



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

TAINÁH MOTA E SILVA

**ESTUDOS CIENTÍFICOS ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DOS
ATRIBUTOS DE VINCULAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO DA
REDE CEGONHA: UMA REVISÃO CRÍTICA**

BRASÍLIA, DF

2015

TAINÁH MOTA E SILVA

**ESTUDOS CIENTÍFICOS ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DOS
ATRIBUTOS DE VINCULAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO DA
REDE CEGONHA: UMA REVISÃO CRÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva, na Faculdade de Ceilândia,
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri
de la Mata

BRASÍLIA, DF

2015

TAINÁH MOTA E SILVA

**ESTUDOS CIENTÍFICOS ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DOS
ATRIBUTOS DE VINCULAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO DA
REDE CEGONHA: UMA REVISÃO CRÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva, na Faculdade de Ceilândia,
Universidade de Brasília.

Data da defesa: 09/07/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. José Antonio Iturri de la Mata

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Prof. Sérgio Ricardo Schierholt

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profa. Carla Pintas Marques

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Dedico a mim, pelo esforço e
luta que passei até chegar
aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, a quem devo a graça de permitir-me entrar na universidade e chegar até aqui. Por ter me dado paciência quando pedi, sabedoria quando precisei, coragem quando desanimei e força quando enfraqueci. Agradeço principalmente por ter realizado o sonho no qual sempre almejei: estudar em uma Universidade Federal. Obrigada Senhor por nunca ter desistido de mim, tu és a minha força e minha fortaleza.

Obrigada à minha mãe Nossa Senhora por ter ficado sempre ao lado, ouvido minhas orações e intercedendo por mim junto ao Pai.

Agradeço aos meus pais pela educação que me proporcionaram e pelo aprendizado adquirido até aqui. Agradeço inclusive pelas brigas, chateações e momentos de desconforto que não me derrubaram, mas deram forças para erguer a cabeça e mostrar que sou capaz.

Agradeço a todos que conheci durante o percurso da graduação que contribuíram para a minha formação como profissional e como pessoa.

Agradeço imensamente a Deus pelos amigos que conquistei durante a faculdade e que levarei comigo para sempre: Anna Paula, Brenda Cristina, Brenda Nóbrega, Jeane Kelly, Luiz Pereira, Morgana Madureira, Oney Araújo e em especial, minha amiga e confidente Letícia Lopes (Lets) por todas as risadas, aprendizados, puxões de orelha e apoio nessa reta final da graduação. Meu muito obrigada!

Agradeço em especial àquele que me apoiou em todos os momentos, me deu forças, foi meu chão em muitas situações e a quem entrego todo meu amor. Henrique Brandão, muito obrigada! A sua paciência e palavras de incentivo foram fundamentais para eu não desistir e concluir a graduação.

Não poderia deixar de agradecer ao professor e orientador José Iturri que foi como um pai para mim nos momentos que mais precisei. Professor com uma bagagem imensa de conhecimento e com todo prazer em transmiti-lo. Não tenho dúvidas de que não poderia escolher orientador melhor. Muito obrigada!

Agradeço a todos os professores da Saúde Coletiva que se doam para formar profissionais cheios de sonhos e dúvidas sobre o futuro. Agradeço em especial à professora

Patrícia Escalda, ao qual convivi a maior parte da graduação e me abriu portas para novas experiências e aprendizados.

Agradeço ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP, coordenado pela Prof. Dra Ana Valéria Machado Mendonça pela oportunidade de vivenciar as mais diversas experiências na graduação dentro da área de pesquisa. Por abrir as portas do NESP para que os graduandos da Saúde Coletiva, em especial aos da Faculdade de Ceilândia, possam ter a experiência de um estágio muito rico, pois o campo de estágio da Saúde Coletiva infelizmente ainda não está consolidado no DF.

Por fim, e não menos importante agradeço a Deus por me presentear com amizades recentes e incríveis que quero levar por toda a vida: Eliana (minha querida Lily), Eliene, Andréia Gomes, Andréia Cardial, Juliana Frazão, Felipe Fernandes (Lipe) e minha chefe e amiga Juliana Álvares que soube que era uma pessoa simples e iluminada desde o primeiro dia (claro que o signo ajuda bastante). A todos vocês, meu muito obrigada!

*Se a vitória não
Consegues enxergar
Espera no Senhor e confia
Espera, Ele vem. Confia, Ele vem
E faz um milagre*

*Se é tão impossível
Parece que não dá
Espera no Senhor e confia
Espera, Ele vem. Confia, Ele vem
E faz o milagre.*

Thalles Roberto

RESUMO

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 e desde então os serviços de saúde veem se reorganizado de modo a articularem em Redes de Atenção. A saúde da mulher no que diz respeito ao pré-natal, parto e nascimento é uma das ações prioritárias no Brasil, principalmente por ser um dos objetivos do milênio, definido pela Organização das Nações Unidas, em 2000. A vinculação da gestante à unidade no qual realizará o parto desde a Atenção Básica e a continuidade do cuidado são os atributos da Rede Cegonha que serão analisados neste estudo. A avaliação é um dos melhores mecanismos para responder as necessidades de informações. Com base nisso, tem-se por objetivo analisar estudos científicos sobre a implantação dos atributos de vinculação e continuidade de cuidado de acordo com a Rede Cegonha. Realizou-se uma revisão crítica de literatura no buscador *Google Acadêmico*, a partir de combinações de palavras-chave e com período de estudo a partir de 2011 – ano de implantação da Rede Cegonha - e ao final foram encontrados oito estudos que atendam os critérios estabelecidos neste trabalho. Concluiu-se que o número de avaliações sobre vinculação e continuidade do cuidado na organização do serviço de assistência às gestantes e puérperas é escasso. Predominaram estudos de avaliações normativas com foco nos processos. Quatro estudos são dissertações de mestrado, três artigos científicos e um trabalho apresentado em congresso. Observou-se também que o conjunto dos artigos indica baixa implantação dos referidos atributos aqui estudados.

Palavras-chave: vinculação, atenção integral à saúde da mulher, rede de cuidados continuados de saúde

ABSTRACT

Rede Cegonha (Stork Network) was instituted by the ministerial decree, number 1.459 of June 24th of 2011 and since then, health services have been reorganized to work into care networks. Woman's health, composed by prenatal care, delivery and birth, is one of priority actions for Brazil, especially because it is one of the Millennium Development Goals, created by United Nations in 2000. The entailment of pregnant woman to the unit of care in which she will give birth, since primary health care, and the continuity of care, are the attributes of Stork Network that will be analysed in this study. Evaluation is one of the best mechanisms to respond the necessity for information. Considering this context, this research aims to analyse scientific studies about implementation of the attributes of entailment and continuity of care in accordance with Stork Network. It was conducted a critical review of the literature, using the tool *Google Scholar* with the key words combination and choosing 2011 as period of study, year of Stork Network implementation. Eight studies, which meet the inclusions criteria in this study, were found. It was possible to conclude that exists a low number of evaluations related to entailment and continuity of the care in the health services organization related to assistance of woman during pregnancy and puerperium. Studies of normative evaluation focusing on process were predominant. Four studies found are master's thesis, three scientific articles and one work presented in congress. It was possible to observe that the set of articles show low implementation of the attributes analysed in this research.

