

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública

MIRIAM DI GIOVANNI



REDE CEGONHA: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO.

Brasília- DF

2013

MIRIAM DI GIOVANNI

REDE CEGONHA: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Dr. Trajano Augustus Quinhões

Brasília- DF

2013

MIRIAM DI GIOVANNI

REDE CEGONHA: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública.

Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires
EXAMINADOR

Prof. Dr. Trajano Augustus Quinhões
ORIENTADOR

Brasília, _____ de _____ de 2013.

Dedico a todos que se empenham em reduzir a mortalidade materna e infantil, acreditam no Sistema Único de Saúde e aos usuários do SUS, em especial as mulheres e crianças.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu chefe e Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS/MS Dário Frederico Pasche, a Maria Esther de Albuquerque Vilela, Coordenadora Geral de Saúde das Mulheres/DAPES/SAS/MS e ao Paulo Vicente Bonilha Almeida, Coordenador Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno/DAPES/SAS/MS, que me inspiram pelo exemplo que são de dedicação e determinação na defesa dos direitos humanos, do SUS e em especial das políticas de saúde das mulheres e crianças.

"É sempre fundamental estar trabalhando com utopias; entretanto, numa determinada conjunção de forças políticas, essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade."

(Sérgio Arouca)

RESUMO

Este projeto de pesquisa realizou uma análise da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, desde a sua concepção até a sua implantação no território. Analisou os conceitos, as diretrizes, os objetivos e as interações dos seus elementos constitutivos, em relação às orientações sobre Redes de Atenção à Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Analisou, também, o processo de operacionalização e de implementação da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foram utilizadas referências bibliográficas nacionais e internacionais que abordam os conceitos de redes, políticas públicas e redes de atenção à saúde e, ainda, levantamento documental como atos normativos e produções técnicas do Ministério da Saúde sobre as Redes de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha. Inicialmente foi abordado um estudo conceitual sobre redes e políticas públicas, em seguida foi feito um detalhamento da Rede Cegonha e dos seus elementos constitutivos: a população adscrita, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. Na sequência, foram realizadas análises do referencial teórico da OMS e da OPAS e a sua aplicação na Rede Cegonha, assim como o processo de implantação dessa Rede no decorrer de dois anos de existência. Por fim, foram analisados os pontos fortes, os frágeis, as oportunidades e as ameaças desta rede.

Palavras-chave: Rede Cegonha, Redes de Atenção à Saúde, estrutura operacional, elementos constitutivos e modelo de atenção à saúde.

ABSTRACT

This research project conducted an analysis of Stork Network, Ministry of Health, from its conception to its implementation in the territory. Analyzed the concepts, guidelines, objectives and interactions of its constituent elements, in relation to guidance on Networks for Health Care, the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO). Analyzed also the process of operationalization and implementation of Stork Network within the National Health System were utilized references that address national and international networks concepts, public policy and health care networks, and also documentary survey as normative acts and technical productions of the Ministry of Health on the Health Care Networks and Network Stork. Initially it was dealt a conceptual study about networks and public policy, then was made a detail of Stork Network and its constituent elements: the enrolled population, the structure and operational models of health care. In sequence were analyzes the theoretical framework of WHO and PAHO and its application in Stork Network, as well as the implementation process of this network during two years of existence. Finally, we analyzed the strengths, weaknesses, opportunities and threats of this network.

Keywords: Stork Network, Networks of Health Care, operational structure, constituent elements and model of health care.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS:

FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo dos marcos da atenção a saúde em relação as RAS e a RC.....	24
Figura 2 - Características das RAS segundo o MS	28
Figura 3 - Representação da Estrutura Operacional da RAS.....	34
Figura 4 - Matriz da estrutura operacional	35
Figura 5 - Pontos de atenção da RC no território.....	39
Figura 6 - Modelo institucional do SUS de governança	47
Figura 7 - Fluxo de análise do Plano de Ação	53
Figura 8 - Desenho da governança dos Comitês e Grupos das RAS prioritárias.....	62
Figura 9 - Papel da APS no Modelo de Atenção às condições crônicas	66
Figura 10 - Papel da APS como pontos de atenção no Modelo de Atenção às condições agudas.....	68
Figura 11 - Linha de cuidado da gestante e recém-nascido.....	72
Figura 12- Modelo de análise SWOT	79

QUADROS

Quadro 1 - Comparação dos atributo das Redes de Atenção à Saúde OPAS e MS.....	29
Quadro 2 - Ação orçamentária e valores LOA de 2010 a 2013 da Rede Cegonha	75

TABELAS

Tabela 1 - Indicadores importantes da Rede Cegonha	26
Tabela 2 - Obras da RC aprovadas e empenhadas em 2011 e 2012	58

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da proporção de cesárea no Brasil e regiões 2000 – 2011.....	70
Gráfico 2 - N° de óbitos infantil notificado de 2003 a 2012.....	76
Gráfico 3 - Taxa de mortalidade segundo seus componentes. Brasil, 1990 a 2011	77
Gráfico 4 - N° de óbitos infantil notificado, segundo grupo etário e ano.....	77
Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna - RMM (por 100mil nv), 1990 a 2011, e projeções para atingir a meta ODM	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CGBP - Casa de Gestante, bebê e puérpera-
CGSES/DF - Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIR - Comissão/Colegiado Intergestor Regional
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPN - Centro de Parto Normal
CR - Central Reguladora
DST/HIV/AIDS - Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
e-CAR – Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
ENAP - Escola Nacional de Administração Pública
GM - Gabinete Ministro
IDSUS - Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS - Ministério da Saúde
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAR - Plano de Ação Regional
PMAQ-AB -Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PT - Portaria
RAC - Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC - Rede Cegonha

RMM - Razão de Mortalidade Materna

RPCD - Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAMU - Sistema de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade

SISPART - Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas

SISPRENATAL web - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTI Neo- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	12
1.	Problema de pesquisa e objeto de estudo	13
2.	Objetivos da pesquisa.....	14
II.	METODOLOGIA	15
III.	REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.	Redes, Redes de Políticas Públicas e Sociais.....	17
2.	Rede Cegonha	19
2.1.	Contextualização	19
2.2.	Objetivos das RAS e RC	27
2.3.	Conceitos e características das RAS e RC	27
2.4.	Fundamentos para organização	31
2.5.	Elementos Constitutivos	32
IV.	ANÁLISE	74
V.	CONCLUSÕES	91
VI.	REFERÊNCIAS:	94

I. INTRODUÇÃO

A estratégia de redes na perspectiva da gestão e das políticas públicas tem sido cada vez mais utilizada nos planejamentos estratégicos. Encontramos ampla classificação teórica e concepção de diferentes perspectivas sobre este arranjo institucional.

Segundo Fleury, a existência de redes é um fenômeno cada vez mais frequentemente observado, envolvendo diferentes atores e organizações vinculadas entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada.

A Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde em estudos realizados, em 2009, identificaram que os sistemas de saúde das Américas se caracterizavam por altos níveis de segmentação e fragmentação, com baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde. (OPAS, CD49/16, 2009).

Objetivando a superação desta fragmentação dos sistemas de saúde, a OPAS/OMS propõe um modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção à Saúde - RASs, entendendo que elas possibilitam um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho Inter setorial.

Ao final de 2010, respondendo a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde praticada pelo SUS, o Ministério da Saúde institui a lógica de Redes de Atenção à Saúde como estratégia prioritária, através da Portaria 4.279 de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde- RAS, no âmbito do SUS.

Com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia “clínica e sanitária; e eficiência econômica” (Ministério da Saúde, 2010, Portaria 4.279).

A partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações o MS estruturou redes de Atenção à Saúde Temática, sendo estas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e

outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

A partir de 2011, o MS concentrou seus esforços na implantação destas Redes Temáticas de Atenção à saúde por entender que representam um avanço na organização do SUS.

A Rede Cegonha, foco de análise deste trabalho, lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é um estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

Esta estratégia, “instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.” (Ministério da Saúde).

1. Problema de pesquisa e objeto de estudo

O Problema que irá servir de fio condutor para esta monografia é o estudo e análise da Rede Cegonha (RC) do Ministério da Saúde/SUS, desde sua concepção até a implementação nos territórios.

Este projeto de pesquisa se propõe a realizar análise dos marcos teóricos, conceitos, diretrizes, objetivos e interação dos elementos constitutivos, a luz das orientações da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde e ainda como está sucedendo o processo de implantação da RC no decorrer dos dois anos de existência.

Tem como base os referenciais teóricos nacionais e internacionais sobre as redes de políticas públicas e de atenção à saúde, assim como, os atos normativos e produções técnicas do Ministério da Saúde sobre a Rede de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha.

O presente trabalho esta organizado em três partes. Na primeira parte será abordado o referencial teórico com um breve estudo conceitual sobre redes e redes de política públicas. Seguido do detalhamento de Redes de Atenção à Saúde – RAS e da Rede Cegonha, onde são

abordados os elementos constitutivos: a população adscrita, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

Na segunda parte, a partir dos referenciais teóricos e dados quantitativos e qualitativos levantados, será realizada análise da aplicabilidade do referencial teórico da OMS e OPAS na RC do SUS, como está sucedendo o processo de implantação no decorrer dos dois anos de existência e identificação dos pontos forte e frágeis e as oportunidades e ameaças apresentados nesta Rede. Finalizando, na terceira parte encontra-se as conclusões sobre a análise realizada.

2. Objetivos da pesquisa

2.1. Objetivo geral:

Estudo e análise da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, desde sua concepção até a implantação no território.

2.2. Objetivos específicos:

- a. Estudo dos marcos teóricos, conceitos e orientações sobre Rede de Atenção à Saúde, da OMS e OPAS,
- b. Estudo da base conceitual, teórica e normativa da Rede Cegonha;
- c. Análise dos elementos constitutivos da RC: a população adscrita, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- d. Verificação se a Rede Cegonha está compatível com as orientações da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde; e
- e. Análise da operacionalização e implementação da RC, com identificação dos pontos forte e frágeis e as oportunidades e ameaças apresentados.

II. METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho é de pesquisa aplicada com fim exploratório, sob a forma de abordagem qualitativa, considerando a relação dinâmica entre as teorias propostas e a realidade na implementação da Rede Cegonha, focando na interpretação dos fenômenos e na estratégia em foco de análise.

Segundo GIL (2002, p 41) pesquisas exploratórias tem por objetivo possibilitar mais familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Permitindo planejamento bastante flexível e possibilitando a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Para o estudo da pesquisa, utiliza-se: (a) processamento e análise de dados de leitura documental (publicações técnicas da OMS/OPAS e MS; atos normativos que instituíram as RAS, RC, regulamentação de serviços, financiamento e outros), (b) levantamento bibliográfico, e (c) utilização de dados secundários, do Ministério da Saúde, sobre os indicadores e metas (PPA – Plano Pluri Anual, PNS - Plano Nacional de Saúde, PE – Planejamento Estratégico, OM - Objetivos do Milênio e Rede Cegonha), através dos instrumentos de monitoramento e avaliação do MS (e-CAR - Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados, SISPART - Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas, SISPRENATAL web - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança, SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade e outros), dados e pesquisas da Sala de Apoio à Gestão Estratégica- SAGE/MS, SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Ouvidoria do SUS.

Esta pesquisa se vale de estudo bibliográfico e documental, sobre Redes, Redes de Políticas Públicas, Social, de Atenção à Saúde e da Rede Cegonha, assim como informações dos sistemas e dos profissionais do MS; seguida de análise da rede em foco, com levantamento de dados qualitativos e quantitativos para identificação de problemas e formulação de hipóteses com base nas análises.

A análise qualitativa do processo de operacionalização da RC baseia-se na matriz SWOT, tendo como foco as características e elementos constitutivos da rede. Efetua-se uma síntese das análises dos cenários internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) da RC, sendo considerado como interno o Ministério da Saúde (variáveis que partem de dentro para fora) e como externo os aspectos/campos internacionais, o Governo Estadual e Municipal e sociedade civil e organizada (variáveis que afetam de fora para dentro).

Segundo Capuano, as forças são os recursos considerados importantes que podem ser empregados para o alcance de objetivos e metas, os pontos fracos/fraquezas correspondem aos pontos vulneráveis que podem limitar ou reduzir a capacidade de implementação das políticas; as oportunidades são forças externas, que não estão sob a governabilidade do MS, mas que podem ser aproveitadas para favorecer o desenvolvimento das políticas, planos e estratégias e por fim, as ameaças, que também são forças externas, criam obstáculos ao desenvolvimento, mas que podem ser evitadas se conhecidas a tempo e tomadas às medidas adequadas.

Por conseguinte, a busca de conhecimentos ou instrumentos visando à produção de soluções para os problemas, ou de novas ideias ou novos dados empíricos.

O material de estudo bibliográfico e documental tem como fonte as bibliotecas da ENAP e do Ministério da Saúde, sites oficiais do Ministério da Saúde -MS, Biblioteca Virtual de Saúde- BVS, Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS e instrumentos de pesquisas da internet.

III. REFERENCIAL TEÓRICO

1. Redes, Redes de Políticas Públicas e Sociais.

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

Este fenômeno apresenta-se igualmente em diferentes campos gerenciais, manifestando-se na existência de redes empresariais, redes de políticas, redes de movimentos sociais, redes de apoio sócio psicológico, etc.(FLEURY, 2002, 2007).

A autora aponta que o conceito de redes tem sido desenvolvido em vários campos diferentes, na psicologia social é entendida como o “universo relacional de um indivíduo, ou seja, o conjunto de relações e estruturas de apoio sócio afetivo de cada um”, na sociologia segundo Scherer-Warren (1993; apud FLEURY, 2002, p.15) como “redes de movimentos sociais que integram atores diversos, articulando o local e o global, o particular e o universal”, também como, de acordo com Luhmann (1987, apud FLEURY, 2002, p. 15), “novas formas de coordenação intermediárias decorrentes do processo de diferenciação funcional dos subsistemas” e ainda conforme Castells (1996, apud FLEURY, 2002, p. 15) como “novas formas de organização social, do Estado ou sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”.

Relata ainda os conceitos da administração de empresas e na gestão intergovernamental. Na primeira, segundo Albrechet (1994, apud FLEURY, 2002. p.15), “a rede é vista como a combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseado em trabalho-capital-gerenciamento”. Por fim, na segunda, de acordo com Marando e Florestano (1990, apud FLEURY, 2002, p.15) é “vista como um tópico emergente de junção das disciplinas de política e administração”, para Mandell (1990, apud FLEURY, 2002, p.16) como “um modelo estratégico de gestão de políticas” ou ainda para Rhodes (1986, apud FLEURY, 2002, p.16) como “um novo modelo de governança que envolve os níveis local e global”.

Segundo Fleury, embora existam diferentes entendimentos sobre rede, todos convergem para a ideia de ser um “conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza

não-hierárquica e independente”, que envolvem variedade de atores com interesses comuns, com existência de intercâmbio de recursos e de cooperação a fim de alcançarem metas comuns.

Conforme Fleury e Ouverney (2007), a emergência das redes como novo paradigma de gestão pública é uma resposta às transformações da estrutura do Estado e de suas relações com a sociedade, é a “ruptura da concepção tradicional do estado, como núcleo praticamente exclusivo de representação, planejamento e condução da ação pública”.

Mendes aponta que a partir da década de 90, as redes foram crescentemente adotadas como propostas de suporte às políticas públicas, a fim de

superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público.(MENDES, 2011)

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

As redes “tendem a alterar os nexos verticais entre estado e sociedade, baseados na regulação e subordinação, em direção às relações mais horizontais e que privilegiam a diversidade e o diálogo”. (FLEURY, 2002).

Fleury relata que “as redes de políticas estão cada dia mais presentes no campo das políticas sociais, como consequência da complexidade dos problemas enfrentados, da variedade de atores envolvidos”, da incapacidade dos atores, governamentais ou não governamentais, de deter os recursos necessários para atender as crescentes demandas sociais e de controlar o processo de formação e implementação e políticas públicas.

Os processos de descentralização e de democratização que marcaram as sociedades latino-americanas nas últimas décadas, foram decisórios para a proliferação de redes de políticas sociais.

As redes de políticas sociais são uma tentativa de criar novas formas de coordenação capazes de atender às necessidades e características do contexto atual em que o poder se apresenta como plural e diversificado. Constitui-se, pois, num instrumento fundamental para a gerência das políticas sociais em contextos democráticos, permitindo a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social. Nesse sentido, as redes transcendem o papel de um mero instrumento gerencial, na medida em que permitem gerar relações baseadas na confiança (capital social) e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas (esfera pública democrática). (FLEURY, 2007, p. 35)

2. Rede Cegonha

2.1. Contextualização

Nesta seção serão contextualizados as características e os processos históricos de mudanças na atenção à saúde da América Latina e especialmente do Brasil, culminando com a instituição das Redes de Atenção à Saúde no SUS e entre elas a Rede Cegonha. Embasada nas perspectivas da Organização das Nações Unidas - ONU, Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, do Ministério da Saúde – MS e especialistas no tema. Apresentado, de forma complementar, o panorama em 2010 dos dados quantitativos de alguns dos principais indicadores da Rede Cegonha.

Segundo Mendes, a proposta de Redes de Atenção à Saúde - RASs é quase centenária, sendo citada pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido, que é um documento fundante do Serviço Nacional de Saúde.

A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos. As primeiras experiências de sistemas integrados de saúde, visando à superação dos sistemas de saúde fragmentados, surgiram nos Estados Unidos, seguidos pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá, até chegar, num segundo momento em alguns países em desenvolvimento.

Mendes relata que no Brasil, o tema RAS tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente. Observamos a partir de 2000, uma sucessão de experiências bem sucedidas de reengenharia do sistema de atenção à saúde, em diversos estados e municípios.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, a preocupação com o tema saúde também aparece de forma contundente na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, em setembro de 2000, quando foi sancionado por 189 países, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Na ocasião, a Organização das Nações Unidas (ONU) delineou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a serem alcançados, até 2015. A saúde foi destacada em três Objetivos: ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância (meta Brasil: reduzir de 27,4 para 17,9 óbitos por mil Nascidos Vivos NV), ODM 5 – Melhorar a saúde materna (meta Brasil: Reduzir a Razão de Mortalidade Materna RMM de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV) e ODM 6 – Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

Em 2004, o 45.o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde convida os países membros a elaborar e executar planos de

ação para o cumprimento dos ODM, priorizando os objetivos em todos os níveis de governança, através de amplo diálogo com as associações, alianças, setores governamentais e participação social, e tendo como eixo central os indivíduos. Desenvolve também uma série de reuniões e acordos com o objetivo de melhorar a saúde no mundo e América Latina.

Em 2004, o governo brasileiro com o objetivo de monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher e facilitar o alcance das metas dos Objetivos do Milênio de Redução da Mortalidade Infantil (ODM 4) e Melhoria da Saúde Materna (ODM 5), lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com a meta de redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal. Entre seus princípios destacam-se:

o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Outro marco da gestão e do investimento na melhora da qualidade de saúde no SUS foi a instituição do Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Este pacto foi resultado de um “processo de negociação entre os gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultavam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Tendo por objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população, garantir acesso a todos, promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, com a regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde. Pactuado pelas três esferas de gestão (União, estados e municípios), era composto por três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Destacando entre os indicadores a Redução da mortalidade materna e infantil. Aproximadamente 72% dos municípios brasileiros¹ aderiram ao pacto.

Este pacto buscou efetivar a regionalização, promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, explicitar uma maior responsabilização dos entes federados, através de pactuações com responsabilidades sanitárias claras (Termo de Compromisso de Gestão – TCG), em torno de ações capazes de produzir impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, expressas em indicadores e metas. Avançou no processo de descentralização dos

¹ Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica- SAGE, Ministério da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>)

recursos para que os estados e municípios tivessem maior autonomia, e ainda, evocou maior participação e controle social e propôs mecanismo de monitoramento e avaliação.

O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080 da Saúde, institui entre outras diretrizes, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que substituiu o Pacto pela Saúde e apresenta um conjunto de elementos importantes e estratégicos para organização do SUS.

