futuras.

De acordo com a tabela 7, os hospitais Julia Kubitschek, de Belo Horizonte, e a Maternidade Municipal de Contagem apresentaram desempenho à baixo do aceitável (maior ou igual à 2%) nos dois quadrimestres (3,50 e 2,48%, respectivamente, no primeiro e 2,55% e 3,48%, respectivamente, no segundo). Os hospitais Sofia Feldman, de Belo Horizonte e Nossa Senhora da Saúde, de Diamantina, tiveram o indicador abaixo do aceitável somente no primeiro quadrimestres (2,01% e 3,37% respectivamente) e os hospitais Odilon Bherens e Santa Casa de Montes Claros no segundo (2,42% e 2,01%, respectivamente). Já o alcance da meta (inferior à 1,5%), ocorreram nos dois quadrimestres nos hospitais Nossa Senhora das Graças, Márcio Cunha, Municipal de Governador Valadares, São Vicente de Paula, Santa Rosália, Universitário Clemente Faria e Regional do Sul de Minas (tabela 7). Em situação intermediária (percentual variando entre 1,5% e 1,99%) para os dois quadrimestres se encontram os hospitais a Santa Casa de Belo Horizonte, o Hospital Municipal Dr. Moisés M Freire e Fundajan.

Tabela 7- Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto  $\leq 7$  dos hospitais da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2016

Hospital	Município	Macrorregião	Ano	
			2015	2016
Sofia Feldman	Belo Horizonte	Centro	2,01	1,55
Odete Valadares	Belo Horizonte	Centro	1,38	1,68
Santa Casa de Belo Horizonte	Belo Horizonte	Centro	1,88	1,65
Julia Kubitschek	Belo Horizonte	Centro	3,50	2,55
Municipal Odilon Bherens	Belo Horizonte	Centro	1,19	2,43
P. R. Professor Osvaldo Franco	Betim	Centro	1,76	1,11
P. Municipal Hayde Espejo Conroy	Betim	Centro	1,31	1,66
Municipal De Contagem	Contagem	Centro	2,48	3,48
Municipal De Ibirite Maternidade	Ibirité	Centro	0,69	1,96
Nossa Senhora Das Graças	Sete Lagoas	Centro	0,66	0,57
De Nossa Senhora Da Saúde	Diamantina	Jequitinhonha	3,37	1,04
Márcio Cunha	Ipatinga	Leste	0,80	1,14
Municipal	Governador Valadares	Leste	0,67	0,54
Sao Vicente De Paula	Araçuaí	Nordeste	0,74	1,43
Santa Rosalia	Teófilo Otoni	Nordeste	1,05	1,02
Municipal Dr. Moises M Freire	Pirapora	Norte	1,71	0,78
Fundajan	Janaúba	Norte	1,44	1,54
Santa Casa De Montes Claros	Montes Claros	Norte	1,56	2,01
Universitario Clemente Faria	Montes Claros	Norte	0,88	0,96
Regional do Sul de Minas	Varginha	Sul	0,99	1,09

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais - Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha.

Nota: sinais convencionais utilizados:... Dado numérico não disponível

I - Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Rosco Tipo 1

II - Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Rosco Tipo 2

#### 4.3.1 Casa Gestante, Bebê e Puérperas em Minas Gerais

As Casas da Gestante, Bebê e Puérpera são unidades de de cuidado, situadas nas imediações do hospital ao qual pertencem, destinadas ao atendimento de gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares.

A instituição dessas unidades contribui para a utilização racional dos leitos obstétricos e neonatais nos hospitais de referência à gestação de alto risco ao qual estão vinculadas, visando assim a redução da morbimortalidade maternal e perinatal. (BRASIL, 2013)

Os incentivos financeiros para obras de construção, ampliação e reformas de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera são repassados pelo Ministério da Saúde, e são condicionados ao cumprimento de requisitos estabelecidos na portaria MS/GM no 1.020/2013, que estabelece as condições da estrutura física requerida. Quanto ao custeio mensal, este também é feito pelo Ministério da Saúde, e tem seu valor definido conforme o número de camas disponibilizadas na unidade, podendo ser suspenso quando a ocupação média mensal for inferior à cinquenta por cento da capacidade. (BRASIL, 2013)