Key-words: entailment, comprehensive health care of woman, health care network.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos artigos analisados na pesquisa, segundo ano título e revista.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos quanto ao tipo de avaliação.

Tabela 3 - Período da coleta de dados dos estudos, segundo o ano.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos para revisão crítica de literatura.

LISTA DE SIGLAS

APS	– Atenção Primária à Saúde
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	– Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DF	– Distrito Federal
HRC	– Hospital Regional da Ceilândia
MP	– Medida Provisória
MS	– Ministério da Saúde
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	– Programa de Assistência à Saúde da Mulher
PET	– Programa de Educação pelo Trabalho
PHPN	– Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	– Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSMI	– Programa de Saúde Materno-Infantil
RAS	– Redes de Atenção à Saúde
RC	– Rede Cegonha
RJ	– Rio de Janeiro
RMM	– Razão de Mortalidade Materna

RN	– Recém-nascido
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO E PROGRAMÁTICO.....	18
3.1 SAÚDE DA MULHER: PROCESSO HISTÓRICO.....	18
3.2 MORTALIDADE PERINATAL	21
3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
3.4 A REDE CEGONHA.....	24
3.4.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO E VINCULAÇÃO.....	27
3.4.2 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	29
3.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	30
4. OBJETIVO	32
4.1 OBJETIVO GERAL	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
5. METODOLOGIA	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DA PESQUISA	33
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
5.3 COLETA DE INFORMAÇÕES	34
5.4 CRITÉRIOS DE ANÁLISE	35
5.5 CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8 BIBLIOGRAFIA ANALISADA.....	48
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1. INTRODUÇÃO

As revisões de literatura possibilitam a síntese das evidências já publicadas, facilitando o acesso e compilando as informações para facilitar a leitura e interpretação. Esta revisão crítica de literatura pretende mostrar o que há disponível sobre a implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado a partir da implantação da Rede Cegonha (RC). Seu resultado pode ser importante para instigar pesquisadores a se aprofundarem na temática ou demonstrar que este assunto já é bem disseminado no campo das pesquisas.

A saúde da mulher é uma das ações prioritárias no Brasil, principalmente com o olhar no binômio mãe e filho. Diversas políticas e programas são criados com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna infantil e aprimorar a qualidade da assistência às gestantes, sendo dois dos objetivos do milênio, definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000 (BITTENCOURT, 2013). A implantação dessas políticas deveria levar em consideração a opinião de Bick, Bastos e Diniz (2008) que aponta uma aparente invisibilidade no período pós-parto, além de elencar esse período tão essencial quanto os demais, evidenciando o impacto de problemas de saúde materna após o parto com uma prioridade em saúde pública tão importante como alcançar a Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS tem o objetivo de garantir a integridade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. As diretrizes que regem a RAS foram oficializadas pela Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b).

Nesta perspectiva de redes, é implantada a RC, estratégia do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez; ao parto e ao puerpério; bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudável. Dentro dos objetivos da RC, destaca-se reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. A Rede deve ser organizada para a população de um determinado território de forma a garantir,

dentre outras, a vinculação da gestante à unidade de referência e a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

A vinculação mencionada na RC é instituída pela Lei nº 11.634 de 2007 segundo a qual a gestante deverá ser atendida no momento do parto na unidade de referência de seu território (BRASIL, 2007). Durante a gestação, o processo de referência e contrarreferência precisam estar claros para a usuária, de modo a evitar peregrinação. A referência, neste caso, é a unidade hospitalar/maternidade onde será realizado o parto. A contra referência é o seu retorno a Unidade Básica de Saúde (UBS) para o acompanhamento de puerpério e de crescimento e desenvolvimento da criança. Para Fratini, Saupe e Massaroli (2008), referência e contra referência significa garantir acesso aos diversos níveis de assistência com universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção.

A continuidade do cuidado para Kerber et al (2007) é um problema mundial a ser enfrentado, pois é necessário reorganizar o cuidado fragmentado para todo o ciclo (gravidez, parto, pós-parto e infância). O período pós-parto é o momento de maior vulnerabilidade para a mãe e o recém-nascido (RN). A falta de cuidados neste período é uma lacuna importante a ser enfrentada, pois colabora para a quebra da continuidade do cuidado (KERBER, et al., 2007).

A continuidade do cuidado para RC é “[...] o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde [...]” (BRASIL, 2011) e adoção da linha de cuidado por meio de ação contínua e permanente desde o acolhimento da mulher em idade fértil nas unidades de atenção primária até a atenção puerperal, neonatal e das crianças até vinte e quatro meses, incluindo todas as fases do cuidado à saúde (BRASÍLIA, 2012).

Os parâmetros para identificar a implantação desses atributos de vinculação e continuidade do cuidado serão estudos de avaliação, sejam publicações de artigos científicos ou dissertações.

Desse modo, este estudo tem como pergunta de pesquisa: Existem estudos científicos de que as normas proposta pela RC de vinculação e continuidade do pré-natal, parto e puerpério e dos cuidados do recém-nascido estão sendo implantados no Brasil?

2. JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna é uma preocupação mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 358.000 mulheres no mundo vieram a óbito durante a gravidez, parto ou puerpério em 2008 (BITTENCOURT, 2013). No Brasil, apesar da queda de 54% entre os anos 1990 e 2010, esses permanecem estáveis e inaceitáveis (de 143 óbitos para 66 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos). As projeções mundiais desde 2011 indicam que o Brasil, mantendo o ritmo de redução estabelecido, não alcançará o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução em três quartos da Razão de Mortalidade Materna (RMM) até 2015. Essa meta representa reduzir a RMM a valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012c). Estima-se o ano de 2040 ou mais para obter essa meta (LOZANO, 2011)

A prematuridade é uma preocupação, sendo a principal causa de morte nas primeiras semanas de vida (BRASIL, 2013). Das mortes infantis ocorridas em 2010, 53% se deram neste período. Uma das opções para o enfrentamento deste problema, elencado pela Síntese de Evidências para Políticas de Saúde Reduzindo a Mortalidade Perinatal, é estruturar e organizar as redes assistenciais regionalizadas que aperfeiçoem o acesso da gestante aos serviços de saúde desde o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2013).

A RC propõe um rearranjo na estrutura e processo dos serviços de saúde, no âmbito do SUS para cumprir os objetivos e diretrizes estabelecidas nesta legislação, como: 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 a vinte e quatro meses, e; a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência (BRASIL, 2011).