O Conselho Diretivo da OPAS/OMS, em 2009 escreve um documento base, apontando que apesar de todos os esforços realizados, os sistemas de saúde das Américas se caracterizavam por altos níveis de segmentação e fragmentação, com baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde. (OPAS, CD49/16, 2009).

Segundo a OPAS/OMS, alguns dos aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde são que:

- Organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros.
- São incapazes de prestar uma atenção contínua à população.
- Não contemplam uma população adscrita de responsabilização.
- A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde.
- Os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam desvinculados da Atenção Primária em Saúde - APS.
- A atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença. (OPAS/OMS, 2011, p.16)

No Brasil, em 2010, o Ministério da Saúde também identifica que o modelo de atenção à saúde vigente se caracteriza por fragmentação em seus serviços, programas, ações e práticas clínicas, evidenciados por:

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
- (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e
- (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PT 4.279, 2010)

Além destas características, o Brasil possui como agravante, a especificidade de ter uma situação de saúde de transição demográfica acelerada, com incoerência entre a situação epidemiológica (tripla carga de doenças, com predominância das condições crônicas - 75% da carga de doença), e o modelo de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas.

Destaca-se ainda a fragmentação, na atenção á saúde da mulher, composta predominantemente por serviços isolados, com precária organização para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, práticas de atenção e com gestão da saúde conservadoras, pouco participativas, marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas. Contando ainda, com subfinanciamento, mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações, baixo monitoramento e não vinculação das gestantes à maternidade de ocorrência do parto, que em geral peregrinam pelos serviços.

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde tem sido buscada em vários países do mundo. Com este fim em 2009, a OPAS/OMS propõe um modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção a Saúde - RASs, entendendo que elas possibilitam um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho Inter setorial.

Em setembro de 2010, o Secretário Geral das Nações Unidas, lançou a Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher e da Criança, com foco na redução da mortalidade materna e infantil. Esta estratégia foi pactuada pelo Brasil em maio de 2011, juntamente diversos países.

No Brasil, o Ministério da Saúde, visando à superação da “fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”, estabelece através da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A portaria 4.279 foi fundamentada “no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010). Fruto de um amplo

trabalho, que envolveu discussões internas de diversas áreas técnicas e coordenações do Ministério da Saúde, e também com participação de consultores e do Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde.

Fundamentada também por vasta referência bibliográfica, estudos de diversos especialistas no tema, pesquisas, projetos, experiências exitosas, notas técnicas, publicações nacionais e internacionais, com destaque a OMS, OPAS e outros.

A fim de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas. Em 2011 em pactuação na tripartite prioriza as seguintes RAS Temáticas:

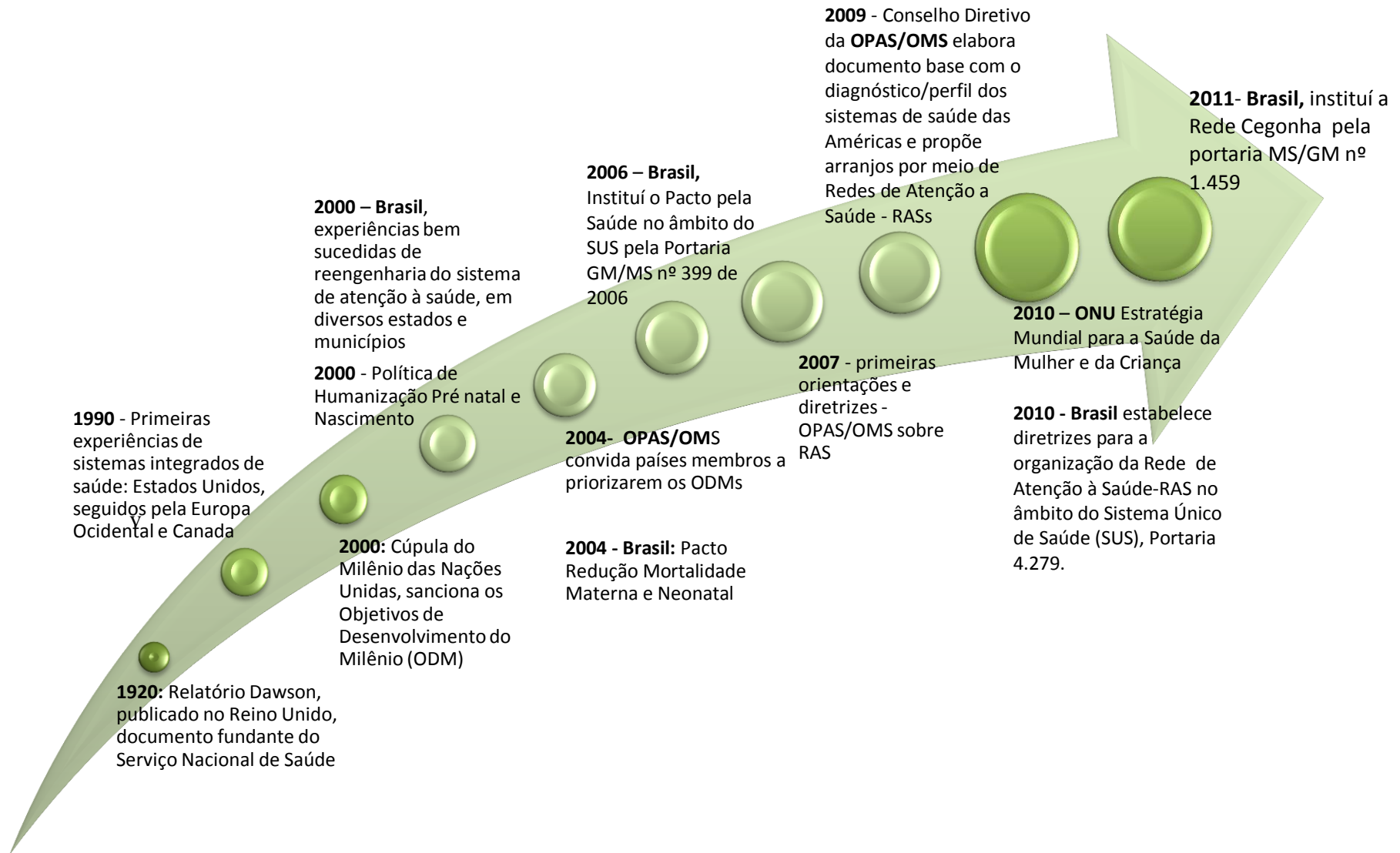
- Rede Cegonha: que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora;
- Rede de Atenção Psicossocial: com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas;
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

A Rede Cegonha lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é um estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.(MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Segue uma linha do tempo, com os principais marcos de mudanças da atenção à saúde, visando à integração e qualificação dos serviços e ações de saúde:

Figura 1- Linha do tempo dos marcos da atenção a saúde em relação as RAS e a RC



Para concluir a contextualização, vale destacar alguns dados quantitativos de 2010 sobre partos e mortalidade materno infantil no Brasil, que são os “pontos de partida” da Rede Cegonha.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), em 2010, 98% da mortalidade materna anual em todo o mundo se concentrava em 75 países, sendo o Brasil um deles.

De 1990 a 2010, a Mortalidade Materna no Brasil caiu pela metade – de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Sendo que em 2010 o número de Óbito materno foi de 1.719.

No mesmo ano, segundo estimativas do Grupo Interagência das Nações Unidas, o país com maior MM foi Chad (África Central) com 1.100/100 mil NV e menor Estônia com 2/100 mil NV. A fim de ilustração destacamos também Nigéria com 590, Índia 200, Paraguai 99, Cuba 73, Uruguai 29, EUA 21, Canadá 12, França 8, Espanha 6 e Itália 4².

Em relação aos óbitos infantis, em 2010, tínhamos 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva. Desagregando os dados: as taxas de Mortalidade³ Neonatal de 9,68 e Pós-neonatal de 4,25. Os números de óbitos infantis notificados foram de 39.870.

No mesmo ano, segundo estimativas do Grupo Interagência das Nações Unidas, o país com maior nº de óbito infantil foi Serra Leoa com 193 e menores Finlândia, Islândia, Japão, Luxemburgo, Noruega, Singapura, Eslovênia e Suécia com 3. A fim de ilustração destacamos também Nigéria com 132, Índia 61, Paraguai 24, Uruguai 24, EUA 7, Canadá e Cuba 6, Espanha 5, França e Itália 4⁴.

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

² fonte:WHO- Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>

³ Número de óbitos em menores de 1 ano de idade por 1000 nascidos vivos

⁴ Fonte:WHO- Global Health Observatory Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.180?lang=en>

Tabela 1 - Indicadores importantes da Rede Cegonha

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

Fonte: Ministério da Saúde, IDB- Indicadores e Dados Básicos 2011- Brasil.⁵

A RC parte do princípio que as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças.

⁵<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>

2.2. Objetivos das RAS e RC

Os objetivos da RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias do SUS, os resultados sanitários do sistema de saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde - MS, pautado nas proposta da OPAS/OMS, o objetivo da RAS é “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 4.729/2010).

Alinhada a estes objetivos a Rede Cegonha visa:

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. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 3º, 2011)

2.3. Conceitos e características das RAS e RC

Considerando as definições da OPAS/OMS, do Ministério da Saúde e dos autores de referência, encontramos conceitos e características das RASs que se coadunam e se complementam.

A Organização Mundial de Saúde conceitua Redes de Atenção a Saúde como:

[...] a organização e o gerenciamento dos serviços de saúde de forma a ofertar às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado (OMS, 2008). (apud. CONASS, 2010, p.23)

A RAS é definida pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, como:

“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”. (OPAS, 2011. P.15)

O Ministério da Saúde, define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MS, 2010, PT nº 4.279). E

devem ser voltadas para as necessidades, de cada espaço regional singular, se organizar por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos e serem construídas mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos.

Figura 2 - Características das RAS segundo o MS



Fonte: Ministério da Saúde

E ainda, Mendes traz a seguinte definição:

[...] 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 permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p.82)

Podemos observar que todos os conceitos convergem e afirmam a necessidade de arranjos organizativos dos serviços de saúde, que possibilitem a superação da fragmentação do sistema de saúde e ofereçam ações e serviços de saúde de qualidade, de forma acessível, equitativa, integral, continuada, em tempo adequado e de forma otimizada.

A OPAS/OMS no documento “*Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.*” de 2008, traz a descrição dos atributos essenciais para o funcionamento adequado das RASs. O MS revisitou estes e os tomou como base para estruturação de suas redes, com algumas

adequações para a nossa realidade, como pode ser observado no quadro a seguir, onde as alterações estão sublinhadas:

Quadro 1 - Comparação dos atributos das Redes de Atenção à Saúde OPAS e MS

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	
OPAS/OMS - 2008	MINISTÉRIO DA SAÚDE PT n° 4.279, 2010
População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências <u>nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.</u>	População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências <u>que determinam a oferta de serviços de saúde;</u>
Uma extensa <u>rede</u> de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.	Extensa <u>gama</u> de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão <u>de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;</u>
<u>Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.</u>	<u>Atenção Primária em Saúde- APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;</u>
Prestação de serviços especializados <u>nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra hospitalares.</u>	Prestação de serviços especializados <u>em lugar adequado;</u>
Existência de mecanismos de coordenação <u>assistencial</u> ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.	Existência de mecanismos de coordenação, <u>continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;</u>
Atenção à saúde centrada <u>na pessoa</u> , na família e na comunidade, <u>levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população</u>	Atenção à saúde centrada <u>no indivíduo</u> , na família e na comunidade, <u>tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;</u>
Um sistema de governança único para toda rede.	Sistema de governança único para toda a rede <u>com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;</u>
Participação social ampla.	Participação social ampla;
Gestão integrada dos sistemas de apoio <u>clínico, administrativo e logístico.</u>	Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, <u>com incentivos pelo alcance de metas da rede;</u>
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e <u>valorizados pela rede</u>	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e <u>com incentivos pelo alcance de metas da rede</u>

Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a <u>decomposição dos dados</u> por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes .	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com <u>identificação de dados</u> por sexo, idade, lugar de residência, <u>origem étnica</u> e outras variáveis pertinentes;
<u>Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede</u>	<u>Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;</u>
Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.	Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
Gestão baseada em resultados	Gestão baseada em resultados.

Observamos que as mudanças são textuais, onde foram inseridos termos mais compatíveis ao SUS, contemplando a gestão interfederativa, com a inclusão de maior detalhamento na governança das RAS, com inserção do conceito de regiões de saúde, articulação de políticas institucionais, monitoramento e avaliação e inclusão da especificidade de financiamento tripartite.

Olhando a especificidade conceitual da Rede Cegonha, temos uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 1º, 2011).

Esta rede tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 2º, 2011)

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). E tem como 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 zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 4º, 2011)

2.4.Fundamentos para organização

Segundo o Ministério da Saúde, a lógica fundamental da organização racional e resolutive das redes de atenção à saúde, segue os seguintes fundamentos:

- Economia de Escala: organização dos processos e redes, de forma que se alcance a melhor utilização dos pontos de atenção à de saúde, equipamentos, insumos e equipes, procurando redução dos custos e oferta de atenção à saúde de qualidade, humanizada e em tempo oportuno.
- Qualidade: conceito de graus de excelência do cuidado nas dimensões: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade,
- Suficiência: ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população,
- Acesso: ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado,
- Disponibilidade de Recursos: organização lógica e otimizada dos recursos humanos, físicos, equipamentos, etc. Recursos escassos devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.
- Integração Vertical: articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada,
- Integração Horizontal: articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade,
- Processos de Substituição: reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas,
- Região de Saúde ou Abrangência: definição dos limites geográficos e população e estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde e
- Níveis de Atenção: arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares.

2.5. Elementos Constitutivos

Nesta seção serão apresentados os elementos constitutivos de uma RAS, descrito como se estruturam, como são definidos nos processo de implantação das RAS e como eles estão presentes especificamente na RC.

“A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010)

Sendo assim será dividido em três subseções: população/região de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

2.5.1. População/região de saúde

“O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e cadastrada na atenção primária à saúde”. (Mendes, 2011)

O MS considera que a população sob a responsabilidade da RAS, é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI). A região de saúde deve ser bem definida “baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Em relação à população/região de saúde definidas, a RAS deve ter a capacidade de estabelecer as necessidades de saúde conforme estratificação dos riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura, valores e de suas preferências.

Para tanto, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informações. As famílias devem ser cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio sanitários.

A população de referência da RC são mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, cerca de 61 milhões de brasileiras, e criança até dois anos de idade. O que representa uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e de crianças assistidas.

Inicialmente a RC se propunha a cobrir a população das regiões da Amazônia Legal e Nordeste, porém a proposta foi revista e universalizada, oferecendo cobertura para todo o território nacional. Ao mesmo tempo em que significa um avanço no acesso às ações da RC, amplia as variantes iniciais, tornando os processos de planejamento, implantação, financiamento, monitoramento e avaliação mais complexo. A fim de ilustração da amplitude da cobertura da RC, em setembro de 2013, 100% dos estados já estavam aderidos a Rede e 5.550 municípios com adesão ao componente atenção básica.

2.5.2. Estrutura operacional

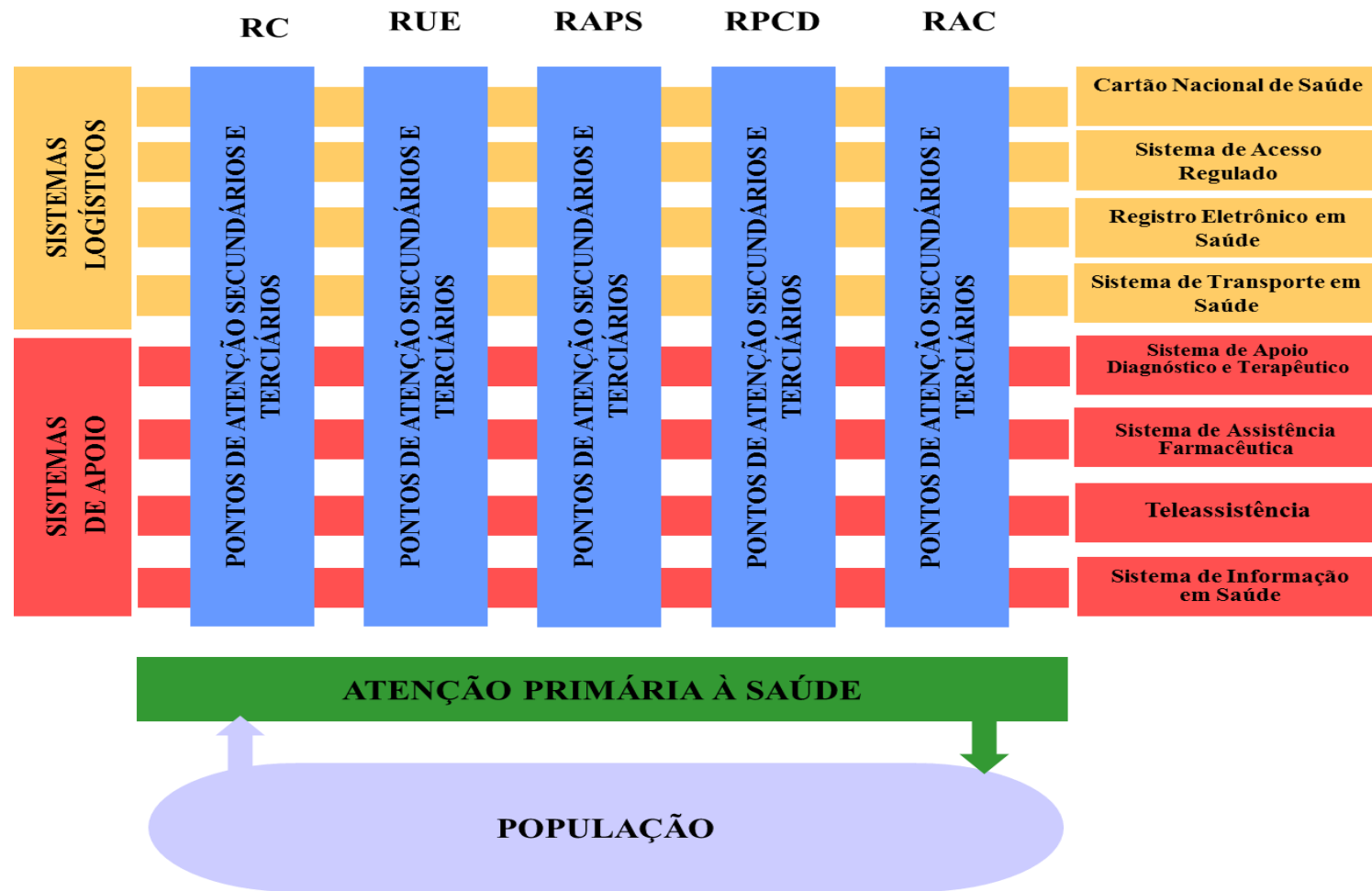
Esta subseção trará o detalhamento da estrutura operacional, constituída pelos nós das redes, que são os diferentes pontos de atenção à saúde, e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Esta estrutura é composta por cinco componentes, que serão apresentados um a um:

1. Centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde (APS).
2. Pontos de atenção secundários e terciários: atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária.
3. Sistemas de apoio: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de informação e sistemas de teleassistência/telesaúde.
4. Sistemas logísticos: registro eletrônico em saúde, cartão nacional de saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde.
5. Sistema de governança: desenho institucional da RAS, sistema gerencial, sistema de financiamento e controle social.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS, que é o centro de comunicação, coordenando os fluxos e os contra fluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. A APS articula com os pontos de atenção secundários e terciários, com o sistema de apoio, formando os “nós” da redes. O sistema logístico comunica os diferentes nós e temos ainda o quinto componente, o sistema de governança, que governa as relações entre os quatro primeiros, conforme representado na figura a seguir:

Figura 3 - Representação da Estrutura Operacional da RAS⁶



Fonte: adaptada de Mendes, 2011.