No Estado, existem seis Casas da Gestante, Bebê e Puérpera da Rede Cegonha, das quais quatro estão na macrorregião Centro, vinculadas aos hospitais Julia Kubstichek, Odilon Berehns, Sofia Feldman e Maternidade Odete Valadares, todos localizados em Belo Horizonte, e uma na macrorregião Sul, vinculada ao Hospital Regional do Sul de Minas, em Varginha. O Hospital Sofia Feldman possui vinculação com duas unidades, e a unidade do Hospital Regional do Sul de Minas foi incluída à Rede Cegonha apenas em 2015, com a resolução SES/MG no 4880/2015.

A SES-MG acompanha as casa de gestante, bebê e puérpera, a partir do monitoramento da taxa de ocupação destas. Esse acompanhamento é feito concomitantemente ao das casa de gestante, bebê e puérpera da Rede Viva Vida. Uma vez que o Estado não realiza repasses à essas unidades habilitadas na Rede Cegonha, o acompanhamento estadual da taxa de ocupação não causa efeitos financeiros para as unidades.

A partir da tabela 8, percebe-se que o repasse da taxa de ocupação não é feito de forma regular pelos hospitais. A SES-MG não possui dados referentes a ocupação das casas de gestante, bebê e puerperal para todos os meses da Maternidade Odete Valadares,

nos anos de 2013, 2014 e 2016; e dos hospitais Julia Kubstichek em 2015; Odilon Berehns em 2015 e 2016; e Sofia Feldman em 2014, 2015 e 2016. Quanto ao Hospital Regional do Sul de Minas, desde sua adesão, todos os meses foram acompanhados.

Dado o acesso à apenas metade dos dados referentes a taxa de ocupação que a SES-MG pretende acompanhar, a análise feita não conduz a conclusões gerais quanto ao cumprimento da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (50% de ocupação da capacidade instalada). Partindo de observações dos dados obtidos, constata-se apenas que os hospitais Júlia Kubstichek, em 2013 e 2014, e Regional do Sul de Minas, em 2015, registraram ocupação média de leitos inferior à estabelecida como meta.

Tabela 8 – Ocupação média das casas de gestante, bebê e puérpera da Rede Cegonha – Minas Gerais – 2013 a 2016

Hospital	Município	Macrorregião	Ocupação média			
			2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Odete Valadares	Belo Horizonte	Centro	...	...	96,22	...
Julia Kubstichek	Belo Horizonte	Centro	14,72	17,53	...	52,64
Odilon Berehns	Belo Horizonte	Centro	50,98	39,98	...	...
Sofia Feldman	Belo Horizonte	Centro	83,00	...	...	...
Regional do Sul de Minas	Varginha	Sul	...	...	38,17	54,50

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Superintendência de Redes de Atenção à saúde - Diretoria de Redes Assistenciais - Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher/ Rede Cegonha.

Nota: sinais convencionais utilizados:

... Dado numérico não disponível

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia analisou a implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais no que diz respeito ao cumprimento de compromissos assumidos pelos hospitais participantes junto à Secretaria de Estado de Minas Gerais. Apesar do acompanhamento ser recente e de não haver informação sobre a situação dos hospitais antes da adesão à Rede Cegonha, entende-se que o esforço realizado de organizar os indicadores e fazer uma primeira análise da situação pode contribuir para com estudos futuros bem como para com o trabalho da SES-MG. Deficiências de registro fazem parte da realidade da administração pública brasileira e dificultam o monitoramento e a avaliação dos programas, mas estas também devem ser mostradas para que os registros sejam aprimorados (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2008).

Para fundamentar a análise foi elaborado um referencial teórico que situou o surgimento das Redes de Atenção à Saúde detalhou seus fundamentos e elementos constitutivos. O passo seguinte foi apresentar a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo da Rede Cegonha no âmbito de Minas Gerais mostrou que o Estado aderiu ao programa em 2011 e, até agora, 20 hospitais em seis macrorregiões participam do programa e, portanto, são contemplados com recursos do componente parto e nascimento e do componente pré-natal de alto risco.