Porém, durante a vivência do estágio supervisionado na maternidade do Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET) - que tem como objetivo avaliar a implantação da RC na Regional Ceilândia, DF - foi possível visualizar a dificuldade de articulação entre os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e média complexidade para atender os objetivos da RC já mencionados, principalmente no que se refere à vinculação ao hospital de referência e a continuidade do cuidado.

Embora a saúde da mulher nos componentes pré-natal, parto e puerpério sejam alvos de numerosas normas e políticas nos últimos anos, são poucos os estudos que avaliam o cumprimento e efetivação dessas normas. O trâmite burocrático para publicações de artigos científicos pode ser uma justificativa que leva a demora das publicações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E PROGRAMÁTICO

3.1 SAÚDE DA MULHER: PROCESSO HISTÓRICO

Com o propósito de que a saúde da mulher tenha a visão ampla e no contexto integral, foram necessárias muitas discussões. O cenário epidemiológico da população feminina tem se tornado cada vez mais complexo, tanto pela situação de vulnerabilidade com o aumento de outros agravos, quanto pelas questões de gênero, determinantes sociais, culturais, renda, escolaridade, classe social, raça e cor que interferem diretamente na qualidade de vida deste grupo populacional (COSTA, 2012).

Costa (2012) acrescenta a violência como mais um fator de risco para os agravos à saúde da mulher, que está diretamente ligado à baixa qualidade de vida, abuso do álcool, tabagismo e sexo desprotegido. Além de estar relacionada ao aumento das taxas de tentativas e mortes por suicídio. A violência contra as mulheres, que também está baseada no sexo, pode assumir muitas formas, entre elas a doméstica, sexo forçado, tráfico de mulheres e mutilação da genitália feminina (GARCÍA-MORENO, 2000). Segundo a OMS (1998), violência contra a mulher ocorre quando é praticado qualquer ato em relação ao gênero que resulte, ou possa resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico.

Outro agravo às mulheres é a mortalidade materna, um problema de saúde pública mundial a ser enfrentado. Sua redução, assim como da mortalidade infantil, foi definida pela ONU, em 2000, como um dos oito objetivos do milênio a serem enfrentados. Neste evento, que ficou conhecido como ODM foram pactuados metas a serem alcançadas até 2015 como, por exemplo, reduzir a mortalidade materna em 75% (BITTENCOURT, 2013). O Pacto Pela Vida, divulgado pela Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006, também define como ação prioritária, a partir da análise da situação de saúde do País, a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006). A 10° Revisão da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10) define como morte materna:

A de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1993).

Os dados apontam que houve uma redução da Razão RMM de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 66 mortes por 100 mil nascidos vivos, uma queda de 54% entre 1990 e 2010 (BRASIL, 2010a).

Entre a década de 60 até o início dos anos 80, a atenção à saúde da mulher era assegurada somente pelo Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), primeira política voltada para este grupo, porém com o olhar apenas no binômio mãe-filho. Este programa se restringia ao aspecto reprodutivo oferecendo ações de pré-natal, controle de puerpério e garantindo o desfecho gestacional para as mulheres que não estavam no mercado de trabalho formal. Como o PSMI vigora no período anterior ao SUS, os serviços de saúde eram desarticulados e paralelos, dificultando o desempenho e a cobertura do Programa (COSTA, 2012).

Durante o governo militar, a proposta de planejamento familiar e de controle demográfico que reduzia o número de nascimentos, causou alvoroço no país por parte da Igreja e da sociedade, principalmente por feministas que defendiam a todo custo à autonomia das mulheres no que se refere à procriação e sexualidade (COSTA, 2012). Nas conferências sobre população em Bucareste, México e no Cairo, o Brasil apresentou um posicionamento em defesa da liberdade das mulheres e casais em relação ao número de filhos. A conferência de Cairo, em especial, contou com grande participação da sociedade civil brasileira, com o maior número de pessoas do movimento feminista (COSTA, 2009).

Após essa discussão baseada no direito a saúde e autonomia das mulheres, surge em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) , conquista alcançada por aqueles que lutaram pela reforma do sistema de saúde brasileiro, sendo também o primeiro programa a incorporar o conceito de integralidade (BITTENCOURT, 2013). Segundo Costa (2012), as mulheres são incluídas nesta política como sujeitos de direito, seja na esfera reprodutiva, seja no seu bem-estar ou até mesmo na sua participação na sociedade, cujas demandas de saúde ampliam a concepção e as práticas do serviço que se relacionam com as identidades sociais e culturais.

As diferenças entre o PSMI e o PAISM se dão em diversos aspectos. Costa (2012) elenca, entre outros: 1) A população alvo e cobertura, que anteriormente era apenas para mulheres gestantes e crianças de famílias que não estavam inseridas no programa da previdência, diferente do PAISM que atende toda a população feminina, com sistema universal; 2) O modelo de atenção, que no PSMI era restrito à rede de atenção primária da

Secretaria Estadual de Saúde, e no PAISM prevê um modelo integral de atenção, por meio de ações articuladas em todos os níveis de atenção.

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

Os objetivos da PNAISM são: contribuir para promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. No que diz respeito às diretrizes do PNAISM, o SUS deve estar capacitado a atender, nos diferentes níveis de atenção, as necessidades da saúde da mulher de forma a contemplar a promoção da saúde, as necessidades da população feminina em todos os ciclos da vida e dos diversos grupos populacionais nos quais estão inseridas. A participação da sociedade civil organizada, principalmente o movimento de mulheres deverá ser estimulada nos processos de elaboração, execução e avaliação (BRASIL, 2004).

Por fim, em 2011 é instituída, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Uma rede temática de atenção publicada por meio da Portaria 1.459 de junho de 2011, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério; bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Dentro dos objetivos da RC, destaca-se reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. A Rede deve ser organizada para a população de um determinado território de forma a garantir, dentre outras, a vinculação da gestante à unidade de referência e a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

3.2 MORTALIDADE PERINATAL

A Saúde infantil normalmente está atrelada a gestação, ao pré-natal adequado e a todas as questões que estão inseridas desde a descoberta da gravidez até o parto. Porém, não menos importantes são as questões voltadas ao recém-nascido e a criança que, ao nascer e nos primeiros anos de vida, apresentam imaturidade imunológica, fragilidade e dependência total de um adulto (FRIAS e NAVARRO, 2013).

A PHPN foi instituída pela Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000 do MS, que tem como objetivo “o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações” (BRASIL, 2000). Dentre as diretrizes, assegura a todo recém-nascido o direito à assistência neonatal segura e humanizada (BRASIL, 2000).