⁶ Nesta estrutura foram consideradas as atuais RAS do MS: a Rede Cegonha – RC, Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limites– RPCD e a Rede de Atenção às doenças e condições crônicas - RAC

O desenho da estrutura operacional da RAS, busca a distribuição dos diferentes pontos de atenção no território, de acordo com o seu grau de densidade tecnológica e características das estruturas existentes. Esta distribuição está representada na matriz a seguir, elaborada por Mendes, onde podemos perceber “em seu lado esquerdo, os níveis de atenção à saúde; no seu lado direito, os territórios sanitários; e, no seu centro, distribui a APS e os pontos de atenção secundária e terciária” (Mendes, 2011).

Figura 4 - Matriz da estrutura operacional



Fonte: Mendes, 2011

Os pontos de atenção terciários são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários, por essa razão tendem a ser mais concentrados espacialmente, em geral nas capitais, regiões metropolitanas e municípios de maior porte populacional.

A seguir será descrito os 5 componentes da estrutura operacional, em suas características, papéis, responsabilidades, elementos e objetivos, sendo todos descritos a luz da Rede Cegonha, tanto com base nos preceitos teóricos e normativo, como no acúmulo de informações coletadas no cotidiano da implantação da Rede, sendo estas fundamentais no relato das ações descritas.

2.5.2.1. Centro de comunicação, a atenção primária à saúde.

O primeiro componente descrito será a Atenção Primária à Saúde que “é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado” (MENDES,2012). É o nível fundamental do sistema de atenção à saúde, pois representa o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, aproximando estes dos serviços de saúde e se constituindo como o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Tem a “função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção⁷” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

A APS deve cumprir três papéis essenciais nas Redes de Atenção à Saúde:

1. Resolução: ter a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população;
2. Coordenação/organização: ter a capacidade de orientar os fluxos e contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde; e ainda de informações e produtos entre os componentes das redes; e
3. Responsabilização: ter a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

E ainda “exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010) e também “integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional”.

“No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da

⁷ Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n° 4.729/2010)

RAS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010). Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade.

A APS é responsável pela atenção integral à saúde da gestante e criança, iniciando-se com o planejamento familiar, com orientação e oferta de métodos contraceptivos, na preparação da concepção e da gestação planejada, estendendo-se ao pré-natal adequado, ao acompanhamento da puérpera e do bebê até os dois anos de idade.

Responsável pelo componente Pré-natal da Rede Cegonha, à APS cabe, entre outras funções, a realização de pré-natal de risco habitual, com captação precoce da gestante e do pré-natal de alto risco em tempo oportuno, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.

Na RC a APS, também é referência para o Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, cabendo o desenvolvimento de ações de acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis e outros.

A APS tem desempenhado um papel muito importante no processo de implantação da RC, por serem serviços já existentes os municípios “simplesmente” realizaram ajustes, as unidades se adequaram a proposta, potencializando as ações já existentes, ampliando a oferta com novos exames e qualificando o cuidado com base no modelo de atenção proposto. Hoje este processo está em curso, onde temos serviços qualificados e adequados e outros longe da oferta da RC.

2.5.2.2. Pontos de Atenção Secundários e Terciários

No segundo componente da estrutura operacional temos os pontos de atenção secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária), “que são os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados a partir de uma função de produção singular” (Mendes, 2011).

Os pontos de atenção secundária e terciária, são elementos constitutivos das RAS que apresentam diferenciações de acordo com a natureza de cada rede temática de atenção à saúde, como exemplo temos: as Maternidades e Centro de Parto Normal (CPN) na Rede

Cegonha – RC; Unidade de Pronto Atendimento, Sala de Estabilização na Rede de Urgência e Emergência – RUE, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Centro Especializado de Reabilitação (CER) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limites– (RPCD) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) na Rede de Atenção às doenças e condições crônicas - RAC e outros.

Estes pontos abarcam o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha (Portaria 1.459), e são responsáveis por uma série de ações de atenção à saúde que visam garantir nos serviços de atenção obstétrica e neonatal a:

- suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais,
- ambiência das maternidades,
- práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas,
- garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato,
- realização de acolhimento com classificação de risco e
- estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado.
- estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Na RC contamos com diferentes pontos de atenção à saúde secundários e terciários, entre eles as maternidades de risco habitual, maternidades de alto risco, leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), Centro de Parto Normal - CPN, e Casa de Gestante, bebê e puérpera- CGBP. Estes pontos de atenção são organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica em função dos riscos.

O Centro de Parto Normal – CPN, existente desde 1999 (Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999) foi reformulado, regulamentado e teve o financiamento ampliado pela Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Caracterizam-se como unidades de atenção ao parto e nascimento, exclusivamente ao parto de risco habitual, vinculadas à maternidade e/ou hospital; com atendimento humanizado, de qualidade, privilegiando a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável, garantindo a presença de acompanhante de sua livre escolha

As Casas de Gestante, Bebê e Puérpera- CGBP, são pontos de atenção inovadores, instituídos na RC, através da Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013. “É uma residência

provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, Portaria 1.020, art. 17). São consideradas serviços de interesse da saúde e devem ser vinculadas a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou 2.

A CGBP tem como “objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, Portaria 1.020, art. 18).

A figura a seguir ilustra os diferentes nós, pontos de atenção à saúde (primários, secundários e terciários), que compõem a Rede Cegonha.

Figura 5 - Pontos de atenção da RC no território



Fonte: Ministério da Saúde

2.5.2.3. Sistemas de apoio

Na sequência temos a descrição do terceiro componente da estrutura operacional, os Sistemas de apoio, que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde da RAS e devem se organizar como sistemas transversais a todas as redes temáticas (Figura 3 - Representação da Estrutura Operacional da RAS). São constituídos pelos Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; Sistema de assistência farmacêutica e Sistemas de informação em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Cabe ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico a realização dos exames de patologia clínica, imagens, entre outros. Além dos exames de rotina realizados na APS a RC incluiu novos testes no pré natal, compreendendo os testes rápido de gravidez, HIV, Sífilis, ultrassonografia, hemogramas, eletroforese e outros.

Segundo o MS, em 2011 e 2012, estimasse que 2.699.050 mulheres tiveram acesso ao teste rápido de gravidez e 2.306.919 gestantes tiveram acesso a novos exames na APS de 4.879 municípios.

O sistema de apoio de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. O ciclo logístico cuida da seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição, e a farmácia clínica em seu componente assistencial e de vigilância, cuidando dos formulários terapêuticos, da dispensação, da adesão ao tratamento, da conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

Na RC este sistema objetiva e tem promovido o uso racional de medicamentos e o acesso, da população alvo, aos medicamentos básicos e estratégicos do SUS, em especial os métodos contraceptivos tradicionais, anticoncepcional hormonal de emergência (pílula do dia seguinte) e medicamento de indução de aborto legal, aborto retido ou morte fetal.

Os Sistemas de apoio de informação, segundo Abouzahr e Boerma (2005, apud MENDES, 2011, p.131)

têm sido considerados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Os sistemas de informação em saúde constituem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa (ABOUZHR e BOERMA, 2005).

O sistema de informação da Rede Cegonha, conta com o Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas -SISPART, o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL web e os demais sistemas do SUS, como o

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos –SINASC, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB e outros.

O SISPART – Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas foi criado com o intuito de dar celeridade ao processo de construção dos componentes e interfaces para compor as RAS. Composto pelos Módulos de cadastro, Plano de Ação e Monitoramento.

O SISPART tem por objetivos:

- Favorecer o desenho da programação físico-financeira das ações a serem desenvolvidas na implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde;
- Reduzir o tempo de liberação de recursos financeiros;
- Proporcionar ações de monitoramento e avaliação mais eficientes, por parte dos gestores, acerca das metas e indicadores pactuados na implementação das Redes;
- Registrar a inclusão das ações a serem desenvolvidas na implementação das Redes na Programação Geral das Ações de Saúde.

O SISPRENATAL web foi elaborado a fim de qualificar o Sistema da Gestão da Informação, foi desenvolvido, homologado e testado em projetos pilotos em 2011 e em março de 2012 foi disponibilizado nacionalmente. É um sistema *on line* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.

Como componentes do sistema de apoio de informação, temos também o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que tem por “objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010). O Telessaúde Brasil Redes fornece aos profissionais e trabalhadores das RAS os serviços de tele consultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

Atualmente este programa está presente em 2.367 municípios, com 4.140 pontos que já realizaram mais de 128.260 Tele consultorias, mais de 1.044.175 Telediagnósticos, 714 segunda opinião formativa e 485.329 participação em reeducação, beneficiando aproximadamente 30 mil profissionais das Equipes de Saúde da Família⁸. O que representa grande potencial de apoio à Rede Cegonha.

⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34187&janela=1

2.5.2.4. Sistemas logísticos

Nesta subseção será descrito o quarto componente da estrutura operacional (segundo elemento constitutivos das RAS) os Sistemas logísticos, que são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação e ligadas ao conceito de integração vertical. Serão abordados os seus elementos: o cartão de identificação, o registro eletrônico em saúde/prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde, sendo descritas as funções e objetivos nas redes e para a população.

Os Sistemas logísticos estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde e

garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contra referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde. (Mendes, 2010).

Atualmente o MS utiliza o “Sistema Cartão Nacional de Saúde” (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional e é comum a todas as RAS. O Sistema Cartão é um sistema logístico de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários, das ações e serviços de saúde do SUS e do acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, onde quer que eles aconteçam, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos.

Este sistema permite a “vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

O Sistema Cartão é um instrumento de informatização para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS e é composto pelo Cartão Nacional de Saúde, Cadastro Nacional de Usuários do SUS e o Portal de Saúde do Cidadão.

O Cartão Nacional de Saúde porta o número de identificação dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional, o Cadastro Nacional de Usuários do SUS compõe a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por

dados de identificação e de residência, o cadastro é realizado prioritariamente a partir da vinculação dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde, conforme a lógica da RAS, e o Portal de Saúde do Cidadão é o meio que fornece, pela internet, informações ao cidadão sobre seus contatos com o SUS.

O SISPRENATAL WEB também compõe o sistema logístico de informação da RC, e tem a capacidade de prover dados que podem identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco e auxilia na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Até 31 de julho de 2013, 3938 municípios utilizam este software, que é disponibilizado para todos na página do Ministério da Saúde, tendo 544.535 gestantes cadastradas.

Ainda no Sistema Logístico temos os sistemas de acesso regulado (ou regulação do acesso) à atenção, que é constituído por estruturas operacionais (complexos reguladores) que gerenciam a relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde existentes na rede, de forma a racionalizar o acesso, respeitando critérios de risco, os protocolos de atenção à saúde existentes e os fluxos definidos.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos:

1. organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança;
2. organizar o acesso com foco na pessoa usuária;
3. desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso;
4. instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso;
5. manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso;
6. e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados. (MENDES, 2011, p.146-147)

No SUS, os sistemas de acesso regulado fazem parte da Política de Regulação da Atenção à Saúde, se aplicam a todas as Redes e tem por objetivo implementar “ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 e OPAS/OMS, 2010).

Nas redes de atenção à saúde de base territorial, estes sistemas devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais. (Mendes, 2011)

Por fim no Sistema Logístico, temos os sistemas de transporte em saúde que são soluções logísticas transversais a todas as redes de atenção à saúde, têm como objetivo

estruturar os fluxos e contra fluxos de pessoas e produtos nas redes de atenção à saúde. Devem ser organizados na lógica regional, para o transporte de pessoas usuárias do SUS para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, para transporte das equipes e profissionais de saúde, de resíduos de serviços de saúde e de amostras biológicas.

O transporte em saúde de pessoas, ou transporte sanitário, é central no acesso aos serviços prestados nas RASs, a ausência deste é considerada uma das principais barreiras para as pessoas usuárias dos serviços. Este transporte destina-se aos que necessitam dos serviços de saúde e apresentam incapacidade física e/ou econômica de deslocarem-se por meios ordinários de transporte.

Atualmente o transporte sanitário está previsto nas normativas que regulamentam a Rede Cegonha – RC, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limites–RPCD, no Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e outras.

O transporte na RC visa a garantia do acesso das mulheres as unidades básicas de saúde para a realização do pré-natal, para o momento do parto e também nas situações de urgência, com o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais. Atualmente todas as 180 Centrais do SAMU existentes no país, possuem incubadoras de transporte neonatal, que podem ser adaptadas em qualquer das viaturas de suporte avançado do SAMU na medida de necessidade.

A regulação do acesso aos serviços na RC têm como mote a “Garantia de Vaga Sempre” para gestantes e bebês e como objetivo garantir e agilizar o atendimento da gestante, da parturiente e do recém-nascido. O modelo "Vaga Sempre", demanda a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, assim como a regulação de leitos obstétricos e neonatais, de urgências e a regulação ambulatorial.

2.5.2.5. Sistema de governança

Para finalizar os componentes da estrutura operacional, será descrito o Sistema de governança que é composto pela institucionalidade (o desenho institucional), por um sistema gerencial, um sistema de financiamento e pelo controle social, que serão detalhados após breve conceituação de governança.

Segundo Rondinelli (2006, apud MENDES, 2011, p. 156)

“a governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças”.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde e Mendes, a governança da rede é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

Segundo o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas uma boa governança deve contemplar:

- a participação: todos os cidadãos têm voz no processo decisório, seja diretamente, seja indiretamente através de instituições que representam seus interesses;
- a legalidade: a estrutura legal deve ser justa e imparcial;
- a transparência: a transparência deve ser garantida pelo livre fluxo das informações;
- a responsividade: as instituições e seus processos devem servir a todos os cidadãos;
- a orientação para o consenso: a governança busca mediar os diferentes interesses pela construção de consensos;
- a equidade: todos os cidadãos têm iguais oportunidades de buscar ou manter seu bem-estar;
- a efetividade e a eficiência: as instituições e seus processos produzem resultados que atendem às necessidades dos cidadãos, fazendo o melhor uso dos recursos;
- a responsabilização (accountability): os decisores devem prestar contas aos cidadãos e aos diferentes atores sociais;
- a visão estratégica: as lideranças devem ter uma perspectiva de longo prazo na governança e no desenvolvimento humano (RONDINELLI, 2006, apud MENDES, 2011, p.157).

“Em uma RAS a governança deve ser compreendida como a capacidade de intervenção na qual estão envolvidos diversos atores, mecanismos e procedimentos para a gestão compartilhada, tendo como foco o âmbito regional” (OPAS/OMS,2011).

A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde, tem caráter organizativo e é responsável pelo gerenciamento e integração funcional dos componentes das RAS. Exige um modelo de governança sistêmica, onde a diversas estruturas se articulem numa ordem governativa que permita a articulação das relações entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. (MENDES, 2011).

De acordo com a Portaria 4.279, a governança das RAS deve incluir o trato de questões políticas, técnicas e estruturais do processo de regionalização da saúde, tais como as relações federativas, as relações público-privadas, a capacidade de gestão interna, a sustentabilidade financeira, o processo de regulação da atenção, além da definição de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

Na sequencia exposição dos elementos que compõem o sistema de governança: 1) a institucionalidade, 2) o sistema gerencial, 3) o sistema de financiamento e 4) o controle social.

2.5.2.5.1. Desenho Institucional

Segundo Leat et al (2000, apud MENDES, 2011, p. 158), o “desenho institucional é entendido pelo modo como os grandes blocos estruturais das RASs – autoridade, responsabilidade, informação e incentivos – são considerados num arranjo organizacional”.

O desenho institucional deve ser feito de forma a facilitar o processo-chave nas RASs que é a coordenação das ações gerenciais e assistenciais, e tem por objetivo a elaboração do desenho organizacional.

No SUS a governança da RAS é multi-institucional, constituída por meio de uma aliança estratégica, entre os diferentes entes institucionais, tendo como gestores as organizações públicas federais, estaduais e municipais e como prestadores de serviços, organizações públicas, filantrópicas e privadas não lucrativas. (MENDES, 2011)

Segundo Mendes, a governança das RASs, no SUS, apresenta características especiais por estar inserido num quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo.

O Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pela trina federativa. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações. (MENDES, 2011, p. 160)

No modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas é bastante complexa, pois é preciso conjugar a interdependência e autonomia de três entes (Federal, Estadual e Municipal). Este modelo é predominantemente cooperativo e hegemonicamente intraestatal, pois “combina competências concorrentes e comuns com competências privativas, divididas entre a União, os estados e os municípios, entes politicamente autônomos e, portanto, isonômicos entre si”. (MENDES, 2011)

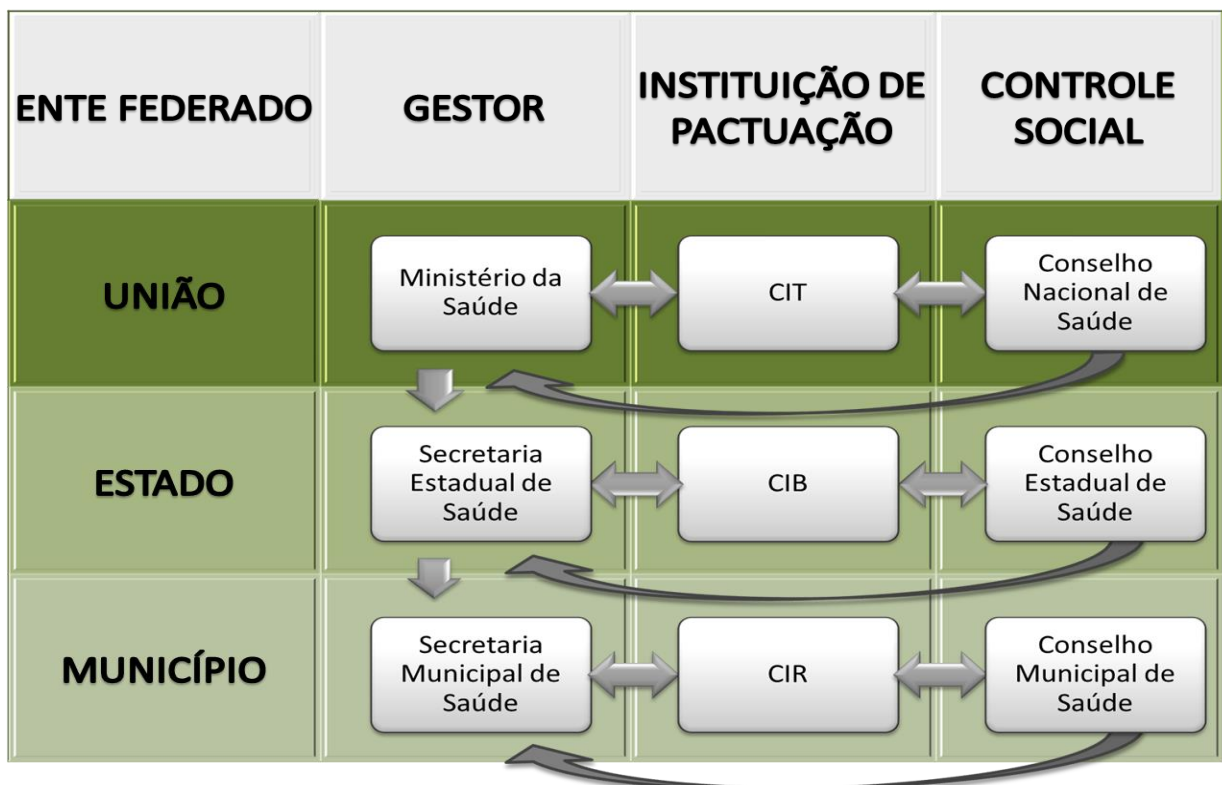
A gestão das RAS/RC conta com mecanismos interinstitucionais, já existentes no SUS, expressos nas Comissões Intergestoras, que são instâncias decisórias e responsáveis pela pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

- I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Decreto 7.508, 2011)

A Comissão Intergestor Regional (CIR) “desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Na figura a seguir, sugerida por Mendes, temos o modelo institucional do SUS, ancorado no federalismo brasileiro.

Figura 6 - Modelo institucional do SUS de governança



Fonte: Mendes, 2011

Nesta figura podemos observar os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, que possuem importante papel no controle social, o qual será abordado em item específico a seguir.