Além do financiamento federal, os hospitais que aderirem a Rede Cegonha recebem recursos do governo estadual, sendo uma parte fixa e outra variável. Para receber a parte variável, os hospitais da Rede devem apresentar um desempenho atrelado ao comportamento dos seguintes indicadores: (1) Proporção de gestantes com acompanhantes de livre escolha durante a internação para realização do parto, (2) Taxa de cesárea, (3) Atuação do Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbito Fetal, Infantil e Materno, e (4) Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto  $\leq 7$ .

No que diz respeito à proporção de gestantes com acompanhantes a meta é de que os hospitais registrem ao menos 80% das gestantes acompanhadas. No caso da taxa de cesárea, a SES-MG estipulou que para as maternidades do tipo I esta taxa deve ser de, no máximo, 30%. Para as maternidades do tipo II, que prestam alguns serviços destinados à gestantes, puérperas ou recém-nascidos em estado mais grave, esta taxa deve ser de 35% no máximo. Com relação ao Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbito a meta é o envio de 100% de atas previstas conforme o modelo estabelecido pela SES-MG. No caso do quarto

indicador (Apgar de 5° minuto  $\leq 7$ ), a SES-MG estipula que a proporção de recém-nascidos de 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de quinto minuto menor ou igual à sete deve ser de no máximo 1,5%.

No caso da casa de apoio às gestantes, a despeito de ter dado início ao acompanhamento desse indicador, a SES-MG não há repasse de recursos atrelado ao desempenho desses equipamentos.

O Estado possui especificidades, a partir das quais foi orientado o desenho regional, que, no caso, priorizou as macrorregiões Centro, Leste, Jequitinhonha, Nordeste, Norte e Sul, em detrimento das outras, para o início do processo de implementação. Em outubro de 2016, foram publicadas portarias<sup>9</sup> que incluem outras macrorregiões e hospitais para o recebimento de recursos de custeio dos componentes parto e nascimento e pré-natal de alto risco. Entre os critérios para priorização das macrorregiões analisadas, estão a taxa de mortalidade infantil e materna, que são indicadores que apresentam correlação com os indicadores pela SES-MG para o acompanhamento. Conforme observado, o baixo índice do Apgar apresenta relações com a mortalidade neonatal, e as elevadas taxa de cesáreas estão associadas à mortalidade materna. Quanto ao monitoramento do número de gestantes acompanhadas, este indicador coteja as boas práticas na hora do parto, fator que se relaciona indiretamente com a mortalidade materna; assim como o indicador de atuação dos comitês hospitalares de morte fetal, infantil e materna busca reduzir a mortalidade infantil e materna nos hospitais da Rede Cegonha no Estado.

Foi constatado que a priorização das macrorregiões onde a Rede está sendo inicialmente implementada é fundamentada no diagnóstico elaborado no processo de operacionalização e nas singularidades regionais. Contudo, o intervalo de aproximadamente cinco anos para o início da inserção de hospitais de outras macrorregiões vai contra os princípios do modelo das RAS de continuidade do cuidado, promoção e manutenção da saúde, definição de uma população e gestão de uma rede de serviços.

Ademais, observou-se existência de um hiato comunicacional entre a SES-MG e o MS, no que tange a habilitação dos hospitais no programa, uma vez que o MS publicou em 2013 recurso do hospital Aroldo Tourinho, de Montes Claros, erroneamente, visto que ele não possui os leitos contemplados pela Rede. Este hospital foi indevidamente acompanhado pela Secretaria em 2013, e na resolução SES-MG No 4880, de 2015, ainda estava incluído na tabela de transferências de recursos.

---

<sup>9</sup> Portaria no 1.950/GM/MS e a Portaria no 1.951/GM/MS

Com relação especificamente aos indicadores da Rede Cegonha acompanhados pela SES e que constituíram o foco de análise desta monografia, a análise permitiu identificar o sentido da evolução de alguns assim como diferenças entre os hospitais participantes.