O Brasil alcançará a meta número quatro dos ODM – redução da mortalidade infantil –, que em 2011 foi de 15,3 por mil nascidos vivos. Apesar do declínio na taxa de mortalidade, o componente neonatal se mantém elevado desde 1990, com taxa de 11, 2 óbitos para cada 1.000 (um mil) nascidos vivos (LANSKY et al, 2014). Porém, este dado não retrata a desigualdade ainda enfrentada no país onde, de modo geral, crianças negras, indígenas e pobres correm mais risco de morte (BRASIL, 2013).

Diferenciando os conceitos de mortalidade por período, considera-se mortalidade infantil a morte de crianças menores de um ano; A mortalidade neonatal refere-se ao período do nascimento até o 27º dia de vida; a neonatal precoce se dá do nascimento até o 6º dia de vida e o neonatal tardio do 7º ao 27º dia de vida. Por fim, o período pós-neonatal compreende do 28º ao 364º dia de vida (FRIAS e NAVARRO, 2013). Dessa forma, a RC – que será tratada posteriormente – define que o acompanhamento da criança na UBS deverá ser realizado na primeira semana de vida (BRASIL, 2011), de modo a minimizar os riscos de mortalidade infantil, números que ainda não são satisfatórios e representam um desafio para o país (BRASIL, 2013). Segundo Lansky et al (2014), 25% das mortes infantis ocorrem nas primeiras 24h de vida, retratando fragilidade na atenção ao parto e nascimento.

A taxa de mortalidade infantil é calculada pelo número de óbitos em menores de 1 (um) ano de idade para cada 1.000 (um mil) crianças nascidas vivas (FRIAS e NAVARRO, 2013). Altas taxas de mortalidade infantil também representam ausência de saneamento básico, de segurança alimentar, deficiência no acesso e/ou na qualidade dos serviços de saúde

ofertados e baixo grau de instrução materna. No Brasil, o grande desafio é sanar as desigualdades de mortalidade entre as regiões brasileiras, que cresce à medida que se afasta da capital. As favelas, por exemplo, apresentam taxas bem mais elevadas que as áreas ricas do município, demonstrando que as vulnerabilidades socioeconômicas tem influência direta na qualidade de vida das pessoas (FRIAS e NAVARRO, 2013).

Segundo Lansky et al (2014), a prematuridade prevaleceu entre os grupos de causas de mortalidade neonatal, responsável por 1/3 dos casos. Do ponto de vista geográfico, as taxas de óbitos neonatais foram mais expoentes na região Nordeste (14,5) e Norte (22,3) e menores nas regiões Sul (6,2), Sudeste (8,0) e Centro-Oeste (8,4) do Brasil, afirmando assim a desigualdade apontada por Frias e Navarro (2013).

A mortalidade perinatal é compreendida pelo período de 22 semanas de gestação até o 7º dia de nascimento (OPAS, 2008). Ou seja, composta pelo óbito neonatal precoce e óbito fetal, que segundo Brasil (2013) poderia ser reduzido em até 70% caso o sistema de saúde oferecesse uma atenção adequada à gestante durante o pré-natal, parto e ao neonato. A taxa de mortalidade perinatal é calculada da seguinte forma:

Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento, acrescido do número de óbitos até o 6º dia de vida

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento, acrescido do número de óbitos até o 6º dia de vida}}{\text{Número total de nascimentos}} \times 1.000$$

Este dado é o indicador mais adequado segundo Bittencourt (2013) para analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal e a utilização dos serviços de saúde. Reconhecer que esses óbitos são evitáveis é o ponto de partida para promover a saúde fetal, buscando evidências científicas disponíveis para a redução contínua da mortalidade que pode ser prevenida pela atenção à saúde (BRASIL, 2013; BITTENCOURT, 2013).

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A situação de saúde do Brasil vem se modificando tanto do ponto de vista demográfico quanto epidemiológico, de modo que as doenças crônicas estão sobre forte

predomínio, não podendo ser respondidas com eficiência, efetividade e qualidade com sistemas fragmentados voltados para as condições agudas. Os sistemas fragmentados são organizados por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, que não se comunicam entre si e neste caso, a APS não tem elo de comunicação com os outros níveis de atenção (MENDES, 2011).

Com o objetivo de acabar com fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, é lançada pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Segundo Mendes (2011), este conceito apresenta missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção são importantes e horizontais. A estrutura da rede é composta por duas ou mais organizações com relação simultânea, interagindo entre si e de maneira interdependente (OLIVARES, 2002). Bittencourt (2013) destaca a APS como porta de entrada do sistema, um dos principais atributos da RAS, estruturada como primeiro nível de atenção e com uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população atendendo suas necessidades de saúde, além da participação social mais atuante.

A partir desses conceitos fica clara a importância da integração dos setores e a necessidade de negociação entre os níveis de atenção, atendendo especialmente ao princípio da integralidade e sendo um ponto primordial para que os serviços funcionem em redes. A proposta de RAS foi estimulada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) levando em consideração a experiência norte-americana e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde (PAIM, 2012). Olivares (2002) acredita que “a rede está emergindo como a principal forma de organização na era da informação”. Contudo, Paim (2012) lembra que o Brasil não tem experiência com linhas de cuidado, o que interfere diretamente na implantação das RAS, além de outros agravantes, como: a falta de responsabilização dos atores; descontinuidades administrativas, alta rotatividade dos gestores e a força do modelo hegemônico ainda presente (VIANA; LIMA, 2011).

A regionalização é uma estratégia fundamental para constituir as RAS (BRASIL, 2010b), porém é necessário ficar claro a diferença entre regionalização e descentralização, onde a primeira tem natureza complementar e a segunda tem característica finalística. A

regionalização entra em conflito direto com a revisão de acordos já estabelecidos e sem racionalidade durante a descentralização (LIMA, *et al.*, 2012). Esta é uma linha de raciocínio importante que pode responder a dificuldade de constituir RAS no país.

Paim (2012) ressalta que considerando a heterogeneidade das situações de saúde do país nas diferentes regiões, apenas um modelo de atenção à saúde para o SUS não conseguirá atender todas as suas particulares. Dessa forma, não faz sentido discutir qual o melhor modelo de atenção, mas sim a combinação dessas tecnologias para o atendimento integral das necessidades de saúde (PAIM, 2012).

3.4 A REDE CEGONHA

As Redes Temáticas de Atenção foram organizadas para atender as vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou populações. São elas: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; a Redes de Atenção Psicossocial; a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e; a Rede Cegonha (PORTAL SAÚDE, 2015).

A RC visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011). Embora o debate sobre aborto seja atual e reconhecido como importante causa de morbimortalidade das mulheres, essa temática não foi incluída no rol de preocupações da RC (COSTA, 2012).

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

Os objetivos da RC são:

- 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 (BRASIL, 2011).