2.5.2.5.2. Sistema Gerencial

De acordo com Mendes, o segundo aspecto relevante da governança das RASs é o sistema gerencial, que em geral é pouco discutido comparado a ênfase dada a institucionalidade dos colegiados regionais, entretanto é um campo fértil de intervenções de mudança na governança das RASs.

O autor considera que o ente de governança das RASs deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes, dentre eles ressalta: A. o processo de territorialização, B. o planejamento estratégico, C. o sistema de contratualização, D. o sistema de monitoramento e avaliação e o E. sistema de acreditação. Conceitos estes já estão presentes na prática da gestão no SUS e seguem descritos a seguir:

A. Territorialização

O primeiro e fundamental instrumento gerencial para a governança das RASs e da Rede Cegonha, é o processo de territorialização, que envolve a dinâmica espacial dos lugares e de populações, os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço do cotidiano. Caracteriza-se também pela delimitação das unidades de atenção à saúde de referência, a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços. Representa o delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos (Fleury & Ouverney, 2007).

Territorialização constitui-se também na definição dos diferentes espaços de vida das populações com reconhecimento do ambiente, das características e da dinâmica social existentes nestes e que dão a base territorial para a constituição das RASs. Os territórios se constituem em espaços organizativos e de responsabilização sanitária por uma população definida e são “parte da determinação social da saúde e de uma lógica racional de organização dos sistemas de saúde, especialmente na busca de economias de escala e de escopo, além da qualidade da atenção à saúde” (OPAS,2011).

B. Planejamento estratégico

A territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico, que nas RASs envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados que levem em consideração a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns. Demanda um sistema de planejamento a partir das necessidades de saúde da população, embasadas na análise de situação de saúde, e estabelecimento de objetivos a serem alcançados a partir de planos de longo, médio e curto prazo (MENDES, 2011). Além disso, “permite aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos e imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações” (MENDES, 2011, p.178).

Segundo Mendes (2011), o processo de planejamento no âmbito das RAS do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão, onde cada esfera é responsável por seu planejamento e articulação de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais e regionais.

O planejamento estratégico da RC engloba as fases de adesão e diagnóstico, e desenho da rede regional.

A princípio a adesão e diagnóstico constituíram-se das seguintes etapas:

- a. apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;
- b. apresentação e análise da matriz diagnóstica⁹, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado Intergestor Regional (CIR);
- c. homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e
- d. instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha¹⁰, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 8º, 2011).

O processo de adesão, neste período de dois anos de existência da RC, passou por modificações a fim de adequar-se a realidade brasileira e facilitar o acesso a todos os municípios do Brasil. Em 2012 além da adesão regional, aplicada ao conjunto de municípios

⁹ A Matriz diagnóstica da RC é composta por quatro grupos de indicadores: indicadores de mortalidade e morbidade, indicadores de atenção, situação da capacidade hospitalar instalada e indicadores de gestão.

¹⁰ Grupo Condutor Estadual, tem as seguintes atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 8º, 2011).

das Regiões de Saúde priorizadas em CIR e/ou CIB, foram facilitadas as formas de adesão à Rede Cegonha para os municípios que não compunham uma das Regiões de Saúde prioritária.

A adesão municipal facilitada tornou-se possível via adesão ao Componente do Pré-Natal da RC através do SISPART. Além desta forma, foi aberta a possibilidade de Adesão Integrada PMAQ-AB/Rede Cegonha, através da adesão deste mesmo componente no Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Como resultados, temos em setembro de 2013, 5.500 municípios aderidos ao componente atenção básica da Rede Cegonha.

Estas formas facilitadas possibilitaram, aos municípios, acesso ao financiamento das ações da Atenção Básica da RC, entretanto o MS recomenda a ampliação do escopo das ações, com a adesão dos municípios aos Planos de Ação Regional, para garantir a oferta de atenção à saúde nos pontos de atenção secundário e terciário de referência regional.

O desenho regional da Rede Cegonha é composto pela

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; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 8º, 2011).

Este desenho é realizado pelo Colegiado Intergestor Regional (CIR) e no caso do Distrito Federal dá-se no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF, com o apoio da SES.

Ainda no desenho regional, orienta-se a instituição do Fórum Rede Cegonha, com a “finalidade de construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 8º, 2011).

C. Sistema de Contratualização

O sistema de planejamento estratégico demanda, “para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os entes gestores das RASs e os entes prestadores de serviços de saúde envolvidos nessas redes” (MENDES, 2011, p.185).

Sendo assim, o Sistema de Contratualização, é composto por contratos públicos que têm o propósito de “coordenar as atividades das partes, assegurando a produção de um

excedente cooperativo; distribuir os frutos da cooperação; e assegurar que os compromissos sejam cumpridos” (Mendes,2011, p.188).

Devem ser consideradas no plano do contrato as condições estruturais dos prestadores, os instrumentos de gestão da clínica, as condições de acesso aos serviços e a especificação de padrões de qualidade dos serviços.

O MS aponta a necessidade de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço, visando uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização

pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010)

Dentre os objetivos da contratualização das RAS destacam-se:

- Melhorar o nível de saúde da população;
- Responder com efetividade às necessidades em saúde;
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;
- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;
- Coordenar as atividades das partes envolvidas;
- Assegurar a produção de um excedente cooperativo;
- Distribuir os frutos da cooperação;
- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e
- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010)

Complementarmente a contratualização da RC tem também os objetivos de:

- Pactuar metas e indicadores que possibilitem a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal no País;
- Possibilitar a co-responsabilização do cuidado à gestante e recém-nascido garantindo o cuidado em rede, acesso e acolhimento nas maternidades;
- Promover a implementação das boas práticas para o parto e nascimento seguros e humanizados e ativar posturas de defesa da vida;
- Formalizar por meio de instrumento contratual a relação entre o gestor local de saúde e o estabelecimento hospitalar;

- Estabelecer a alocação e o repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento de metas quali-quantitativas.

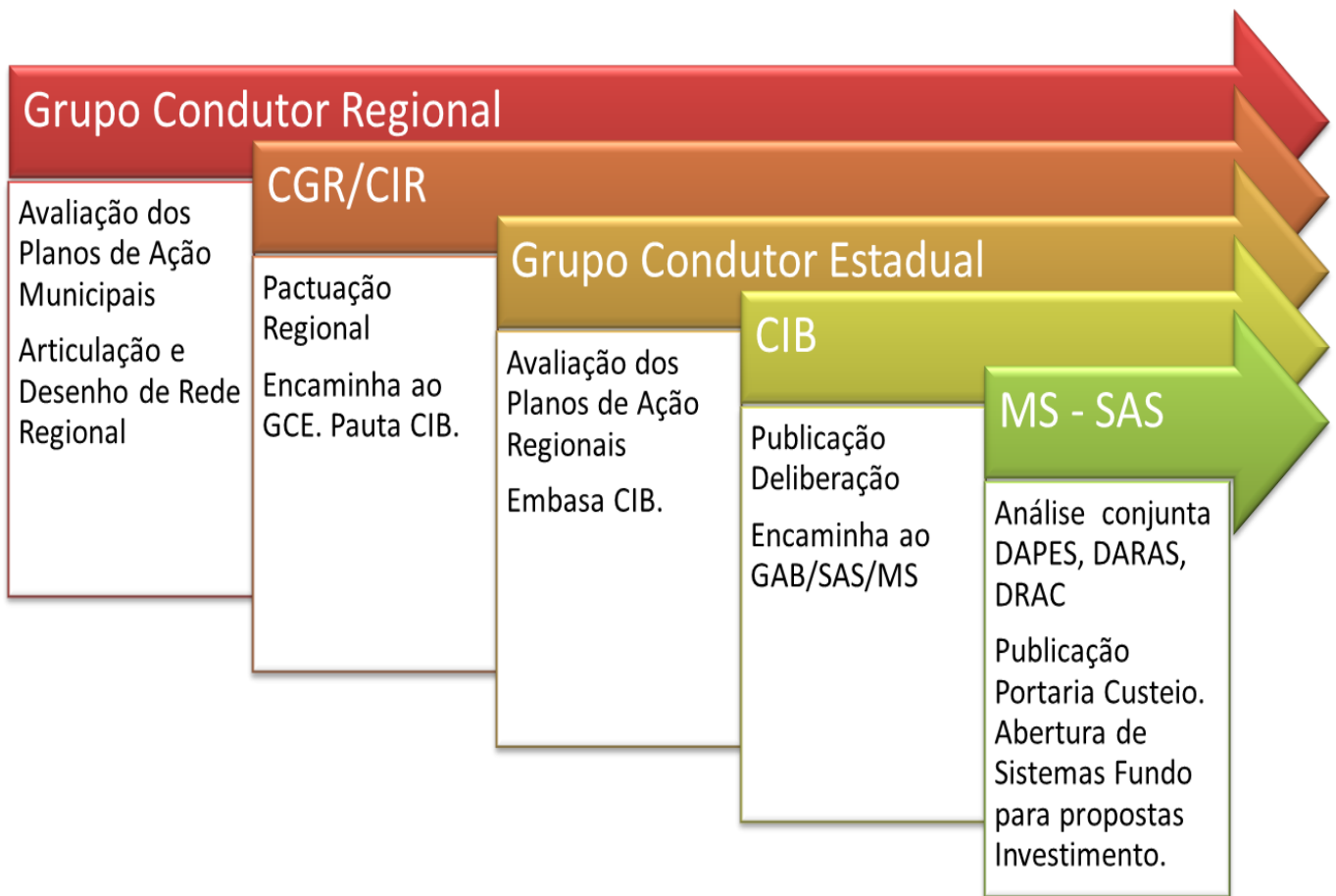
O desenho regional da RC, conforme citado acima, tem sua pactuação no âmbito do Colegiado Intergestor Regional (CIR) ou CGSES/DF, na continuidade a elaboração (e pactuação) da proposta de Plano de Ação Regional – PAR, que deverá conter “a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 8º).

Na sequência, elaboram-se os Planos de Ação Municipais dos integrantes do CIR; que deverão ser elaborados em consonância com o Plano de Ação Regional e deverão conter pelo menos as seguintes informações:

- I - Identificação da população total do Município, do número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e do número de nascidos vivos no ano anterior, incluindo SUS - dependentes e SUS-não dependentes;
- II - Toda a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil; e
- III - Especificar as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios de acordo com o Anexo I, da Portaria MS/SAS N° 650, de 5 de outubro de 2011. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011, Portaria nº 650, art 3º).

Vale destacar que os Planos de Ação são construídos nos Municípios e Regiões de Saúde, com a interlocução do Ministério da Saúde através dos Apoiadores e Referências Técnicas nos estados. Atualmente temos 137 regiões de saúde (de 435) com Planos de Ação Regional (PAR) publicados e recursos repassados.

Figura 7 - Fluxo de análise do Plano de Ação



Fonte: Ministério da Saúde

Podemos observar na figura, a sequência de elaboração do PAR, tendo sua origem e desenho nas Regiões/Municípios, seguido de pactuação nos respectivos CIR, avaliação no Grupo Condutor Estadual e deliberação no CIB, com conseqüente encaminhamento para o MS que avaliará se o Plano está adequado às orientações e diretrizes da Rede Cegonha, indicação de adequação se necessário e liberação dos recursos financeiros.

Inclui-se também na contratualização a instituição de Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CIR, com apoio institucional da SES. Recomenda-se que seja composto por representantes das áreas afins as ações da RC, como: Atenção Básica à saúde, saúde da criança, do adolescente e jovem e da mulher, atenção especializada, regulação e vigilância em saúde outros.

O Sistema de Contratualização compõe um ciclo, que se “origina no plano estratégico que leva a um plano de contrato que deve ser monitorado e avaliado” (Mendes, 2011, p.190).

D. Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação é parte integrante do círculo da formulação de políticas¹¹, sendo fundamental ao planejamento e à gestão, aos processos decisório e de formação das pessoas envolvidas.

São ferramentas de gestão com objetivo de subsidiar a tomada de decisão dos gestores a partir da identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços de saúde realizados. Desenvolvidas a partir da utilização de sistemas de informações ou de outros instrumentos de avaliação desenvolvidos especialmente com essa finalidade.

O monitoramento pode ser definido como “acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços” (Mendes, 2011, p.193).

Conforme descrito na portaria 1.473, o monitoramento e avaliação cabe aos três entes federado, ficando à União, por intermédio do Ministério da Saúde, a responsabilidade em todo território nacional, ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, no território estadual de forma regionalizada e ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, no território municipal.

O SISPART – Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas e o SISPRENATAL WEB que foram descritos nos Sistemas de Apoio de informação, também são dispositivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da RC.

No nível federal a RC conta também com o e-CAR - Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados, que é um programa disponibilizado via web, que permite a realização de acompanhamento e a avaliação dos resultados das ações priorizadas no âmbito da Rede Cegonha, Saúde das Mulheres e das Crianças, com acompanhamento das informações detalhadas no planejamento, assim como as metas estabelecidas e cronograma de execução. Este instrumento é utilizado pelo Ministro no monitoramento que é realizado semanalmente para todas as RAS Temáticas.

Outro instrumento importante de avaliação é a Ouvidoria do SUS/Rede Cegonha, que realiza pesquisa por meio de inquérito telefônico, com mulheres que tiveram filhos nos hospitais públicos, estas são consultadas a fim de qualificarem o atendimento durante o pré-natal e o parto. Composto por 38 perguntas sobre atenção à saúde da mulher no pré-natal,

¹¹ Círculo de formulação de políticas consiste na definição do problema, diagnóstico, desenvolvimento de políticas, decisão política, implementação e monitoramento e avaliação.

parto, pós-parto e saúde da criança e ainda 6 perguntas de perfil (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar e se é beneficiária do Programa Bolsa Família).

Os resultados estão disponíveis nos relatórios do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS –DOGES, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que podem ser acessados no site do Ministério da Saúde. Os dados das pesquisas que foram e estão sendo realizadas nos 27 estados brasileiros, estão subsidiando o processo de avaliação e implementação da RC.

E. Sistema de acreditação/certificação

O sistema de acreditação/certificação é um processo que possibilita a avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. É a verificação de conformidade com os requisitos/indicadores especificados nos atos normativos, conforme pactuações realizadas. A acreditação/certificação se concretiza na entrega de “selo” de qualidade.

Este sistema nas RASs, exige uma forma de acreditação na perspectiva sistêmica, que marca o funcionamento destas redes, onde não é suficiente acreditar isoladamente os serviços de saúde, fazendo necessário um avaliação de todos os elementos das redes que possibilitam agregar valor para a população.

A Certificação da RC é concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a Fase de Qualificação dos Componentes, a partir da realização e cumprimento de metas das ações de atenção à saúde, previstas em cada componente da Rede (componente pré-natal, parto e nascimento puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico e transporte sanitário e regulação) no Plano de Ação Regional e nos Planos de Ação Municipais.

A verificação da implementação dos Planos, sob responsabilidade de gestores estaduais, municipais e dirigentes de serviços de saúde, é acompanhada pelos Grupos Condutores Estadual e Municipais da Rede Cegonha, com monitoramento periódico do Ministério da Saúde.

2.5.2.5.3. Sistema de Financiamento

O Sistema de Financiamento é uma parte intrínseca à governança da RAS, é “atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Mendes aponta que o sistema de financiamento constitui-se como um dos “elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RASs para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços” (MENDES, 2011, p.201).

Para que a RAS seja efetiva é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado aos seus objetivos, somente assim se conseguira enfrentar os problemas de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Vale destacar que atualmente o SUS, tem investido na mudança da lógica do financiamento, passando da lógica de cobrança por procedimentos para financiamento por captação ou por ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde.

O sistema de financiamento da Rede Cegonha é tripartite e busca ser garantido, suficiente e alinhado com as metas da rede. Sendo financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Os recursos de financiamento da Rede Cegonha, providos pelo MS são incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

O Ministério da Saúde financia diversas ações e serviços dos componentes da Rede Cegonha, sendo:

Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

- 100% (cem por cento) de custeio dos exames do pré-natal
- 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS: sonar, fita métrica, gestograma, Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal e Balança adulto;
- 100% dos kits para as gestantes: Bolsa e Trocador de fralda; e
- 100% dos kits para parteiras tradicionais: Bolsa com os materiais, equipamentos e insumos necessário ao parto normal.

Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

- “recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011).
- “recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos ser repassados fundo a fundo”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011).
- 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e Leito Canguru;
- 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal e para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR,).

Atualmente o MS possui 168 obras da RC em processo de financiamento, no montante de R\$ 297.308.762,38, em propostas aprovadas e empenhadas em 2011 e 2012:

Tabela 2 - Obras da RC aprovadas e empenhadas em 2011 e 2012

OBRAS	Quantidade
Ambiência de Maternidades: Ampliação e Reforma	85
Centro de Parto Normal	41
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	30
Maternidade	12

Fonte: Coordenação Geral de Saúde das Mulheres

Além dos recursos e incentivos citados o MS disponibiliza aos municípios “após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, o incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo” e após a certificação da Rede Cegonha o Município passa a fazer “jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011).

Até setembro de 2013, 2.515 municípios foram beneficiados, pelo registro e captação precoce de 430.922 gestantes, somando o montante de R\$ 17.832.739,71¹².

Os recursos repassados fundo a fundo, são encaminhados diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (PSM) ou que aderiram ao Pacto pela Saúde e/ou COAP. Aos demais municípios (Gestão Plena da Atenção Básica - PAB), os devidos valores são enviados ao Fundo Estadual de Saúde, que tem o compromisso de repassar aos municípios, conforme pactuação realizada em CIB.

O MS tem realizado esforços na otimização dos recursos destinados ao SUS. O baixo investimento de recursos da União com a saúde vale ser destacados aqui, visto que é um dos fatores limitantes da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde público. Para ilustrar, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o percentual mundial do PIB gasto com saúde pública está na média de 5.5% O Brasil gasta 3,6% , bem menos do que outros países que possuem sistemas públicos universais, como a Espanha, o Reino Unido e a Suécia, que investem em torno de 7% a 9% do PIB¹³ e Cuba com 15%.

¹² Portaria nº 752, de 6 de maio de 2013, Portarias nº 2.064 e 2.065 de 20 de setembro de 2013.

¹³ Fonte: Agência Brasil: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-29/setor-publico-responde-por-apanas-42-dos-gastos-com-saude-no-pais>

2.5.2.5.4. Controle Social

A participação/controle social é entendida como um dos elementos de governança e estratégia das Redes e é chave para fortalecer as ações e serviços de saúde. A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, permitindo que os cidadãos participem da formulação das políticas públicas, possam intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração a adotar medidas que realmente atendam ao interesse público e também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Atualmente, como instrumentos de participação social no SUS temos: Conselho de Saúde, Conferência de Saúde, Ouvidoria Geral do SUS, Mesa de Negociação do SUS, PARTICIPANETSUS, o Disque Saúde, Comitês de Mobilização Social das RASs/RC e outros.

Na Redes o Comitê de Mobilização conta com as atribuições de “contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede Temática e realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede Temática”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 4º, 2011)

Na Rede Cegonha este comitê está estruturado em conformidade com a Comissão de Monitoramento do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de modo a manter a mobilização e articulação desta instância já em funcionamento desde 2004. Tendo também como proposta a promoção da corresponsabilização dos atores e entidades profissionais e da sociedade civil na implementação das propostas da Rede Cegonha, em seus diversos níveis.

A coordenação do Comitê é de responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde, as reuniões acontecem semestralmente ou em caráter extraordinário quando solicitado e é composto por membros dos Comitês Gestores e da Assessoria de Comunicação - ASCOM – do Ministério da Saúde, lideranças constituídas da sociedade civil, representantes de entidades da sociedade civil cujo, tema de atuação seja afim à Rede e apoiadores, tais como artistas e intelectuais.

2.5.2.5.5. Especificidades das RAS e RC no Brasil

Neste item será destacado as forma complementares de se pensar e estruturar as RASs e RC de modo a contemplar as especificidades brasileiras e dar maior resolutividade. Como citado anteriormente, o Brasil tem um modelo federativo tripartite, com a participação da sociedade garantida pela constituição federal. Sendo assim as RASs evocam a construção de outras formas de governança e gestão eficazes, eficientes, equitativas e qualificadas, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS, onde diferentes interesses e saberes convivem e se complementam.