No tocante a proporção das gestantes com acompanhamento, foi constatado que na maioria dos hospitais que integram a Rede Cegonha houve aumento nesse indicador, entre 2013 e 2016. Em 2013, o percentual variou de 0,04% a 100%, e 11 hospitais alcançaram a meta (61,11%), enquanto em 2016 o percentual variou de 43,1% a 100%, e 18 hospitais alcançaram a meta (90%). Também o indicador referente à atuação dos Comitês mostrou que houve avanço por parte dos hospitais. Em 2013, o percentual variou de 87,5% a 100%, e 13 dos 18 hospitais cumpriram a meta (72,22%). Já no último ano acompanhado (2016) o percentual variou de 85,71% a 100%, e 17 dos 20 hospitais cumpriram a meta (85%). Esses dados apontam uma melhoria no cumprimento desses indicadores que pode ser creditada a implementação da Rede Cegonha.

Quanto aos indicadores de taxa de cesárea e de Apgar dos recém-nascidos, uma vez que só foram acompanhados dois quadrimestres, não se pode constatar uma evolução. Entretanto, a partir da média dos dois quadrimestres, observou-se, que 45% dos hospitais cumpriram a meta de taxa de cesárea, e 60% dos hospitais alcançaram a meta de 1,5% dos recém-nascidos com 37 semanas de gestação apresentando Apgar de sétimo minuto menor ou igual à sete.

A análise permitiu identificar os hospitais com melhores/piores desempenho. Os hospitais que se destacaram em 2013 e 2016 foram: São Vicente de Paula de Araçuaí, com a maior proporção de gestantes acompanhadas nos dois anos e Municipal de Governador Valadares, que apresentou a melhor média do índice de Apgar, registrou a segunda melhor proporção de gestantes acompanhadas em 2013, e cumpriu a meta do envio de atas nos dois anos. Por outro lado, entre os hospitais que se destacaram mais vezes devido a um desempenho relativamente pior, está o Regional do Sul de Minas de Varginha, que em 2016 apresentou a maior taxa de cesárea e não cumpriu a meta relativa ao envio das atas do Comitê. O pior desempenho desse hospital pode estar relacionado ao fato de estar localizado na macrorregião sul, a última incorporada à Rede Cegonha. A Maternidade Odete Valadares, por sua vez, destacou-se tanto em função de um bom desempenho (segunda menor média de taxa de cesáreas, em 2016) quanto a um desempenho relativamente pior (além de não ter enviado o número de atas previstas, registrou a menor proporção de gestantes acompanhadas, também em 2016).

Com relação à taxa de ocupação das casas de gestante, bebê e puérpera da Rede Cegonha, observou-se que, uma vez que o acompanhamento dessas por parte estadual não

está vinculado ao repasse de recursos, os dados não estão disponíveis como para os demais indicadores. Apenas metade dos dados referentes à taxa ocupação foram devidamente disponibilizados, de forma que fosse possível realizar uma média anual deste indicador.

Por fim, cabe mencionar que a SES-MG não acompanha todos os indicadores estratégicos propostos pelo MS. De fato, não estão sendo acompanhados a proporção de óbitos infantis, fetais e maternos e a proporção de recém-nascidos prematuros, o que representa uma restrição à possibilidade de detectar problemas e promover ajustes. Acrescenta-se que a despeito do acompanhamento dos indicadores ainda não há um plano sistemático de monitoramento.

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Interface dos instrumentos do Sistema de Planejamento e dos instrumentos de Pactuações do SUS**. 2009. Disponível em: < [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/planejamento\\_pactuacao\\_sus.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/planejamento_pactuacao_sus.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2016

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/Comiites\\_Prevencao\\_Mortalidade/ManualComitesMortalidadeMaternaMS2009.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/Comiites_Prevencao_Mortalidade/ManualComitesMortalidadeMaternaMS2009.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2016

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil, fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/Comiites\\_Prevencao\\_Mortalidade/ManualVigObitoInfantilFetalComitesMS2009%20olhar.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/Comiites_Prevencao_Mortalidade/ManualVigObitoInfantilFetalComitesMS2009%20olhar.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2016

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM no 4. 279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM no 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria no 2.351**, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria no 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde , a Rede Cegonha.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria no 650**, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, Brasília, 2011. Seção 1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Rede Cegonha**: contribuir para a Atenção Integral da Saúde da Mulher e Criança. Brasília: 2011. 85 slides: coloridos.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para**

**implementação da Rede Cegonha.** Brasília: 2011

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha**, de 12 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria no 904**, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **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 implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

CARNEIRO, R. G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública:** Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CASSIANO, A. C. M. et al. **Saúde materno-infantil no Brasil:** evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun. 2014.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico:** roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: 2010.