A RC possui quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção à Criança, Transporte e Regulação. O componente Pré-Natal garante que as gestantes sejam atendidas nas UBS, estimula a captação precoce, garante os exames de pré-natal de risco habitual e alto risco, além de garantir a vinculação da gestante da UBS à maternidade. No componente Parto, a RC propõe garantir leitos suficientes, o direito ao acompanhante (inclusive do sexo masculino), boas práticas e conselho gestor atuante. O componente Puerpério e Atenção à Criança estimula o aleitamento materno, o acompanhamento da criança de 0 a 24 meses, busca ativa das crianças vulneráveis e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). Por fim, no componente Transporte e Regulação, a RC estabelece apoio financeiro às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto. A portaria da RC coloca que as maternidades tem que disponibilizar “vaga sempre”, para isso é necessário elaborar e implantar o plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto (BRASIL, 2011). Para que esse fluxo de vinculação funcione é necessário articulação contínua entre os níveis de atenção do sistema de saúde.

A Medida Provisória nº 557 de 26 de dezembro de 2011, autoriza a União a conceder benefício financeiro no valor de até R\$ 50,00 para as gestantes cadastradas no SISPRENATAL, podendo este valor ser parcelado em duas vezes. Porém, no dia 31 de julho de 2012 foi publicada uma Nota Técnica que extinguiu o benefício de apoio ao deslocamento, pois a Medida Provisória (MP) não foi aprovada pelo Congresso Nacional em tempo hábil para constituir-se em lei (BRASIL, 2012b). Desde modo, o componente Transporte está inoperante.

A Rede deve ser organizada para a população de um determinado território de forma a garantir, dentre outras, a vinculação da gestante à unidade de referência e a atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

A operacionalização da RC deverá acontecer em cinco fases: adesão e diagnóstico dos entes da federação; desenho regional da Rede Cegonha; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes, e; certificação (BRASIL, 2011).

A Região Administrativa Ceilândia –(RA) IX, faz parte da região de saúde oeste e está localizada a 25km de Brasília, com uma população estimada de 402.729 habitantes (IBGE, 2010). Possui 01 Hospital Regional, 11 Centros de Saúde e 02 Postos de Saúde. Como exemplo desta operacionalização, o Grupo Condutor da Região Oeste compreendido pelas regionais de saúde Brazlândia e Ceilândia - Regiões Administrativas do Distrito Federal (DF) -, formatou o Plano de Ação da Rede Cegonha da Região Oeste. Tendo em vista suas particularidades e necessidades, essa região tem preocupações especiais com a vinculação das gestantes à unidade de referência, a garantia da alta segura, a realização da primeira consulta de puerpério até o décimo dia pós-parto e a primeira consulta de recém-nascido até o 7º após o nascimento (BRASÍLIA, 2013).

Carneiro (2013) salienta que há controvérsias sobre a atuação da RC, principalmente para as feministas da *Rede Feminista de Saúde*, que consideram o Programa como um retrocesso de trintas anos em prol da saúde, da emancipação feminina e do olhar integral da mulher. Para este grupo, a Rede Cegonha reitera o que eles chamam de mulher-mala, orientadas somente à maternidade, sem debater suas escolhas, crenças e até mesmo a legalização do aborto. Por outro lado, Ceccim e Cavalcanti (2011) fazem uma reflexão otimista em relação ao Programa, afirmando que pela primeira vez no Brasil a maternidade torna-se um direito, dando oportunidade para um parto cidadão. Afirmam ainda que antes do debate sobre aborto é preciso políticas públicas que garantem o parto seguro, acesso às maternidades e garantia de proteção no pós-parto no que diz respeito à saúde da mulher e da criança.

O Brasil é recordista mundial no número de cesarianas, configurando o nascimento como questão de saúde pública e de agenda política. Neste cenário, a Rede Cegonha apresenta-se como uma política universal, de âmbito nacional, porém com uma preocupação maior nas regiões norte e nordeste do país (CARNEIRO, 2013). Por se tratar de uma política universal, Carneiro (2013) preocupa-se com as diversas crenças, culturas e estilos de vida das gestantes e parturientes no Brasil, além das distintas concepções de parto, onde principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país é tradição a presença de parteiras,

curandeiras e benzedeira. A consequência de uma política universal poderia ser a implantação da igualdade ao invés da equidade.

Costa (2012) acrescenta que o discurso da política de atenção integral às mulheres, na prática, desapareceu e se tornou fragmentos programáticos em ações e programas verticalizados de interesses políticos, dissociando a saúde integral da mulher com a própria criação do SUS no qual objetiva a consolidação de uma política de Estado com financiamento e gestão.

3.4.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO E VINCULAÇÃO

Neste estudo, as noções de vinculação e continuidade referem-se não apenas a um nível específico de atenção, mas a articulação entre serviços de ABS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar, com um enfoque de continuidade da atenção em redes. Essa percepção está expressa nos objetivos de organização e provimento contínuo de ações atenção da RC.

No nível de APS, o conceito de continuidade do cuidado e longitudinalidade muitas vezes se confundem e são definidos de forma distinta entre os autores (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Starfield (2002) elenca que a APS possui quatro atributos, dentre eles a longitudinalidade, sendo considerada característica central da APS, pois trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelo médico generalista ou equipe da APS, para momentos de doenças ou agravos. Alguns autores conceituam continuidade do cuidado de forma semelhante à longitudinalidade, mas para Starfield (2002) esses termos têm significados diferentes. A continuidade do cuidado está relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de consultas e cuidados, bem como os mecanismos de transferências de informações para a tomada de decisão a este tratamento, sem criação de vínculo terapêutico ao longo do tempo. Este conceito da Starfield é voltado para a APS, não sendo aplicada a continuidade do cuidado em rede.

Loyola (2012) aponta o conceito “cuidado continuado” que é destinado a pacientes que passaram da fase clínica aguda e não trabalham com a possibilidade de morte. “É uma convalescença monitorada que se inicia dentro do hospital, mas que vai sair dele” (LOYOLA, 2012). Braga e Sena (2012) consideram que a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar é

notória na qualidade de vida da criança e da família, podendo tratar e prevenir complicações que interfiram no crescimento e desenvolvimento.

Na Lei nº 11.634 de 2007 pode-se interpretar como “vinculação”, a maternidade de referência no qual a gestante, de determinado território, deverá ser atendida no momento do parto e/ou ocorra intercorrências durante o pré-natal, porém, esta norma não traz um conceito formal deste termo. A RC usa a ideia “vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro” (BRASIL, 2011), mas também não conceitua explicitamente.

Um dos objetivos do componente pré-natal da RC é estabelecer vinculação à maternidade de referência desde o pré-natal, para assim, evitar peregrinação da gestante. Porém, esse objetivo de fato se concretizará somente quando o modelo “vaga sempre” for devidamente implantado e efetivado (BARRETO, 2013).