Visando dar conta da especificidade brasileira, do pacto federativo na saúde, que se utiliza de mecanismos cooperativos e de decisões consensuadas, outros dispositivos de governança e gestão foram constituídos e encontram-se descritos a seguir.

O Ministério da Saúde, na portaria 4.279 de 2010, refere que no processo de governança das RAS são utilizados diversos instrumentos e mecanismos de natureza operacional, além dos citados anteriormente, ele cita as comissões/câmaras técnicas temáticas.

A fim de assessorar a governança das RAS o Ministério da Saúde, instituiu através da portaria 1.473 de 24 de junho de 2011, os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas.

Sendo instituído um Comitê Gestor para cada rede temática prioritária (Cegonha, Urgência e Emergência, Psicossocial, Doenças Crônicas/Câncer e Pessoa com Deficiência) que tem por atribuições:

- I. fomentar a gestão participativa e democrática, por meio da articulação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas com a Rede Temática;
- II. promover alinhamento político-institucional das diretrizes para formulação, implementação, e monitoramento da Rede Temática;
- III. promover alinhamento teórico-conceitual para formulação, implementação, monitoramento e avaliação da Rede Temática;
- IV. promover consenso técnico-político para apoio do Ministério da Saúde na operacionalização da Rede Temática;
- V. construir modelo lógico para avaliação dos resultados alcançados com a implementação da Rede Temática;
- VI. construir plano de trabalho para apoio à implementação, monitoramento e avaliação da Rede Temática;
- VII. acompanhar os relatórios de monitoramento da Rede Temática, com a finalidade de apoiar a identificação de estratégias para superação das dificuldades apresentadas pelos grupos executivos; e
- VIII. elaborar relatórios semestrais sobre o desenvolvimento dos trabalhos e resultados alcançados (memória institucional do processo implantado). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011).

Esta portaria institui para cada um dos Comitês Gestores, um Grupo Executivo, um Comitê de Mobilização Social (já foi descrito no item anterior) e um Comitê de Especialistas.

O Grupo Executivo tem como atribuição elaborar o plano de ação para operacionalização da Rede Temática; alimentar e manter atualizado o sistema de monitoramento da Rede Temática; monitorar e avaliar a implementação da Rede Temática; subsidiar o Comitê Gestor com as informações por ele demandadas; articular as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas com as demandas operacionais da Rede Temática; elaborar e sistematizar os produtos e documentos de referência para implementação da Rede Temática; e manter o Comitê Gestor informado sobre os processos de implantação das Redes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011).

O Comitê de Especialistas é responsável por subsidiar teoricamente a implantação da Rede temática e apresentar proposições de complementação e/ou apoio às diretrizes da Rede Temática. Tem como atribuições discutir temas específicos necessários para o aprimoramento das Redes. É composto por Membros dos Comitês Gestores, profissionais de notório saber e membros da Academia que atuem em áreas afins à Rede Temática. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011)

Os Grupos Transversais são comuns a todas as redes temáticas prioritárias do MS e são responsáveis por discutir e elaborar diretrizes que subsidiarão a implantação e a operacionalização destas, bem como por prestar apoio matricial e estratégico às mesmas, dividem-se em três modalidades: Gestão da Educação, Transversal de Regulação e Financiamento e Pactuação e Articulação.

Grupo Transversal da Gestão da Educação tem por atribuições: “identificar necessidades e buscar alternativas para a educação, capacitação e qualificação para os profissionais de saúde responsáveis pela implementação das redes temáticas prioritárias; e propor ações voltadas para a educação e formação”, referentes às RAS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011)

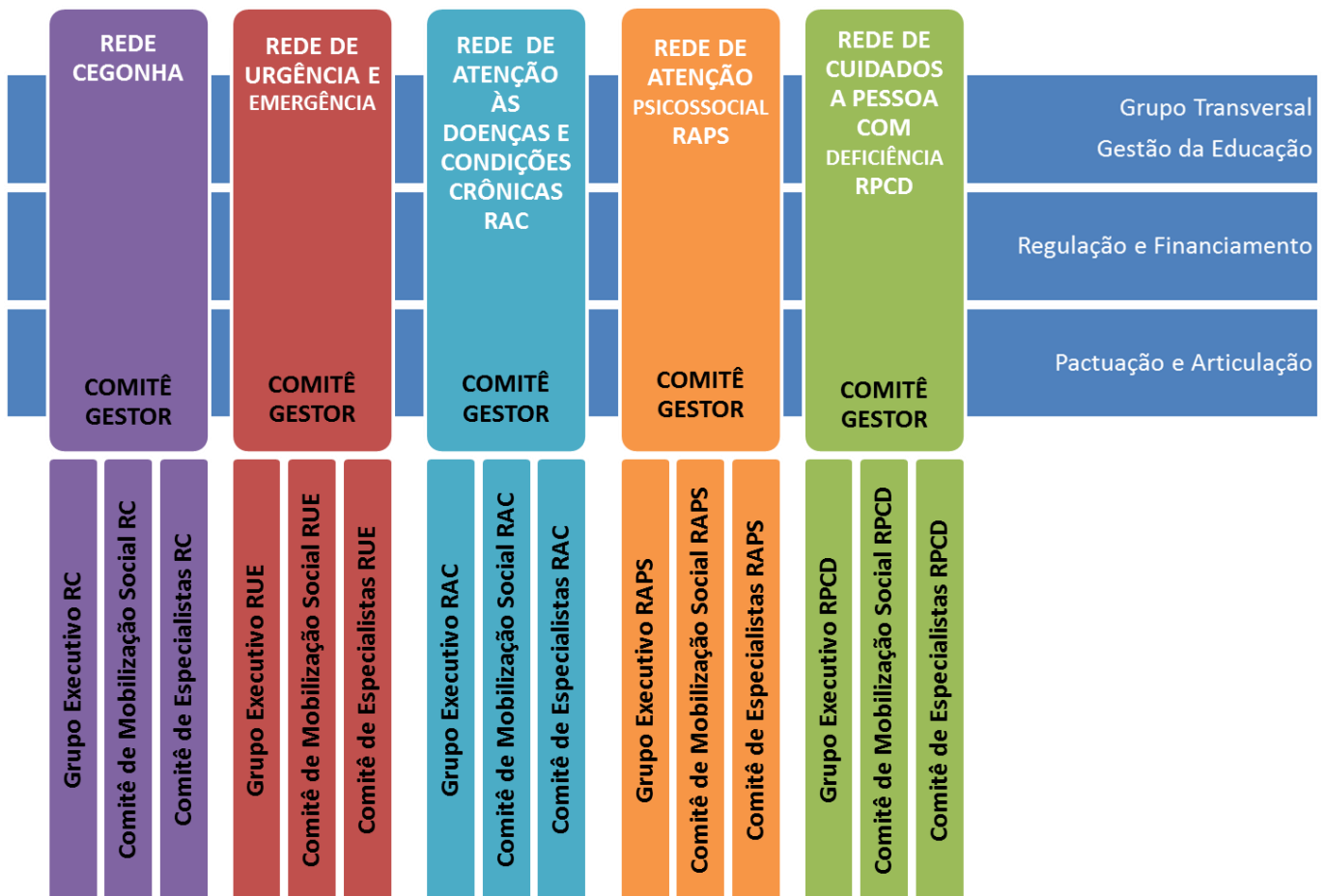
O Grupo Transversal de Regulação e Financiamento tem como atribuições: “identificar necessidades e buscar alternativas para o financiamento das redes temáticas prioritárias e propor formas de Regulação das mesmas e propor ações que viabilizem a Regulação e Financiamento de cada rede temática prioritária” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011).

Ao Grupo Transversal de Articulação e Pactuação, cabe as atribuições de:

- a) identificar as necessidades e propor instrumentos para viabilizar a articulação e pactuação entre os entes federados e pontos de atenção das redes temáticas prioritárias;
- b) participar das reuniões dos comitês gestores identificando as singularidades para a articulação e pactuação de cada rede temática prioritária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 1.473, 2011).

A fim de ilustrar o descrito neste item, na figura a seguir a representação da articulação dos Comitês Gestores, Grupos Executivos, os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas e Grupos Transversais, instituídos pela portaria 1.473 de 24 de junho de 2011, a fim de assessor a governança das RAS.

Figura 8 - Desenho da governança dos Comitês e Grupos das RAS prioritárias



Outro diferencial que está presente na RAS é o apoio institucional oferecido pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios a fim de facilitar, apoiar e contribuir com a implementação da RC nos territórios. Realizado através dos apoiadores institucionais locais,

apoiadores institucionais estaduais, apoiadores temáticos, apoiadores de maternidades e também pelos apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH).

Os apoiadores trabalham em alinhamento com os Grupos Condutores Estaduais e Municipais, acompanham as fases de operacionalização da RAS de acordo com a singularidade do processo regional, realizam a interlocução com o MS e outras atividades que facilitem e efetivem a implantação da RAS. No caso da RC, os 19 apoiadores temáticos, os 50 de maternidade, os 6 apoiadores matriciais e apoiadores da PNH, além de ajudarem nos processos de realização dos planos, convênios, construções e habilitações de serviços, orientam também a mudança no modelo da atenção e boas práticas de gestão e atenção pautados pela Rede Cegonha.

2.5.3. Modelos de Atenção

Como última subseção dos Elementos Constitutivos, serão abordados os modelos de atenção orientados pela OMS, OPAS e Mendes, que são os modelos de atenção às condições crônica e agudas. Inicialmente encontramos uma contextualização sobre estes modelos, na sequência o detalhamento de cada um e para finalizar destaca-se as especificidades da Rede Cegonha, com detalhamento do modelo de atenção adotado para esta Rede.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

O SUS/MS preconiza modelo de atenção que se contraponha ao “modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas”. Orienta também que o modelo de atenção das RASs deve possibilitar a construção da intersetorialidade para a promoção da saúde, contemplando a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

Segundo Mendes para que as RASs possam de fato produzir uma mudança radical no SUS, faz-se necessário uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Neste sentido descreve os Modelos Atenção às condições crônicas e de Atenção às condições agudas.

As condições crônicas e agudas,

“ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda”. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoa usuárias, segundo seus riscos. (MENDES, 2011, p. 209)

A Rede Cegonha tem como principal objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Está proposta demanda que a organização do cuidado se dê de forma similar ao Modelo de Atenção a condição crônica,

buscando uma atenção contínua que englobe cuidados primários, secundários e terciários, e também tenha ações articuladas ao Modelo de Urgência e Emergência, com classificação de riscos, fluxos de encaminhamento para local certo, em tempo adequado à demanda de atenção à saúde que a especificidade da rede requer.

2.5.3.1. Modelo de Atenção às condições crônicas

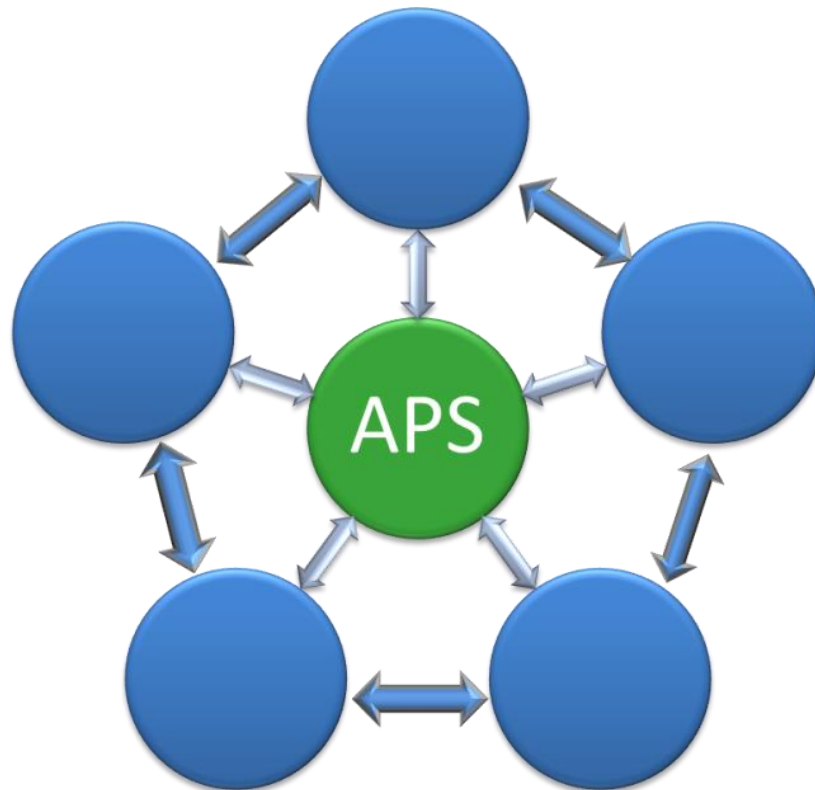
Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, “por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 4.279, 2010).

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos mais complexos que operam sobre todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos. (OPAS, 2011, p.22).

Sendo assim, requer modelo de cuidados inovadores, inserido num contexto político mais abrangente, demandando o envolvimento das pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde.

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas solicita que o sistema seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde. para tal, a APS deve funcionar como centro de comunicação em relação aos demais pontos de atenção. Conforme pode ser observada nas figuras a seguir:

Figura 9 - Papel da APS no Modelo de Atenção às condições crônicas



Fonte: Mendes, 2011

Segundo a OPAS, para implantação dos modelos de atenção às condições crônicas no sistema de saúde, são necessário:

- Planejamento estratégico das mudanças
- Introdução do trabalho multiprofissional no cuidado
- Oferta de novas formas de encontros entre profissionais de saúde e usuários, além das consultas individuais face-a-face
- Acompanhamento rotineiro dos usuários na comunidade
- Utilização de uma clínica centrada na pessoa e na família
- Utilização rotineira de planos de cuidados estabelecidos cooperativamente pela equipe de saúde e usuário
- Oferta de ações de autocuidado apoiado e o monitoramento contínuo dos planos de autocuidado
- Integração entre o cuidado dos generalistas e dos especialistas
- Educação permanente dos profissionais de saúde
- Educação em saúde dos usuários
- Utilização de prontuários clínicos eletrônicos capazes de registrar os usuários por estratos de riscos e de prover alertas e feedbacks aos profissionais de saúde e aos usuários
- Ligação estreita entre os serviços de saúde, as organizações comunitárias e os movimentos Sociais (OPAS, 2011, p.23)

2.5.3.2. Modelo de Atenção às condições agudas

O modelo de atenção às condições agudas, organiza as respostas dos sistemas às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

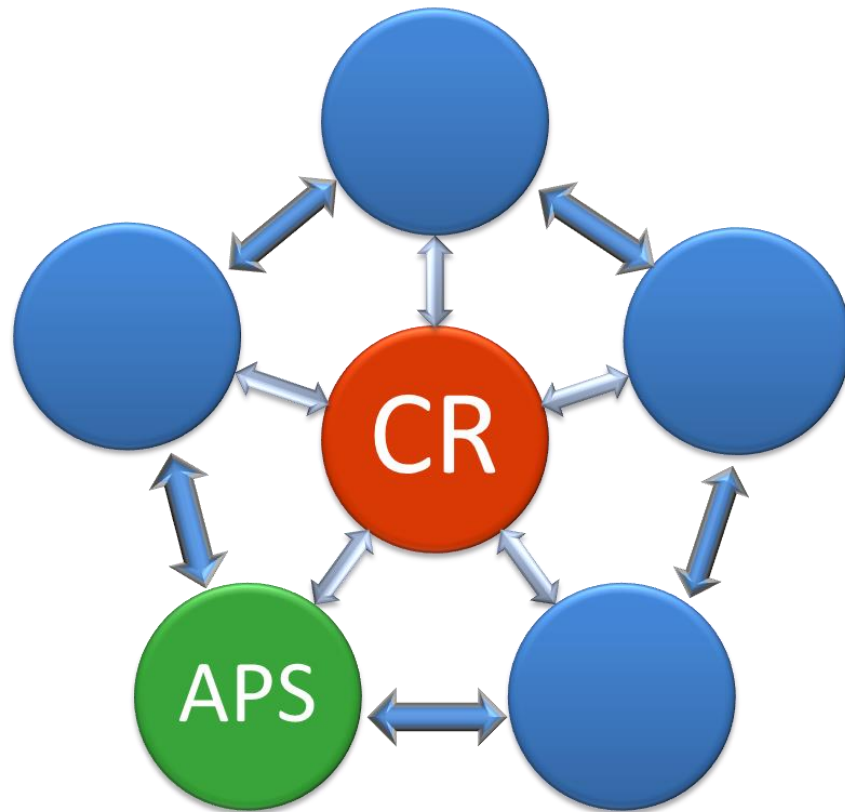
O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.(MENDES, 2012, p.53)

De acordo com Cordeiro Junior e Mafra (2008, apud Mendes, 2011, p. 215), a organização das redes de atenção às urgências e emergências faz-se segundo os critérios seguintes:

- utilização de protocolo único de classificação de risco;
- fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços dessa rede;
- pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se co-responsabilizam pelos resultados; e
- informatização dos processos (MENDES,2011, p.215)

Nesta Rede a APS é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede, que é realizado pela Central Reguladora – CR da Urgência e Emergência . Conforme pode ser observada na figura a seguir:

Figura 10 - Papel da APS como pontos de atenção no Modelo de Atenção às condições agudas



Fonte: Mendes, 2011

2.5.3.3. Modelo da Atenção da RC

O modelo de atenção adotado pela Rede Cegonha é um modelo que não pode ser definido classicamente como modelo de crônica ou de agudos. A gravidez não é uma doença, nem uma situação crônica, mas apresenta longitudinalidade que demanda ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos. E também não é condição aguda, nem agudizações de condições crônicas, mas demanda na organização do cuidado, processos que deem conta de classificação de risco da gravidez, fluxos de encaminhamento e vinculação a maternidade, estruturação logística com transporte de urgência e emergência (SAMU) e outras ações características do modelo de agudos.

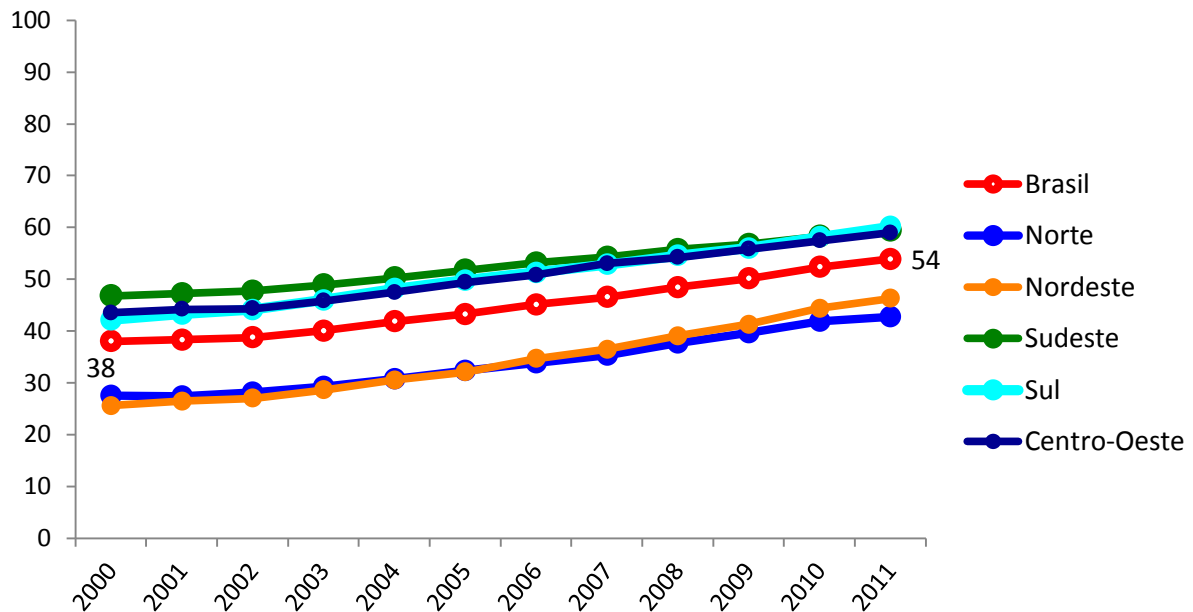
Portanto o modelo de atenção da Rede Cegonha supera estas modelagens e se constitui de acordo com as especificidade próprias. Este modelo busca romper com o modelo tradicional de cuidado ao pré natal, parto, nascimento e puerpério e cuidado as crianças até 2 anos de idade, é centrado principalmente nas mudanças da atenção à saúde, da gestão, da governança, da cultura e do financiamento, visa propiciar a mulher a vivência das experiências de gravidez, parto e puerpério “com segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.7).