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

DELZIOVO, Carmem. **Colegiado de Gestão Regional Desafios e Perspectivas:** Relato de Experiência, Florianópolis: Saúde Transform.Soc. vol. 3 no.1, jan. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852012000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100016)>. Acesso em 17 nov.2006

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. 2013. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Esco- la Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: < <http://goo.gl/XyExL0>> Acesso em abril 2016

DINIZ et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

EPIDEMIA de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia?. **BBC**, Brasil, 19 jul. 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719\\_cesarianas\\_mundo\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb)>. Acesso em 17 nov. 2016

FIGUEIREDO, Carmen. **Estudo da relação entre o índice Apgar do primeiro minuto de vida com valores bioquímicos de sangue do cordão umbilical**, Curitiba. Dissertação: Universidade Federal do Paraná, 1992. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/34001/D%20-%20CARMEM%20SILVA%20MARTIMBIANCO%20DE%20FIGUEIREDO.pdf?sequence=1>>. Acesso em 17 nov. 2016

FRUTUOSO, Letícia; BUGGEMANN Odaléa. **Conhecimento sobre a lei 11.108 /2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico**, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Avaliação do Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP) 2008**

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria. **Atenção Primária à Saúde**. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493 – 545.

KILSZTAJN, Samuel *et al.* **Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil** - Cad. Saúde Pública vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800015)>. Acesso em 17 nov. 2016

KISHIMA, Vanessa; SANATTA, Carolina; JÚNIOR Álvaro. **O Colegiado de Gestão Regional como estratégia para aprimorar as relações intergovernamentais e fortalecer o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EnAPAD, 2012. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012\\_APB1596.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_APB1596.pdf)>. Acesso em: 17 nov.2016.

LOBATO, Lenaura; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas**. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. P 89-119.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plano diretor de regionalização**: PDR Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Alinhamento da Rede Cegonha nas Redes Assistenciais** (Papel SES), de 21 de jan. de 2012

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução SES/MG no 3.526**, de 27 abril nov. 2012. Aprova as normas gerais para repasse do recurso estadual e federal da Rede Viva Vida/Rede Cegonha aos municípios na Regiões Ampliadas de Saúde contempladas pela Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais,

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. , **Resolução SES/MG no 4.031.**, 19 nov. 2016. Dispõe sobre a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil, na Forma de Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências, no âmbito de Minas Gerais.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução SES/MG no 5.232**, 13 abr. 2016 Define novos indicadores e metas da Rede Cegonha, no âmbito de Minas Gerais.

MINISTÈRIO lança protocolo com diretrizes para parto cesariana. **Porta da Saúde**, 4 abr. 2016. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 11 nov. 2016

MONTEIRO, Laura; CAMPOS, Maria; MALACHIAS, IVÊTA. O Decreto No 7508/11 e a consolidação do modelo de gestão SUS-MG. **Consad 2012**

MORTALIDADE materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU. **BBC**, Brasil, 8 mar. 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306\\_mortalidade\\_materna\\_jc\\_ru](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_mortalidade_materna_jc_ru)>. Acesso em 17 nov. 2016

OLIVEIRA, Tatiana *et al.* **Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo** – São Paulo: Einstein, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt\\_v10n1a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf)>. Acesso em 17 de nov. 2016

OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013. **Portal Brasil**, 5 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>>. Acesso em 17 nov. 2016

ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. **Portal Brasil**, 9 set. 2015. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em 17 nov. 2016

PALMA, L. S. **Análise do comportamento dos indicadores de qualidade da rede de resposta hospitalar das Macrorregiões Norte e Centro Sul de Minas Gerais**. Monografia apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, 2013

UFMA/UNA-SUS. **Redes de Atenção** à Saúde: a rede cegonha. 2015

UNASUS. Ministério da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, de 10 de abr. De 2015. Disponível em: < <http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>> . Acesso em: 17 nov. 2016

VICTORA et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. Lancet [periódico na internet]. 2011 maio 9, 32-46. (Séries Saúde no Brasil 2) Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2016