O estudo de Barreto (2013) mostrou que de 8.164 mulheres estudadas, 56,1% não foram orientadas no pré-natal sobre o local de parto, 31,2% não realizaram o parto na maternidade de referência devido a distância e 9,4% apenas realizaram o parto na maternidade vinculada. A pesquisa Nascer no Brasil, apontou que a peregrinação para o parto e a falta de referência para gestação de alto risco foram fortes fatores associados aos óbitos neonatais (LANSKY et al, 2014).

Bick, Bastos e Diniz (2008) assinalam em seu estudo realizado no Reino Unido que os cuidados após o parto continuam com prioridade baixa, isso reflete tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Os cuidados após o parto em países em desenvolvimento significa a linha de divisão entre a vida e a morte do RN e mãe. Aponta ainda uma aparente invisibilidade no período pós-parto e elenca esse período tão essencial quanto os demais, evidenciando o impacto de problemas de saúde materna após o parto com uma prioridade em saúde pública.

Essa invisibilidade que Bick, Bastos e Diniz (2008) conceituam está diretamente ligada à continuidade do cuidado, período essencial de cuidados para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil. O período pós-parto é o momento de maior vulnerabilidade para a mãe e RN e a falta de cuidados neste período é uma lacuna importante a ser enfrentada, pois colabora para a quebra da continuidade do cuidado (KERBER, et al., 2007). Para Kerber et al (2007) a continuidade do cuidado é um problema mundial a ser enfrentado, pois é

necessário reorganizar o cuidado fragmentado para todo o ciclo (gravidez, parto, pós-parto e infância).

Monteschio et al (2014) mostrou haver associação entre local de residência com assistência, 17,7% das puérperas entrevistadas precisaram procurar mais de um local para assistência ao parto. Para Araújo (2012) há iniquidades no que diz respeito as distância das residências à maternidade de referência do agreste de Pernambuco, pois alguns municípios estão a 250km de distância da maternidade de referência, com duração da viagem de aproximadamente sete horas. Para Mendes (2011) a organização em rede precisa se estruturar e alguns fundamentos, dentre eles está a qualidade e acesso e territórios sanitários.

3.4.2 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Um dos princípios que norteia o SUS é a integralidade da assistência, sendo necessária a articulação continua das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990). Para que isso ocorra, Fratini (2007) considera necessário que o sistema de referência e contrarreferência esteja implantado, onde um serviço informa ao outro sobre a situação de saúde, doença ou tratamento do indivíduo.

Poucos estudos definem os termos referência e contrarreferência, como tão pouca a divulgação de experiências exitosas ou não no campo da saúde (FRATINI, 2008). Segundo os dicionários, referência é “a ação [...] de referir. O que se pretende referir”. A contrarreferência então é entendida como a ação de reencaminhar, redirecionar.

No campo da saúde, o sistema de referência e contrarreferência é a articulação entre os três níveis de atenção do SUS – primária, secundária e terciária -, sendo o encaminhamento para a unidade de maior complexidade (referência) e o retorno para o centro de menor complexidade (contrarreferência) (WITT, 1992, apud JULIANI; CIAMPONE, 1999). Este modelo integra as equipes de saúde, de modo a tomar conhecimento de todo histórico do paciente, além de colocar em prática os princípios do SUS (FRATINI, 2007).

Para Juliani e Ciampone (1999), a referência faz parte rotina nos serviços de atenção básica, por isso é considerada que funcione de maneira razoável. A contrarreferência, porém, é incipiente em relação aos encaminhamentos, podendo afirmar que praticamente não

existem. A informação traga não é por meios de protocolos, mas sim pelos usuários que retornam à unidade.

Leal, Gama e Cunha (2005) mencionam em seu estudo não haver um sistema de referência adequado e a regulação de vaga sempre é inexistente, assim como protocolos clínicos bem definidos para nortear o encaminhamento das gestantes. Para Cunha (2010), enquanto não existir uma rede de assistência organizada, aumentará a peregrinação de gestantes em busca de atendimento, resultando numa desorganização do serviço de saúde.

3.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é um dos melhores mecanismos para responder as necessidades de informação. A definição de avaliação para Weiss é a “apreciação sistemática do funcionamento e/ou dos resultados de um programa ou política em função de critérios implícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou política” (BROUSSELLE, 2011). O interessante deste conceito é que ele agrega a importância não somente da obtenção de objetivos, mas também analisa os processos percorridos para poder aperfeiçoá-los.

Existem dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira aprecia cada um dos componentes da intervenção por meio de critérios e normas. A segunda depende de um procedimento científico que possibilite analisar as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, ou seja, a pesquisa avaliativa é uma avaliação, porém é uma atividade de pesquisa. Portanto, esses métodos de avaliação se diferem pelos seus métodos e finalidades (BROUSSELLE, 2011).

Brousselle (2011) considera que a avaliação normativa sistêmica consiste em emitir um juízo de valor a partir de três itens: estrutura, processos e resultados. A estrutura diz respeito aos recursos implantados e na organização, os processos são os serviços os bens produzidos. Os resultados são os produtos gerados a partir da intervenção e se estes produtos estão de acordo com a determinação das normas.

Apesar do consentimento que a avaliação tem grande contribuição para o aperfeiçoamento das políticas públicas e programas, ainda são poucas as contribuições científicas referentes à avaliação no Brasil. Essa carência de avaliações se dá especialmente

no âmbito da saúde da mulher, especialmente no pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Aprofundar a compreensão na atenção ao parto e nascimento pode contribuir para fornecer requisitos para intensificar as ações de redução de óbitos (LANSKY et al, 2014). Os conceitos de avaliação antes mencionados serão utilizados na análise dos estudos identificados nesta revisão crítica de literatura.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar estudos científicos sobre a implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado de acordo com a Rede Cegonha, publicados a partir de 2011.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as produções científicas que avaliam estrutura, processos e/ou resultados, sobre a implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado;
- b) Classificar os estudos de acordo com seu tipo de publicação (artigos científicos, dissertações, teses), data de publicação, tipo de estudo avaliativo (avaliação normativa, pesquisa avaliativa, narrativa de avaliação informal);
- c) Identificar a presença de conceitos de “vinculação” e “continuidade do cuidado” nos estudos que tratam da implantação dos atributos acima mencionados da RC.

5. METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DA PESQUISA

Realizou-se um estudo de revisão crítica de literatura, baseado em critérios metodológicos, a fim de dar respostas a uma pergunta de pesquisa (Amaral, 2007).

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os estudos publicados a partir de 2011, cujas pesquisas foram desenvolvidas no mesmo período, que analisam:

- Pelo menos uma das três dimensões da avaliação normativa (estrutura, processos e resultados), ou;
- Realizam uma pesquisa avaliativa, ou;
- Realizam uma narrativa de avaliação informal sobre a temática, sem dados quantitativos.