Os principais indicadores que apontaram a necessidade de mudança no modelo de parto e nascimento no Brasil, foram os quadros de:

- Mortalidade infantil, em especial a neonatal, e materna elevadas, principalmente por causas evitáveis por ações de saúde;
- grande porcentagem dos óbitos infantis por asfixia intraparto;
- intensa medicalização do nascimento: sendo em média 98% de partos hospitalares, 88% realizados por médicos e sendo 52% cesariana incluindo rede privada e pública. Separadamente, na rede pública (SUS) essa taxa é de aproximadamente 37%, na rede privada, chega-se ao patamar de 82%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011); que
- altos índices de cesarianas contribuem para maior risco relativo para infecção puerperal (em média, 5 vezes maior), e produção de diversas morbimortalidade neonatal, com efeitos imediatos, de longo prazo e efeitos adversos invisíveis, e
- parto por cesárea expõe as mulheres e os bebês a mais riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, nascimentos prematuros e mortes.

Além dos pontos destacados acima se considerou também a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “que a proporção de cesáreas corresponda a cerca de 15% do total de partos e o procedimento seja realizado apenas quando há risco para a mãe ou para o bebê”. (IPEA, 2010, p.90). E ainda que o parto por cesárea apresenta uma tendência crescente no país e em todas as regiões a proporção de cesáreas é mais do que o dobro da recomendada pela OMS.

Gráfico 1 - Evolução da proporção de cesárea no Brasil e regiões 2000 – 2011



Fonte: Sinasc- CGIAE/SVS/MS

Segundo o Ministério da Saúde, a incidência de morte materna associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no método natural e ainda, a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos.

Segundo Diniz, a intensa medicalização do processo do nascimento em contrapartida a ampliação do conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com resultados inferiores ou seja, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil é definido como “paradoxo perinatal brasileiro”, ou seja, a tecnologia e conhecimento aumentam mas a morbimortalidade materna e infantil não apresenta redução.

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

Este modelo propõe atenção continuada e garantia de acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (mínimo de seis consultas de pré-natal, exames clínicos e laboratoriais), a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto (saber com antecedência onde dará à luz), incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento (humanização e

redução da violência obstétrica) “o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.7).

Propõe também, a garantia do acompanhamento da criança na atenção básica, com foco na avaliação e apoio ao desenvolvimento integral, em especial na primeira infância: apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, crescimento físico, desenvolvimento neuro-motor, desenvolvimento intelectual-cognitivo, desenvolvimento sócio emocional, diagnóstico precoce e suporte intersetorial à família em situações de violência ou dinâmica familiar alterada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Em relação as mudanças da gestão e da cultura, a RC propõe a elaboração e validação de diretrizes clínicas, estruturadas em linhas-guia (guidelines) e protocolos clínicos, assim como ações de estímulo a mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde por meio de educação permanente e também a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde segundo estratos de risco.

Os protocolos são construídos com base em evidências e em conjunto com as sociedade civil, entidade de classes profissionais e academia que os validam, recomendando sua adoção pelos profissionais de saúde do SUS. Entre os protocolos da RC destacam-se: Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência, protocolo para utilização de Misoprostol em obstetrícia

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

Figura 11 - Linha de cuidado da gestante e recém-nascido



Fonte: Ministério da Saúde

Além de protocolos e linhas de cuidados, o MS oferece aos profissionais de saúde manuais, normas técnicas, guias e outros a fim de instrumentalizar e orientar as práticas das ações de saúde, entre estes citamos: Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, Manual Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI Neonatal: normas e manuais técnicos e quadros de procedimentos; Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para os Profissionais de Saúde, Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares; Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica, Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde e outros.

Complementarmente, para que seja propiciada a mudança da lógica do cuidado e consequente desospitalização e desmedicalização do parto e atendimento mais sensível e humanizado, o MS tem realizado um investimento significativo em educação permanente dos profissionais de saúde, através de ações de:

- Educação, Capacitação e Gestão do Trabalho em Parceria com o Ministério da Educação para promoção da formação e a fixação de profissionais;
- Aumento da oferta de residências e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança;
- Capacitação em boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Cadastramento das parteiras tradicionais e vinculação com as Unidades Básicas de Saúde;
- Ampliação da formação de enfermeiras obstetras,
- Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade e Núcleos Hospitalares de Vigilância: fortalecimento da vigilância do óbito materno, infantil e fetal, e
- Produção de materiais educativos e institucionais.

A RC pauta-se num modelo que busca resgatar que “dar à luz” não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro (a) envolvido (a) e toda a família.

IV. ANÁLISE

A análise se apresenta em três partes, primeiro uma análise do panorama geral, da contextualização, objetivos e conceitos, a seguir na segunda parte uma análise breve dos dados quantitativos relatos na contextualização, que são os indicadores prioritários da RC e para finalizar, a terceira parte apresenta uma análise qualitativa baseada na matriz SWOT/FOFA, com levantamento de forças, fraquezas, oportunidade e ameaças da RC em relação às características gerais e seus elementos constitutivos.

A Análise do panorama geral permite identificar que o Brasil como estado membro da Organização Mundial de Saúde e signatário de vários tratados internacionais têm desenvolvido suas políticas de saúde alinhadas as orientações e acordos da OMS. As Redes de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha são priorizadas dentro das agendas políticas de saúde, e estruturadas de acordo com os conceitos, características, diretrizes, objetivos e fundamentos para organização propostos por estes organismos internacionais e são adequadas, onde necessário, em concordância com as especificidades constitucionais, do federalismo e da dimensão territorial brasileira.

Estas especificidades produziram construções peculiares de dispositivos de gestão e governança da RC, assim como formato próprio de implementação, financiamento, monitoramento e avaliação. Este detalhamento não é (e nem deve ser) dado pela OMS/OPAS e está sendo construído pela vontade política, participação social, pelo acúmulo de experiências do SUS e sendo refinado de forma processual e incremental, na medida em que se implantam a RC nos territórios.

A proposta de organização das ações e serviços de saúde em redes é normatizada no SUS em dezembro de 2010, juntamente com a troca de gestão do Ministério, isso nos dá um breve “*gap*” na estruturação das RAS, pois foi somente em junho de 2011 que a primeira Rede Temática, a RC, foi lançada. Sendo assim temos pouco mais de dois anos de implantação desta estratégia no SUS, o que nos dá pouco tempo para evidenciar resultados de grande monta.

A Rede Cegonha é constituída a partir de diversos processos e ações para a redução da mortalidade materna e infantil em curso no país, de diversas pactuações internacionais, entre elas os ODMs, e de experiências existentes em ações e serviços para a saúde das mulheres e crianças. A novidade é que estas ações passam a ser cuidadas dentro da ótica de política prioritária de governo e são alavancadas no bojo do planejamento, do investimento político e financeiro.

A fim de ilustração, o governo se dispõe a investir na RC mais de R\$ 9,3 bilhões até 2014 e estrutura um sistema potente de monitoramento das ações do Ministério da Saúde, através da Casa Civil e presidência.

Para se ter uma ideia do aporte e estruturação orçamentária nesta ação, o que não quer dizer que foi dinheiro “novo” para o MS, segue um levantamento das LOA de 2010 a 2013.

Quadro 2 - Ação orçamentária e valores LOA de 2010 a 2013 da Rede Cegonha

AÇÃO ORÇAMENTÁRIA	2010	2011	2012	2013
Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Criança	9.000.000,00	14.000.000,00	15.000.000,00	15.250.000,00
Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	9.000.000,00	11.260.135,00	12.000.000,00	12.600.000,00
Apoio à Implantação da Rede Cegonha			176.200.000,00	234.000.000,00
Atenção Especializada RC^{14*}				25.011.017,00
MAC RC^{14*}				1.086.435.398,00
Total programado	18.000.000,00	25.260.135,00	203.200.000,00	1.373.296.415,00

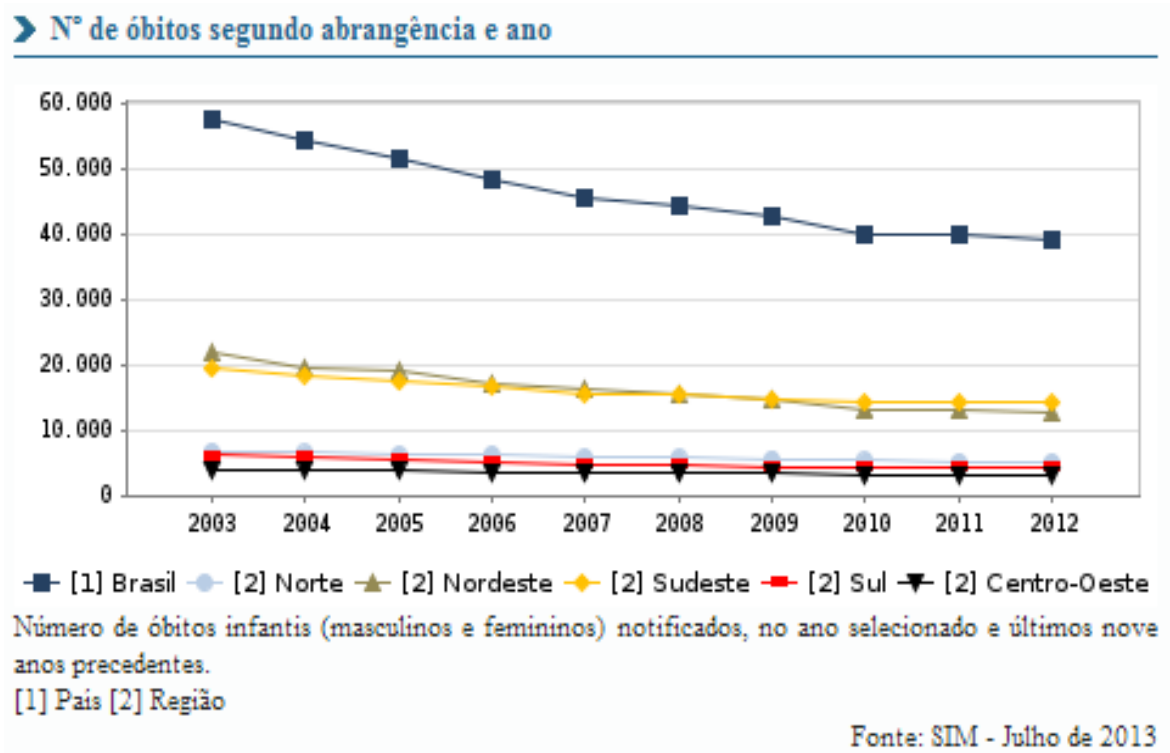
Observa-se que o aumento ocorrido para as Políticas de Atenção à Saúde da Criança e da Mulher é o reajuste anual de praxe, entretanto foram criadas ações específicas para implementação da RC e priorizado junto a Atenção Especializada e MAC, com aporte financeiro. Demonstrando organização orçamentária financeira estruturada com priorização da RC no âmbito do orçamento do SUS/MS.

A análise dos dados quantitativos dos indicadores prioritários da RC, permite identificar que a redução da mortalidade infantil no Brasil alcançou em 2012, 3 anos antes da data estipulada, os índices de redução definidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Segundo o MS, somente nos últimos três anos, a queda da taxa de

¹⁴ *Estas ações orçamentárias já destinavam recursos para a Saúde da Mulher, porém não havia rubrica carimbada, o que passa a ter em 2013, o que torna possível definir o montante destinado a RC.

mortalidade na infância foi de 9%, caindo de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva em 2010 para 16,9 em 2012.

Gráfico 2 - Nº de óbitos infantil notificado de 2003 a 2012

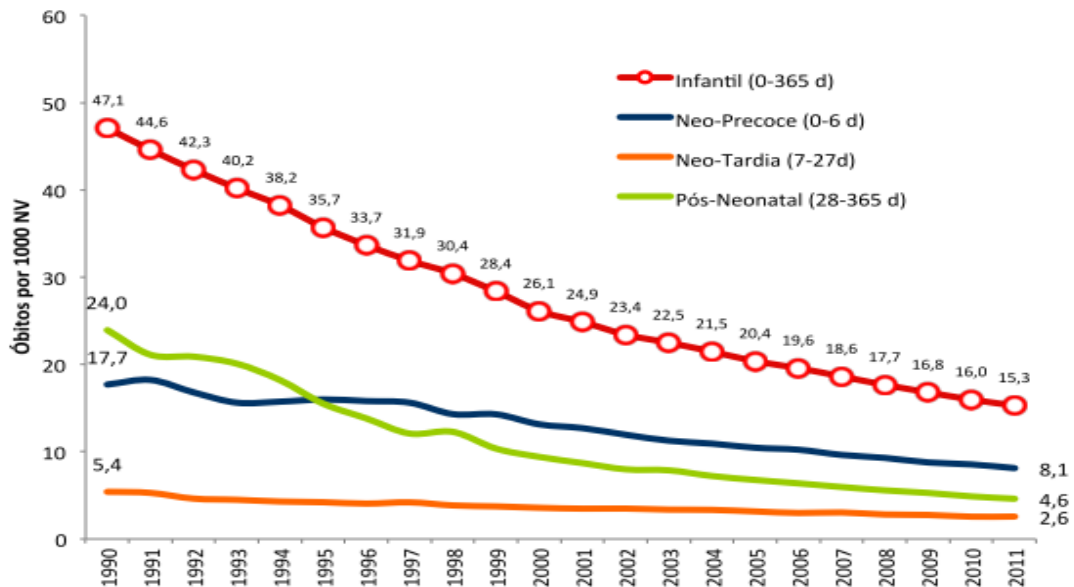


Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – SVS/Aids

Podemos observar neste gráfico que a queda da mortalidade infantil é contínua, observando-se maior redução em 2012 em relação a 2011.

Em relação aos índices no primeiro ano de vida, entre 1990 e 2011 a variação da taxa de mortalidade infantil foi de 67,5%, a neo precoce 54,1%, neo tardia 52,0% e pós neonatal 80,8%. Observa-se menor redução no componente neonatal precoce (até 6 dias de vida) e neonatal tardia (de uma semana a 27 dias de vida). Como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 3 - Taxa de mortalidade segundo seus componentes. Brasil, 1990 a 2011

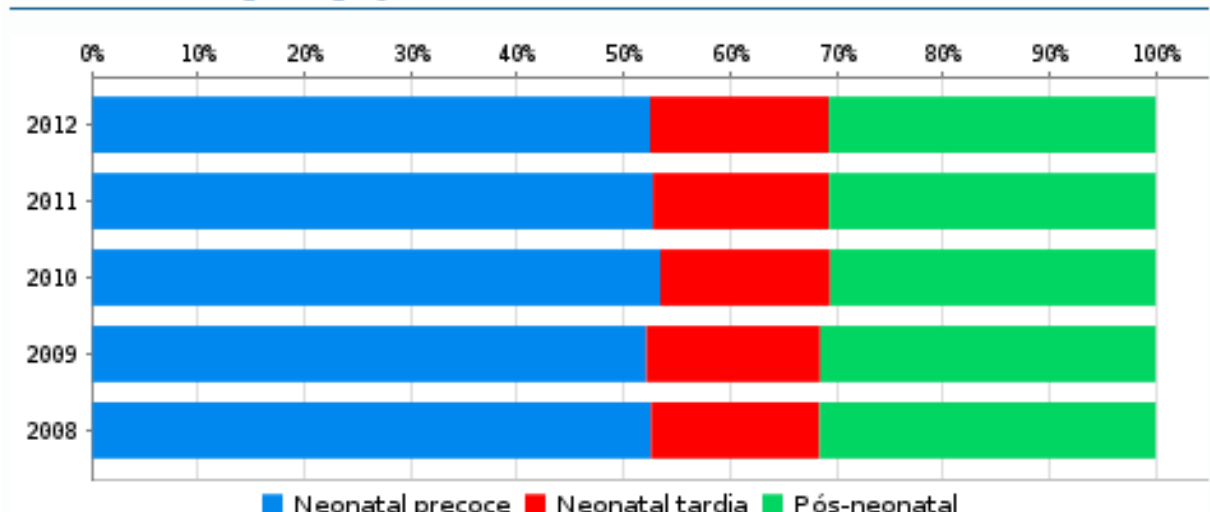


Fonte: CGIAE/SVS/MS

Como pode ser verificado no gráfico de barras a seguir, a mortalidade neonatal (precoce e tardia- até 28 dias de vida) é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, sendo mais que 50% ocorre na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida que representando 25%.

Gráfico 4 - N° de óbitos infantil notificado, segundo grupo etário e ano

► N° de óbitos segundo grupo etário e ano



Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário.

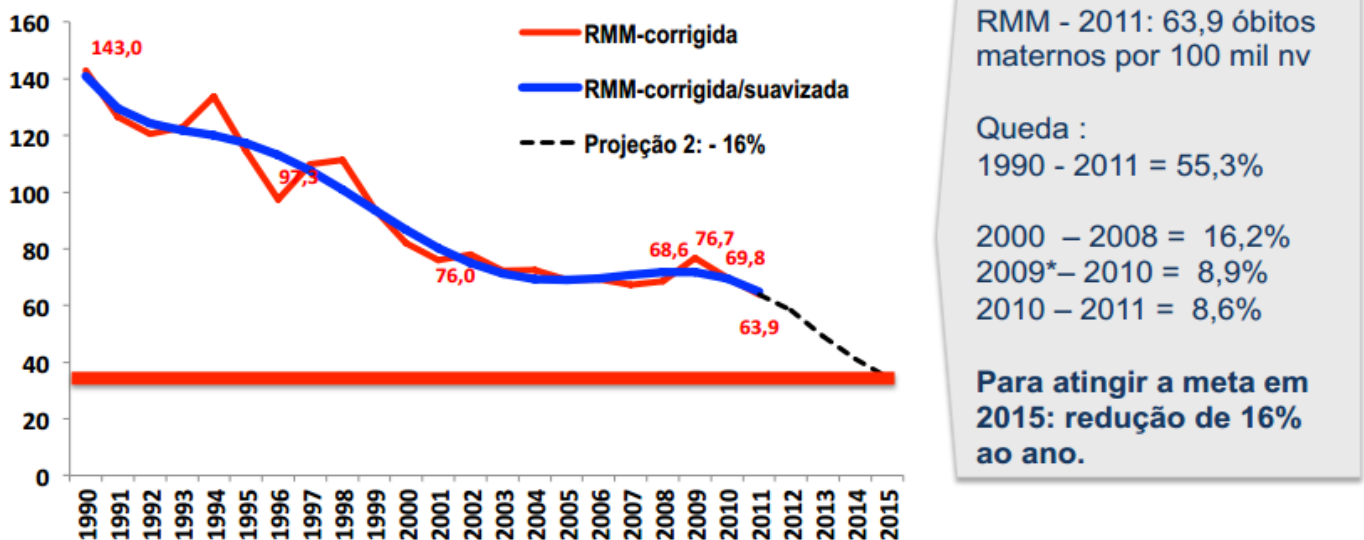
Fonte: SIM - Julho de 2013

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – SVS/Aids

Os dados demonstrado sobre mortalidade infantil, mostram a continua redução, mas a ausência de dados conclusos de 2013 nos impede de chegar a alguma evidencia, sobre alterações significativas devido às ações da RC. Entretanto nos confirma que o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país, que está estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido.