Como o foco deste trabalho é identificar e analisar evidências científicas a cerca da implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado, foram revisados todos os artigos encontrados que fazem avaliação nesta perspectiva. Porém, não foram excluídos aqueles que fazem uma narrativa da implantação desses atributos. Esses estudos guardam semelhança com o que Wohrten, Sanders e Fitzpatrick (2004) consideram “avaliação informal”, que embora não tenha procedimentos sistemáticos nem evidências coletadas formalmente, a avaliação informal não ocorre no vácuo. A experiência o instinto, a generalização e o raciocínio podem influenciar o resultado das avaliações informais, e qualquer desses fatores, ou todos eles, pode ser a base de bons julgamentos. Quando não é possível fazer estudos formais de avaliação, a avaliação informal realizada por pessoas inteligentes, experientes [...] pode ser muito útil” (WOHRTEN, SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

Foram selecionados estudos realizados a partir de 2011, pois nesse ano foi instituída a Rede Cegonha, pelo MS.

Foram excluídos os estudos publicados entre 2011 e 2015, cujas pesquisas de campo foram desenvolvidas fora deste período; Estudos que analisaram exclusivamente percepções ou representações de usuárias e/ou profissionais de saúde; Relatos sobre aborto, e; Documentos não científicos.

5.3 COLETA DE INFORMAÇÕES

A busca da literatura foi realizada por meio do buscador Google Acadêmico, que permite de forma simples buscar literatura acadêmica de modo abrangente (Amaral, 2007). A pesquisa nos levou a estudos da base de dados Scielo e repositórios de teses e dissertações de instituições acadêmicas. Na busca foram utilizadas as seguintes combinações de palavras-chaves: continuidade do cuidado e pré-natal; pré-natal, parto e puerpério; pré-natal e parto; linha de cuidado e saúde da mulher; parto e peregrinação; anteparto e peregrinação; saúde parto e peregrinação; vinculação e parto. Os filtros utilizados foram: ano de publicação 2011 a 2015 e textos em português.

Para os resultados de cada busca, a seleção inicial ocorreu pela leitura do título e resumo de cada artigo, sendo descartados aqueles que evidentemente não eram relacionados ao tema, pergunta de pesquisa ou período selecionado. Para os potenciais selecionados, os textos foram avaliados novamente por meio de uma leitura mais crítica, para analisar metodologia, coerência entre objetivos e desenvolvimento do estudo e se as conclusões são adequadas. Também foram observadas as referências bibliográficas dos estudos para localizar eventual estudo que não constasse no levantamento inicial para sua possível inclusão. Por fim, os artigos que aparentemente cumpriram todos os critérios de inclusão foram selecionados e analisados na íntegra. Ao final, foram encontrados oito estudos, representados no diagrama a seguir (figura 1).

5.4 CRITÉRIOS DE ANÁLISE

A análise considerou os seguintes critérios:

- a) Identificar quais e quantos estudos definem ou conceituam vinculação;
- b) Identificar quais e quantos estudos definem ou conceituam continuidade do cuidado;
- c) Identificar quais e quantos estudos avaliam estrutura;
- d) Identificar quais e quantos estudos avaliam processos;
- e) Identificar quais e quantos estudos avaliam resultados;

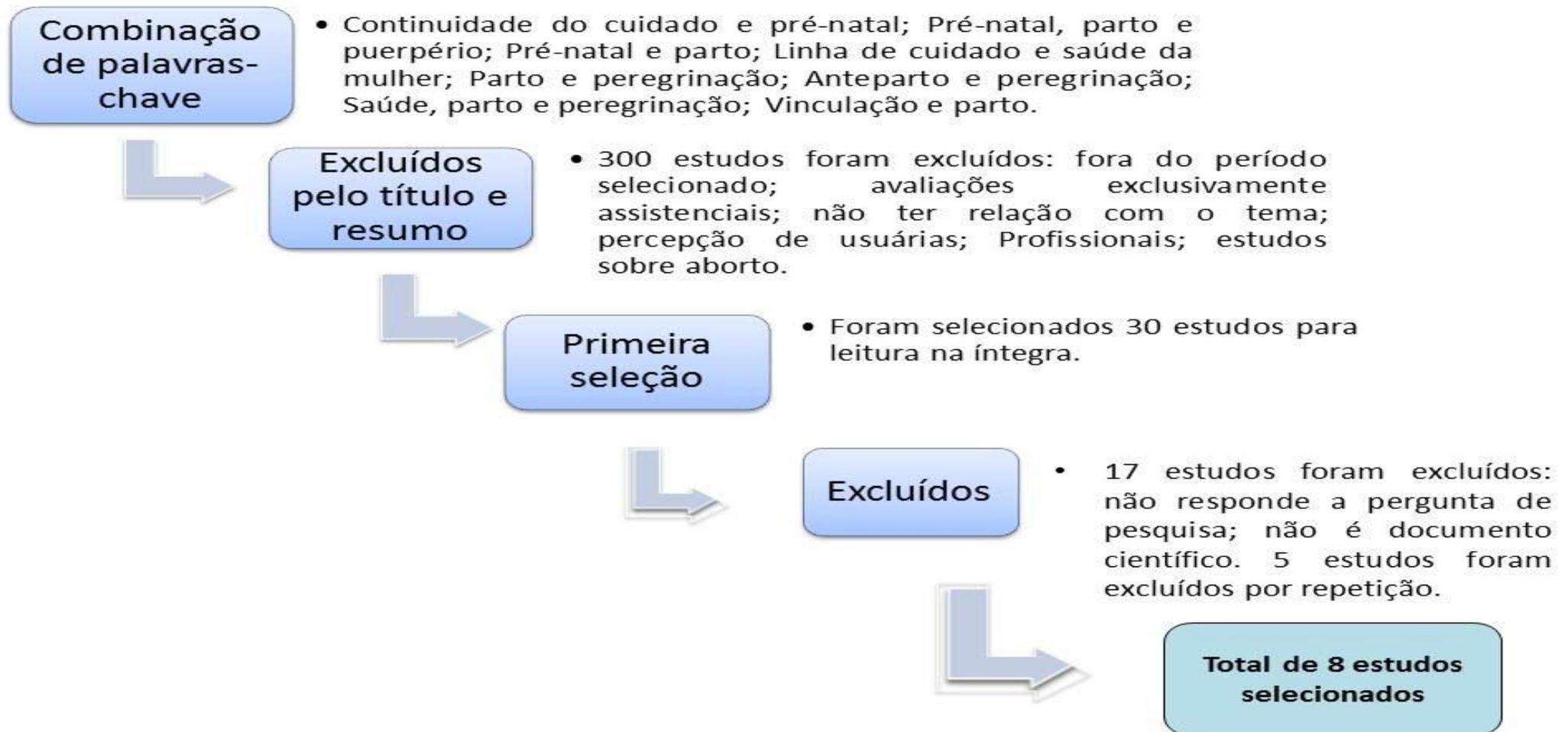


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos para revisão crítica de literatura.