O índice de mortalidade entre mulheres no país está em permanente queda. Em 1990, foram 140 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 2010 foram 68,6 por 100 mil e em 2011 foram 63,9 por 100mil NV. Ainda assim, os índices são altos, considerando que em países desenvolvidos a RMM oscila de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna - RMM (por 100mil NV), 1990 a 2011, e projeções para atingir a meta ODM ¹⁵



Fonte: CGIAE/SVS/MS

Levando-se em consideração que a meta do ODM de redução da Razão da Mortalidade Materna – RMM é de passar de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV, até 2015 e tendo em 2011 a RMM de 63,9 óbitos maternos por 100mil NV, se persistir este percentual de redução anual, que tem sido de 8,6%, não se atingirá a meta estabelecida até 2015. Para poder atingir esse objetivo a redução anual teria que ser no mínimo 16%¹⁶, isto significa dobrar os esforços, meta que a RC tem buscado através de

¹⁵ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mort_dobrasil.pdf

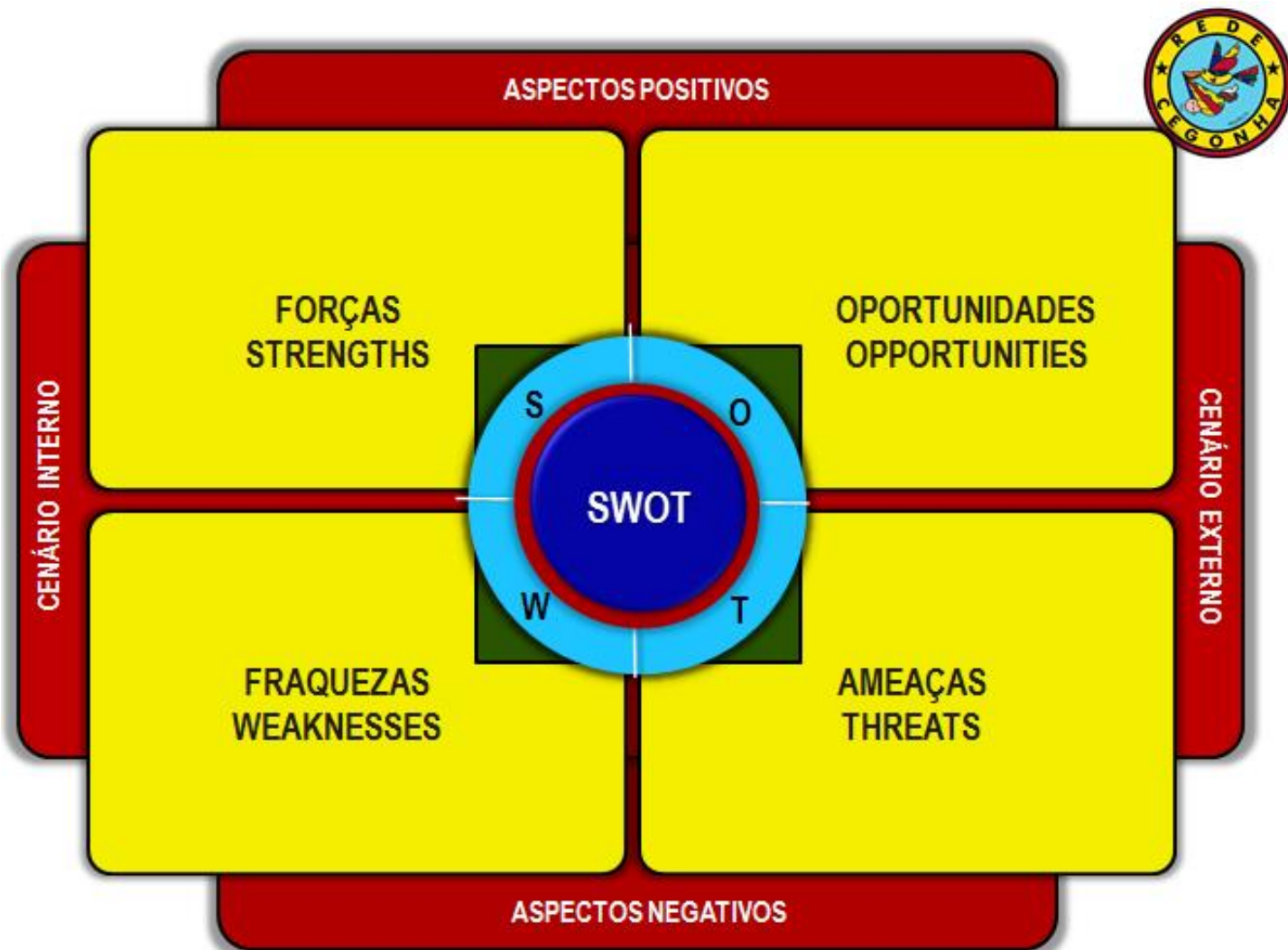
¹⁶ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mort_dobrasil.pdf

suas ações e em especial nas 32 Maternidade que concentram o maior número de MM do Brasil e na qualificação da APS.

Em relação aos outros indicadores citados (Proporção de partos normais, Proporção de partos cesáreos, Incidência de sífilis congênita e Proporção de nascidos vivos com mãe com 7 ou mais consultas de pré natal), os dados de 2012 e 2013 ainda não estão disponíveis, o que nos impede de verificar mudanças decorrentes das ações da RC e representa uma limitação na análise deste trabalho.

A análise qualitativa do processo de operacionalização da RC baseado na matriz SWOT, tomou como foco as características e elementos constitutivos desta rede. Foi realizada análise dos cenários internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) da RC, sendo considerado como interno o Ministério da Saúde (variáveis que partem de dentro para fora) e com externo os aspectos/campos internacionais, do Governo Estadual e Municipal e sociedade civil e organizada (variáveis que afetam de fora para dentro)

Figura 12- Modelo de análise SWOT



Nesta terceira parte será apresentada a análise dos quatro elementos que compõem a matriz SWOT de acordo com o identificado na Rede Cegonha.

1. FORÇAS (*Strengths*) da RC

As forças aqui descritas são os recursos considerados importantes que podem ser empregados para o alcance de objetivos e metas da RC. Foram levantadas as principais forças das características da rede e dos seus elementos constitutivos.

Como aspecto positivo do cenário interno da RC, primeiramente destaca-se que ela foi planejada e estruturada em consonância com os conceitos e modelo de rede adotado pelo Ministério da Saúde, onde contempla todos os elementos constitutivos, diretrizes, objetivos e orientações da OMS/OPAS. Possui a força de ter como base toda a experiência do SUS em seus 25 anos de existência e se apropriar dos instrumentos normativos, de contratualização, de monitoramento e avaliação já consistentes e consolidados no SUS.

O modelo de gestão federativo possibilita e induz a contratualização e responsabilização da União, Estados e Municípios, favorece a existência dos Conselhos, Comissões Intergestoras e outros dispositivos de gestão participativa do SUS e beneficia o respeito aos valores democráticos.

Em relação aos elementos constitutivos, temos como pontos positivos que a população é claramente definida e existe demandada para as ações de cuidados pré natal, parto, pós parto e infantil.

A Atenção Primária em Saúde, já existentes no SUS, é afirmada como coordenadora do cuidado e centro de comunicação das RAS e incorpora as ações da RC de forma bastante positiva, se responsabilizando pelo componente Pré-natal da Rede Cegonha e componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. O que representa um grande potencial de efetivação da RC, pois atualmente temos quase 100% dos municípios brasileiros aderidos ao componente pré-natal. Outro ponto favorável é que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem entre seus elementos de avaliação algumas ações da RC.

Em relação aos pontos de atenção secundários e terciários, temos diversos pontos fortes, entre eles o MS priorizou no planejamento estratégico o investimento em ações de ampliação destes pontos dentro da lógica da RC, através do aumento do custeio dos serviços, financiamento de obras, ambiência nas maternidades e hospitais e recursos para aquisição de equipamentos. Ainda contamos também com a criação, regulamentação e financiamento de dispositivos que estimulam o parto humanizado (CGBP, CPN), qualificação e equipagem dos

SAMU para urgência neonatal, ampliação do financiamento para leitos de UTI adulto e neonatal, UCI Convencional e UCI Canguru.

Os Sistemas de Apoio (Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, Sistema de assistência farmacêutica e Sistemas de informação em saúde) e os Sistemas Logísticos (cartão de identificação, o registro eletrônico em saúde/prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde) da RC, apresentam maior estruturação, pois já eram elementos da organização e gestão do SUS. Com o evento das RAS, estes se consolidam como elementos transversais a todas as redes temáticas e são qualificados e alinhados as propostas destas.

Esta rede possibilita avanços para estes sistemas e para a população, produzindo a ampliação da disponibilização de diversos exames de rotina e complementares para a gestante e bebe, facilitando a aquisição de medicamentos e testes rápidos (Sífilis, HIV) através de compra centralizada e ainda incorporando novas tecnologias de atenção à saúde, medicamentos, contraceptivos e outros insumos.

Os sistemas de Informação, monitoramento e regulação da RAS/Rede Cegonha são contemplados com a criação de novos sistemas tanto para uso do MS como para a gestão nos municípios.

Complementando a análise dos pontos fortes da estrutura operacional, a RC em sua operacionalização incorpora os Sistemas Logísticos existentes no SUS, que são o cartão de identificação, o registro eletrônico em saúde/prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde, o que facilita e potencializa as ações e a gestão desta.

Outro aspecto positivo é a regulação do acesso aos serviços na RC com o mote “Garantia de Vaga Sempre” para gestantes e bebês, que propõe a garantia e agilização do atendimento da gestante, parturiente e recém-nascido.

O transporte sanitário apresenta-se como força para a implementação da RC, por estar previsto nas normativas que a regulamentam, ser dispositivo facilitador do acesso e entendido como direito dos usuários do SUS.

Configura-se também como ponto forte na RC a proposta de uma governança sistêmica que integra a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede, visando assegurar a resolutividade da rede, assim como a participação da trina federativa e social.

A RC reproduz o sistema gerencial, estruturado ao longo dos 25 anos do SUS, em toda sua complexidade e integra os mecanismos interinstitucionais de gestão já existentes,

expressos nas Comissões Intergestoras. Aprimora este sistema com a criação de outros dispositivos de governanças, como os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais, Grupo Condutor Estadual e amplia a participação social com o Comitê de Mobilização Social e da academia e expert com o Comitê de Especialistas.

Esta rede em seu processo de governança traz o cuidado de contemplar a participação e responsabilização da trina federativa, dos atores e entidades profissionais e da sociedade civil, assim como mecanismos e procedimentos para a gestão compartilhada.

O SUS, está investindo na mudança da lógica do financiamento, passando da lógica de cobrança por procedimentos para financiamento por captação ou por ciclo completo de atendimento, ampliou o financiamento para as ações e serviços da RC, para construção, ampliação e reforma, e oferece quase 100% dos custos de implantação e custeio mensal.

O Modelo de Atenção da RC traz um diferencial em relação às indicações da OMS, onde as orientações priorizam o formato organizacional. Aqui encontramos um refinamento com foco na lógica do cuidado, onde a RC aborda aspectos culturais, políticos, ideológicos, técnicos e éticos. Com este modelo o MS se fortalece para avançar também no campo do enfretamento do corporativismo e da mercantilização da saúde e do parto.

Este modelo de atenção aponta para mudança na lógica do cuidado, que prima pela atenção contínua e integral, com cuidados primários, secundários e terciários operados na lógica da humanização, do respeito pelo fisiologismo do parto e dos direitos das mulheres. Sendo assim se constitui no sentido da quebra do modelo hegemônico hospitalar e médico centrado e facilitador da redução da mortalidade materna e infantil.

Outro ponto forte do SUS e da RC é a promoção da capacitação e captação de profissionais através do Programa Mais Médicos e formação e qualificação dos profissionais de saúde da APS, da atenção secundária e terciária, através de parceiras com universidades, com oferta de novos cursos, residências, especializações e outros.

Outro ponto forte é o apoio institucional, oferecido pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios através de consultores/apoiadores que estão ou vão aos territórios, a fim de facilitar, apoiar e colaborar na implementação da rede nos municípios dentro da lógica da RC. A ação dos apoiadores vem se mostrando como potente agente de agilização e qualificação do planejamento e implantação nos estados e municípios.

O modelo de atenção da RC tem ainda como força a oferta de espaços para a participação dos movimentos sociais, das universidades, de especialista e outros.

As forças presentes fundamentalmente consistem na própria estrutura e potencia do SUS, na vontade política da atual gestão, na oferta de modelo de cuidado que prima pela qualidade, humanização, respeito e participação de diferentes atores.

2. OPORTUNIDADES (*Opportunities*)

As oportunidades, agora descritas, são forças externas que não estão sob a governabilidade do MS, mas que podem ser aproveitadas para favorecer o desenvolvimento das ações, objetivos e metas da RC.

Como aspecto positivo, temos primeiramente o fato de esta rede ter sido pautada como política prioritária do Governo, através de um Presidente mulher que apoia e incentiva ações de saúde das mulheres.

Outro fator é o Brasil ser signatário de vários tratados internacionais, entre eles os Objetivos do Milênio, onde alcançou destaque e reconhecimento internacional pelo modelo de atenção à saúde adotado, que possibilitou ter alcançado três anos antes do prazo previsto a redução de mortalidade infantil. O Brasil é apontado pela OMS como exemplo a ser seguido na redução da mortalidade materna e infantil. Estas oportunidades no cenário internacional possibilitam o fortalecimento desta política, atraem investimento de organismos internacionais e produzem maior visibilidade das ações da RC.

No cenário nacional temos como um dos aspectos favoráveis a superação da extrema pobreza, que produziu ascensão social de grande parcela da população, que passou a ter melhores condições de vida, maior acesso à informação, mais consciência de seus direitos e maior participação nos processos e políticas de saúde. O que tem favorecido o acesso aos serviços e ações de saúde, o diálogo com os movimentos sociais e o fortalecimento das instâncias de participação social e de controle das políticas de saúde.

Uma grande oportunidade para a RC é a existência de demanda para atenção à saúde materno infantil por parte da população, cerca de 61 milhões de brasileiras e criança até dois anos de idade, o que representa uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e de crianças, e ainda interesse de grande parte dos gestores estaduais e municipais em oferecer este cuidado. Temos então um “campo fértil”, a somatória da demanda com a vontade de fazer.

Outros fatores que favorecem a implementação da RC são o apoio do CONASS, CONASEMS, CNS, de diversos atores, universidades, entidades profissionais e da sociedade civil e organizada. Sendo estes potentes aliados no enfrentamento dos desafios presentes.

Outras oportunidades importantes tem se apresentado nas parcerias, entre elas temos órgãos do Poder Executivo (Casa Civil, Secretaria de Políticas para Mulheres, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria de Direitos Humanos, Ministério de Desenvolvimento Social e outros), do Poder Legislativo (diversas frentes parlamentares, Comissões, Grupos de Trabalhos e outros da Câmara e Senado) e do Poder Judiciário (Supremo Tribunal Federal). O que tem permitido criação de órgãos de apoio e a aprovação de leis que incidem de modo direto ou indireto sobre a saúde das mulheres e crianças.

Contamos também com instâncias de participação social que potencializam a Política de Saúde das Mulheres e a Rede Cegonha, entre elas temos as Conferências Nacionais de Saúde, de Políticas para as Mulheres, Juventude, Direitos Humanos e outras.

As oportunidades presentes são fatores externos com grande potencial de fortalecer esta estratégia, pois oferecem apoio do governo, reconhecimento e apoio internacional, campo de ampliação da rede junto aos estados e municípios, parcerias para sua construção e consolidação e legitimação junto à sociedade, ou seja, tem o aceite e apoio de diversas instâncias.

3. FRAQUEZAS (*Weaknesses*)

Na sequência são apresentados os pontos fracos/fraquezas, que correspondem aos pontos vulneráveis que podem limitar ou reduzir a capacidade de implementação da RC.

Como aspecto negativo do cenário interno, temos o modelo de gestão federativo do SUS, que assim como representa um ponto forte, também representa um aspecto negativo (fraqueza), pois dificulta a ação direta do Ministério da Saúde nos municípios e estados, tanto no sentido da garantia da implantação dos serviços da RC, da qualidade e equidade na oferta das ações e serviços de saúde, quanto na aplicação adequada dos recursos, gestão e garantia de quadro qualificado de profissionais.

O SUS/RC possui uma forma complexa e dinâmica de organização, observamos uma contínua mudança nos diversos atos normativos, dispositivos e instrumentos de organização e pactuação entre os entes federativos (por exemplo: Pacto pela Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, NOB - Norma Operacional Básica, Decreto 7.508, COAP, Plano Geral de ações e Serviços de Saúde, etc...), uma diversidade de instrumentos de monitoramento, avaliação e informação (SIM, SINAM, SISPART, SISPRENATAL, PMAQ-AB, e tantos outros), e ainda as normativas mudam constantemente, estas características se constituem num desafio

complexo, tanto para organização interna no MS quanto para organização, implantação e capacitação nos estados e municípios.

Muitos sistemas e instrumentos de pactuação não se conversam fazendo com que a própria equipe do MS e os gestores tenham de alimentar diversos sistemas, participar de inúmeras pactuações, prestar conta para várias áreas do MS e outras multiplicidade de ações que demandam do MS e gestores, tempo, estruturas e recursos humanos qualificados. Fazendo uso das palavras de Gastão Vagner “o SUS parece uma versão pós moderna da Torre de Babel”.

Além desta multiplicidade de instrumentos e características, a gestão federal da RC tem o desafio de gerenciar a universalização das ações, que cobre todos os municípios brasileiros e cerca de três milhões de mulheres e quase o mesmo quantitativo de crianças ao ano, o que demanda organização de processo de trabalho, logística, organização interna e qualificação dos profissionais. Entretanto no MS existe limitação no espaço físico e equipamento de trabalho, grande precariedade nos vínculos empregatícios, com rotatividade intensa dos profissionais, o que dificulta a implementação da RC, a continuidade de diversas ações e de se preservar a memória institucional.

Outra fraqueza do SUS e da RC é referente ao financiamento, primeiramente temos recursos financeiros limitados, devido ao baixo investimento da União para saúde; segundo: a lógica de pagamento por procedimento é predominante, o que estimula a produção de números e não da qualidade da atenção à saúde; terceiro: temos dificuldade de descentralização do repasse dos recursos financeiros, devido à complexidade dos processos de transferência para estados, municípios, universidades, entidades filantrópicas e outros e por fim, temos morosidade de execução de obras através da Caixa Econômica Federal. Estas são questões nodais que dificultam e atrasam a implantação da RC.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 55,73%, esta cobertura ainda precisa ser melhorada, o MS precisa envidar mais esforço para incentivar a ampliação da cobertura, assim como investir mais na formação e qualificação das equipes, tanto a nível federal no MS, quanto nos estados e municípios, onde temos déficit de médicos e profissionais de saúde nas equipes da APS e poucos profissionais qualificados em consonância com o modelo de atenção da RC.

Em relação aos Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos ainda é necessário enfrentar a morosidade dos processos de licitação para compras centralizadas e trabalhar o convencimento dos gestores sobre a importância destes, pois nem todos solicitam os testes, medicamentos, insumos e outros itens ofertados pela RC. Outro ponto frágil é a dificuldade

do MS na descentralização da gestão, aquisição e distribuição de testes, medicamentos, contraceptivos e outros insumos.

Os sistemas de Informação, monitoramento e regulação da RAS/Rede Cegonha ainda carecem de aprimoramento e de desenvolvimento de interoperabilidade, são diversos sistemas que necessitam de constante revisão e aperfeiçoamento.

No transporte sanitário a compra centralizada de veículos é um processo moroso e encontra diversas barreiras impostas pelos processos vigentes.

A governança da RC propõe um sistema de contratualização complexo que passa por diversas instancias de pactuação, que demandam estrutura e equipamento logístico, o que acaba por tornar o processo moroso e complexo, em especial para os municípios de menor capacidade administrativa e de gestão.

Entre as fraquezas do modelo de atenção da RC, destacam-se a ambiguidade de posicionamento do governo em relação ao aborto, inclusive o aborto legal e a dificuldade de estruturação de dispositivos capazes de garantir a incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento (humanização e redução da violência obstétrica) e do direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

As fraquezas apresentadas constituem-se na maioria por questões de processo de trabalho, organização e logísticas, que são questões próprias da gestão federal, presentes em quase todos os programas do MS e de governo.

4. AMEAÇAS (*Threats*)

Como quarta dimensão da matriz SWOT temos as ameaças, estas produzem obstáculos ao desenvolvimento desta rede, mas que podem ser evitadas através da identificação e da tomadas às medidas adequadas. Na sequencia temos a identificação das principais ameaças encontrada em relação as características e elementos constitutivos da RC.

Como aspecto negativo do cenário externo temos, mais uma vez, o modelo de gestão federativo que produz um espaço caracterizado por muitas tensões e conflitos, refletindo em entraves na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo, dificultando a efetivação da RC e do SUS.

Um importante fator a ser considerado nas ameaças é a dimensão territorial/geográfica, a existência de aproximadamente 5.570 municípios representa um universo polimorfo composto de diferentes regiões, portes populacionais, capacidade econômica e características culturais e sanitárias, o que torna mais complexa a implantação

das políticas, a regulação, a distribuição equitativa dos recursos, a logística do transporte sanitário e o acesso da população as ações e serviços de saúde de qualidade em tempo oportuno.

Devido a universalidade da RC, temos um grande e disperso quantitativo de mulheres em idade fértil e crianças até 2 anos de idade, o que dificulta a captação e identificação nos territórios, assim como a garantia da atenção equitativa. Outro desafio a ser superado é o desconhecimento por parte da população das ações e serviços oferecidos pela RC/SUS.

No cenário dos estados e municípios existe também dificuldade de transferência dos recursos financeiros dos fundos estaduais para os municipais e dos municipais para os serviços específicos da RC. Sendo agravado pelas dificuldades, dos municípios, de captação e utilização dos recursos financeiros para a RC.

Apesar dos investimentos do MS ainda encontramos na APS a fragmentação do trabalho em equipe e da atenção, e ainda dificuldade de comunicação com os demais níveis de atenção da rede, por exemplo, é comum uma gestante chegar numa maternidade para o parto e este serviço não ter acesso a informações fundamentais do pré-natal realizado.

Em relação aos pontos de atenção secundários e terciários ainda temos a fragilidade de insuficiência de leitos obstétricos e neonatais, e dificuldade de regulação destes leitos e dos exames. Por estes serviços serem organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidades tecnológicas em função dos riscos, encontramos uma concentração de atendimento de alto risco nas capitais, Regiões Metropolitanas e grandes cidades, ficando os municípios de baixo porte populacionais vinculados a estes, o que dificulta o atendimento de urgência em tempo melhor para as gestantes e bebês e ainda demanda a estruturação de sistema de transporte mais eficazes.

Outros pontos frágeis são que nem todos os pontos de atenção realizam acolhimento com classificação de risco, em geral as maternidades apresentam precariedade e ou ausência de ambiência, escasso exercício de boas práticas, onde não cumprem normativa que garante a presença de acompanhante no pré, durante e pós-parto.

Em relação aos sistemas de Informação, monitoramento e regulação da Rede Cegonha nos territórios, temos como aspecto negativo que nem todos os pontos de atenção à saúde possuem profissionais qualificados para operar os sistemas, nem possuem equipamentos de informática, acesso a internet banda larga e estrutura para utilização dos sistemas, apesar da ampliação das fontes de financiamento para aquisição destes equipamentos e da incorporação da internet no cotidiano das pessoas.

A regulação do acesso aos serviços da RC na prática tem demonstrado precariedade e dificuldade em muitos municípios, sendo que se constata dificuldades nos processos de referência e contra referência e a existência de baixa vinculação das gestantes ao local de ocorrência do parto. Temos ainda o desafio de estruturação de centrais de regulação nos municípios, em especial nos de menor porte populacional.

A governança se confronta com a dificuldade de conjugar a interdependência e autonomia dos três entes (Federal, Estadual e Municipal) também no que se refere aos sistemas de contratualização, de monitoramento e avaliação.

Além destas dificuldades, inúmeros desafios se apresentam ao Modelo de Atenção adotado pela RC, destacando-se a hospitalização, medicalização e mercantilização do parto, que desrespeitam o fisiologismo do processo parturitivo e a própria escolha da mulher. Temos também pressões contrárias às conquistas do movimento feminista e dos movimentos de mulheres, em especial no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivo, com destaque aos movimentos parlamentar de bancada de religiões e de movimentos fundamentalistas.

As ameaças apresentadas constituem-se em fatores que independem do MS, algumas sem possibilidade de mudança, como a dimensão territorial, que demanda o desenvolvimento de estratégias de manejo para redução das dificuldades, outras passíveis de mudança que dependem dos gestores locais e outras bastantes críticas, pois se referem a valores sociais, culturais, religiosos, econômicos, corporativos e outros.

5. Análise cruzada da matriz SWOT

Até aqui foram analisados os cenários internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) da RC, na sequência segue a análise cruzada dos dados levantados nos quatro componentes da matriz SWOT.

Esta análise demonstra que a RC em seu cenário interno possui pontos forte consistentes e consolidados, que se apresentam em maior número que os pontos fracos, sendo estes predominantemente de processo de trabalho, organização e logísticas e são totalmente passíveis de mudanças, isso representa um cenário bastante positivo para o processo de implementação da rede. O cenário externo oferece oportunidades com grande potencial de fortalecer esta estratégia e em contrapartida temos ameaças significativas, que podem colocar em risco a rede cegonha; o enfrentamento das ameaças demandam construção de estratégias a partir dos pontos fortes e oportunidades.

A RC possui pontos fortes estratégicos que podem ajudar a aproveitar ao máximo as oportunidades detectadas ou que surgirem. Por se apropriar do arcabouço técnico e organizativo oferecido pela OMS e OPAS, se embasar nos princípios e diretrizes do SUS, se alicerçar na estrutura organizacional, monitoramento, sistemas de informação, normativa, participação social e outros mecanismo de gestão existentes, construídos no decorrer dos 25 anos do SUS, apresenta uma sólida estruturação e potência, que podem ser utilizados para explorar melhor o reconhecimento internacional, o sufrágio oferecidas pelo governo federal, o aceite e apoio de diversas instancias e o interesse por parte dos gestores, a fim de ampliar e consolidar a RC e efetivar a redução da mortalidade materna e infantil.

Os pontos fortes também podem minimizar e evitar os efeitos das ameaças detectadas, sendo assim a experiência acumulada de gestão do SUS pode facilitar o manejo da dimensão territorial, das especificidade regionais e da universalização das ações. As dificuldades presentes nos estados e municípios em relação aos pontos de atenção, sistemas de apoio e logístico, regulação, capacitação dos profissionais, qualificação da atenção e uso otimizado dos recursos podem ser minimizados pelos aportes técnico, financeiro, logístico e dos apoiadores nos territórios oferecido pelo MS.

Entretanto as ameaças decorrentes da hospitalização, medicalização e mercantilização do parto, são complexas e requerem um manejo cuidadoso e vigoroso, envolvendo além da experiência em gestão do SUS a mobilização de parceiros (CONASS, CONASEMS, organizações da sociedade civil, universidade, órgãos do governo federal e outros) a fim do fortalecimento e defesa do modelo da atenção proposto pela RC em diversas instancias. Estes desafios são importantes e devem ser enfrentados e superados, com estratégias que se valham dos pontos fortes e das oportunidades para que se consiga de fato modificar o cenário de fragmentação da atenção ao parto e nascimento.

Os Pontos Fracos da RC precisam ser minimizados para que seja possível se aproveitar as oportunidades detectadas. Sendo assim superar a forma dinâmica e complexa de organização e contratualização, a multiplicidade de instrumentos de pactuação e de sistemas (de informação, apoio e logísticos), a limitação dos recursos financeiros, a forma equivocadas e morosas de repasse para estados e municípios, é uma tarefa na qual a equipe da RC terá que se debruçar a fim de aproveitar melhor o interesse dos gestores e facilitar a implantação e efetivação da rede.

Ainda em relação aos pontos fracos é necessário estabelecer um plano defensivo para evitar que as ameaças externas sejam potencializadas por estes. Se o MS não conseguir encontrar alguma alternativa ou superar a multiplicidade e complexidade dos instrumentos de

gestão, pactuação, monitoramento e financiamento, será bastante difícil dar conta da universalização da RC e ainda poderá produzir iniquidade em especial aos municípios com menor capacidade de gestão e financeira.

Por exemplo, se a RC tem dificuldade de descentralizar recursos e um município tem baixa capacidade de captação de recursos e gestão, se não for oferecida outra forma ou se não for dada uma atenção diferenciada, este município não irá conseguir implantar a rede. Sendo assim para que seja possível se fazer face às ameaças, talvez seja necessário que se realize modificações e superações das próprias fraquezas do MS.

Em síntese a RC possui mais pontos fortes do que fracos, que merecem ser superados para facilitar o enfrentamento das ameaças e melhorar o aproveitamento das oportunidades. As oportunidades existentes tem papel fundamental no suporte da RC, tanto para superação dos pontos fracos, como fortes aliada no enfrentamento das ameaças. As ameaças existentes na RC são pontos críticos e importantes que merecem atenção, pois passam necessariamente pelo enfrentamento do modelo médico hegemônico e medicalização do parto, sendo esta mudança o grande diferencial necessário o sucesso da RC.

V. CONCLUSÕES

O presente trabalho realizou a análise da Rede Cegonha (RC) do Ministério da Saúde/SUS, desde sua concepção até a implementação nos territórios.

Apresentou os marcos teóricos, conceitos e orientações sobre Rede de Atenção à Saúde, propostos pela OMS e OPAS, descreveu a base conceitual, teórica e normativa da Rede Cegonha, delineou seus elementos constitutivos e realizou análise qualitativa baseada na matriz SWOT/FOFA, com levantamento de forças, fraquezas, oportunidade e ameaças presentes nesta rede.

Este estudo demonstrou que a Rede Cegonha está compatível com as orientações da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, pois contempla em seu desenho todos os elementos constitutivos, diretrizes, objetivos e fundamentos para organização, propostos por estes organismos internacionais, entretanto algumas questões foram adequadas de acordo com as especificidades constitucionais, do federalismo e da dimensão territorial brasileira.

Estas especificidades produziram construções peculiares de dispositivos de gestão e governança da RC, assim como formato próprio de implementação, financiamento, monitoramento e avaliação. Caracterizado pelo modelo de gestão federativa e participativa, com corresponsabilização dos três entes federativos e da sociedade civil na implantação das ações da Rede Cegonha, em seus diversos níveis.

Esta rede foi estruturada com o objetivo de superar os altos níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças e tem como meta prioritária a redução da mortalidade materna e infantil, por meio de ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do enfrentamento da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto e outras.

A RC tem alcançado estes objetivos na medida em que reorganiza e qualifica os serviços de atenção primária, secundária e terciária existentes, induz a adequação e aprimoramento dos sistemas logísticos, operacionais e de informações já implantados, melhora o financiamento, oferece formação e qualificação para os profissionais da saúde na lógica do cuidado da RC e provoca a revisão da forma que se dá o cuidado ao parto e nascimento no Brasil.

Verificou-se que a RC no decorrer de dois anos produziu bons resultados, aconteceu a pactuação de quase 100% dos municípios brasileiro no componente da atenção básica, o que

representou mais recursos para os municípios, oferta de novos exames, avanço e qualificação do cuidado pré natal, pós parto e cuidado do bebe. Grande número de Planos de Ação Regional e Municipal foram pactuados, aumentou o número de serviços da atenção secundária e terciária, muitos dos serviços existentes foram qualificação com aporte financeiro, apoio técnico e institucional.

Os sistemas de informações, monitoramento, farmacêutico, transporte e outros que já existiam no SUS apresentaram um salto quanti e qualitativo, passaram a ofertar apoio a RC e outras rede, imprimindo uma transversalidade nos sistemas de apoio e logísticos, com redução de duplicidade de sistemas e produção de ampliação da cobertura dos sistemas e economia de escala. As informações tanto dos usuários do SUS, como dos serviços e dados do MS estão mais organizados e de mais fácil acesso. Embora no MS e municípios ainda haja muita dificuldade de estruturação dos sistemas e de mão de obra qualificada para operá-los.

Além deste desafio o levantamento realizado das forças, fraquezas, oportunidade e ameaças presentes nesta rede, demonstrou que a RC possui mais pontos fortes do que fracos, que merecem ser superados para facilitar o enfrentamento das ameaças e melhorar o aproveitamento das oportunidades. As oportunidades existentes tem papel fundamental no suporte da RC, tanto para superação dos pontos fracos, como para enfrentamento das ameaças. As ameaças existentes são pontos críticos e importantes que merecem atenção.

Um dos maiores desafios/ameaças a serem enfrentados e superados, para que se consiga de fato modificar do cenário de fragmentação da atenção ao parto e nascimento e se reduzir mais as taxas de mortalidade materna e infantil, é a revisão do modelo de atenção da RC.

Mudar a lógica dominante passa por enfrentamento do corporativismo médico, da mercantilização do parto, do fundamentalismo religioso, de padrões de identidade cultural de gênero, da cultura pró-cesárea na população em geral (que aponta a cesárea como mais fácil, mais cômoda, rápida e segura), da ambiguidade de posicionamento do governo em relação ao aborto, inclusive o aborto legal e de diversos outros fatores.

É evidente que se trata de um processo complexo e longo que demanda e demandará, para dar certo, empenho, organização, manejo das estruturas políticas, ampliação dos recursos de financiamento, qualificação dos processos de gestão, maior acirramento no monitoramento, avaliação e sanção no caso de não cumprimento dos acordos e outros.

Embora tenha bastante desafios a serem enfrentados é um arranjo organizativo com a capacidade de promover a superação da fragmentação do sistema de saúde e é indutor da consolidação do SUS.

Pelos pontos expostos nesta sessão, este trabalho pode demonstrar que a Rede Cegonha é um arranjo organizativo com potencia para melhorar a atenção à saúde das mulheres em idade fértil e das crianças de 0 a 24 meses e reduzir a mortalidade materno infantil. Traz avanços éticos, integração das ações e serviços de saúde, inovações nos processos e instrumentos de gestão, qualificação do cuidado e promoção da acessibilidade aos serviços.

Enfim, a Rede Cegonha é um grande desafio, que vale a pena e merece ser sustentado, e assim como o SUS não é um problema sem solução e sim uma solução com problemas.

Este trabalho serve como orientador para profissionais e gestores, para a estruturação de arranjos organizativos em modelagem de Rede, para implantação de políticas públicas seja de saúde, assistência, educação ou outras.

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

VI. REFERÊNCIAS:

ABOUZHR, C. & BOERMA, T. – Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 578-583, 2005. Apud MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ALBRECHT, K. *Programando o futuro. O trem da linha norte*. São Paulo: Makron, 1994. Apud FLEURY, S. M. T.; OUVENEY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: CONASS, 2010*. 108 p. (CONASS Documenta; 21)

BRASIL, Ministério da Saúde. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

_____, _____. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil*. Brasília, 2004.

_____, _____. *Assegura a toda gestante o direito à presença de acompanhante nos hospitais públicos*. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abril 2005.

_____, _____. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

_____, _____. *Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Lei n. 11.634, 27 de dezembro de 2007.

_____, _____. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. MS. Normas e Manuais Técnicos.

_____, _____. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS*. Portaria MS/GM nº4. 279 de 30 de dezembro de 2010.

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

_____, _____. *Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*. Telessaúde Brasil Redes. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.

_____, _____. *Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde Sistema Cartão*. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011.

_____, _____. *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde*

e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

_____, _____. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas e Atenção à Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho 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. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011.

_____, _____. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011.

_____, _____. Cartão Nacional de Saúde: Normas e Procedimentos de Uso. Brasília, 2011

_____, _____. 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 904, 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. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem estar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 19p.: il.

_____, _____. _____. Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____, _____. _____. Atenção Básica. Brasília : 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS ; v. 2) artigo: Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica, Liane Beatriz Righi

_____, _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 5.

_____, _____. _____. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS, 2012.

CAPUANO, E. A. Construtos para modelagem de organizações fundamentais na informação e no conhecimento no serviço público brasileiro. *Ciência da Informação*, Vol.37, Nº 3, (2008). Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ci/v37n3/v37n3a02.pdf>> Acesso em 21 de setembro de 2013.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo; Paz e Terra, 1999. Apud FLEURY, S. M. T.; OUYERNEY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

CORDEIRO JÚNIOR, W. & MAFRA, A. de A. – A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. Apud MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à saúde*. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano* [online]. 2009 .Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14348/art_DINIZ_Genero_saude_materna_e_o_paradoxo_2009.pdf?sequence=1> acesso em: julho de 2013

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

FLEURY,S. O desafio da gestão das redes de políticas. In: *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, VII, 8-11 Oct 2002, Lisboa, Portugal.

_____. *Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública*. *Administração em Diálogo*, São Paulo, nº 7, pp. 77-89, 2005.

GIL, A. C. *Como elaborar projeto de pesquisa*. 4ª edição, São Paulo: Atlas S/A, 2002.

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. *Governar em rede: o novo formato do setor público*. Brasília: ENAP, 2006

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento*. – Brasília : IPEA, 2004.

_____. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM*. Brasília: IPEA, 2005

_____.*Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM*. – Brasília: IPEA : MP, SPI, 2007.

_____. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: IPEA, 2010.

LEAT, P. et al. – *Organizational design*. In: SHORTELL, S. M. & KALUZNY, A. (Editors) – *Health care management: organization design and behavior*. New York, Delmar Publishers, 2000. Apud MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à saúde*. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

LUHMANN, N. The representation of society within society. *Current Sociology*, London, International Sociological Association, v.35, n.2, 1987. Apud FLEURY, S. M. T.; OUVENERY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MANDELL, M. P. Network management: strategic behavior in the public sector. In: GAGE, R.; MANDELL, M. P. *Strategies for managing intergovernmental policies and networks*. Praeger, NY, 1990. Apud FLEURY, S. M. T.; OUVENERY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MARANDO, V. L.; FLORESTANO, P.S. Intergovernmental management; the state of the discipline. In LYNN, N. B.; WILDVOSKY, A. *Public administration – the state of the discipline*. New Jersey: Chatham House, 1990. Apud FLEURY, S. M. T.; OUVENERY, A. M. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 28/04/2013.

_____. *As Redes de Atenção à Saúde*. *Revista Med Minas Gerais*, 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11

_____. *A modelagem das Redes de Atenção à Saúde*. Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 28/04/2013.

_____. *As Redes de Atenção à Saúde*. *Ciênc.. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp 2297-2305. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 28/04/2013.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca*. OMS; 2008.

_____. Resolução 65ª. Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Genebra (Suíça), 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18691&Itemid=270&lang=pt>. Acesso em 12.07.2013

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Punto 5.3 del orden del día provisional **CD45/8** (Esp.). 12 agosto 2004. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD. 45º Consejo Directivo 56ª Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 2004.

_____. Resolución **CD45.R3**, Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio Y Las Metas De Salud. 45º Consejo Directivo 56ª Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 2004.

_____. Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones De La Atención Primaria De Salud (Declaración De Montevideo). 46.o Consejo Directivo, 57.A Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 2005.

_____. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007

_____. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. 174 p.: il.

_____. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, DC.: OPS/OMS; 2008 (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).

_____. Resolución CD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2009.

_____. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Organização Pan-Americana da Saúde; Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília, 2010. 120 p.: il. (NAVEGADORSUS, 1).

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

RHODES, R. A.W.European policy-making, implementation and subcentral governments: a survey. Maastricht: European Institute of Public Administration, 1986. Apud FLEURY, S. M. T.; OUYERNEY, A. M. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

RONDINELLI, D. A. – Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006. Apud MENDES, E. V. As Redes de Atenção à saúde. 2ª edição. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SCHERER-WARREN, I. Redes de movimentos sociais. São Paulo: Loyola, 1993. Apud FLEURY, S. M. T.; OUYERNEY, A. M. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas-SP: IDISA e CONASEMS, 2008