5.5 CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA

Segundo a Resolução 466/2012, toda pesquisa que envolva seres humanos deverá atender as normas desta Resolução e submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (BRASIL, 2012a). Considerando que este estudo se trata de uma revisão crítica de literatura que utiliza como fonte de dados estudos já publicados e não envolve seres humanos, não foi necessária aprovação do CEP.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca e filtragem foram selecionados oito estudos para a análise. Para a escolha dos artigos foi levado em consideração os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente. As referências bibliográficas dos estudos incluídos foram analisadas e não foram localizados novos estudos, sendo um indício de que este tema ainda é pouco abordado.

Segundo Moat (2013), as revisões de literatura que encontram poucos estudos podem demonstrar que determinados temas precisam ser mais estudados, como também podem ajudar a elencar prioridades para o financiamento de pesquisas.

Conforme a tabela 1, dos estudos analisados, quatro são do ano de 2013 e quatro de 2014. Sendo quatro dissertações de mestrado, três artigos científicos e um estudo que faz parte dos anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Os estudos foram realizados no Espírito Santo, Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso, São Paulo, Ceará e dois de âmbito nacional.

Tabela 1 – Descrição dos artigos analisados na pesquisa, segundo ano, título e revista.

Estudo	Ano	Título	Autor (es)	Revista
1	2013	A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	MAIA, Melanie Noël	Repositório da Fiocruz
2	2013	Rede Cegonha: da concepção à implantação	GIOVANNI, Miriam Di	Repositório da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
3	2013	Rede Cegonha – Processo de construção e implantação na 10ª região de saúde do estado do Ceará	MOREIRA, Rafaella Pessoa; CHAVES, Cristianne Soares; PEIXOTO, Virgínia Maria Moura Remigio <i>et al</i>	Anais do 2º Congresso Brasileiro de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde
4	2013	Plano de qualificação da atenção em maternidades: Análise em uma maternidade de Cuiabá/MT	MACIEL, Noíse Pina	Repositório da Universidade Federal da Bahia - UFBA
5	2014	Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha	MARTINELLI, Katrini Guidolini; NETO, Edson Theodoro dos Santos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich	Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia.
6	2014	Do domicílio ao parto: Avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE	PINHEIRO, Herika Dantas Modesto	Repositório da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
7	2014	Pesquisa Nascer do Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido	LANSKY, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta de Lima <i>et al</i>	Caderno de Saúde Pública
8	2014	Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo	GRYSCHKEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins; NICHATA, Lucia Y. Izumi <i>et al</i>	Saúde Sociedade São Paulo

Fonte: Elaboração Própria

Verificou-se um pequeno número de estudos que tratou da temática avaliação, sendo quatro de avaliação normativa e uma pesquisa avaliativa (tabela 2). Isso condiz com o que Lansky et al (2014) aborda: No Brasil não há cultura de avaliações de programas e políticas públicas. A escassez de avaliações dos atributos da RC poderia ser justificada pelo período curto de implantação desta estratégia, vigente há quatro anos. Porém, o anexo II da PHPN já previa que as unidades que realizam o parto devem estar vinculadas a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal (BRASIL, 2000). Ou seja, o conceito de vinculação já era instituído antes da RC ser implantada.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos quanto ao tipo de avaliação

Estudos	Avaliação normativa			Pesquisa Avaliativa	Narrativa de avaliação informal
	Estrutura	Processos	Resultados		
1	X	X			
2		X			
3					X
4				X	
5		X			
6		X			
7	X				
8					X

Fonte: Elaboração própria

Os dois documentos incluídos como narrativa de avaliação informal analisaram as dinâmicas de negociação e acordos que são a base da construção de uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2011). Neste caso, uma rede temática.

Observou-se que em quatro (4) das cinco (5) avaliações normativas, predominou o foco “processos”, que permite emitir um juízo de valor sobre os bens e serviços da intervenção (BROUSSELLE, 2011).

Quanto ao período de realização dos estudos, foram incluídos apenas os que coletaram os dados a partir de 2011, conforme tabela 3. Como podemos observar, os estudos selecionados desenvolveram seus trabalhos de campo entre 2011 e 2013. Em dois estudos não foi ficou claro e período de desenvolvimento dos trabalhos.

Tabela 3 – Período da coleta de dados dos estudos, segundo o ano.

Período de início da coleta dos dados	Quantidade de artigos
2011	1
2012	3
2013	2
2014	0
2015	0
Não identificado	2
Total	8

Vinculação

Dentre os oito estudos, dois abordam com maior ênfase a vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto.

Por meio de uma pesquisa avaliativa com o enfoque qualitativo, Maciel (2013) analisou o cumprimento das diretrizes do plano de qualificação das maternidades em um hospital de referência em Cuiabá. Revelou não haver vinculação da gestante a partir da atenção primária como é previsto na Lei 11.637 de 2007. Salienta neste estudo que apesar dos protocolos e fluxos assistências existirem, a efetivação de fato não ocorre, conforme citado por Maciel (2013 p. 63):

Observa-se na prática que, apesar da região não dispor de um sistema de regulação obstétrica, há um fluxo para atendimento à atenção ao parto, mas transfere para a mulher a responsabilidade de procurar o local de parto, não dando garantia de ter local assegurado.

O estudo de Pinheiro (2014) é uma avaliação normativa com foco em processos, cujo objetivo é avaliar o acesso das parturientes às maternidades de alto risco do Recife. As dificuldades de acesso é um dos seus objetivos específicos, que foi verificado por meio das seguintes variáveis: parto realizado em maternidade de referência da área de residência; acesso à maternidade; quantidade de maternidades procuradas; motivo da transferência, e; tempo decorrido entre o 1º serviço procurado e o internamento para o parto. Constatou-se que:

Em relação ao parto, 80,2% não o realizaram na maternidade de referência para sua área de residência; 63,7% tentaram se internar

nesta maternidade, e destas 42,9% a modalidade de acesso foi mediante a central de regulação. A busca por duas maternidades para a assistência ao parto foi relatada por 50,5% das mulheres (Pinheiro, 2014 p. 53).

Além das variáveis citadas acima, outras variáveis de importância também foram elencadas, como: realização do pré-natal; início do pré-natal, e; número de consultas realizadas. O resultado mostrou que 98% das entrevistadas realizaram o pré-natal. Porém, somente 54,9% iniciaram no 1º trimestre e 43,7% realizaram de 4 a 6 consultas. A RC preconiza realizar no mínimo seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2011). Dessa forma, a captação precoce de gestantes na APS de Recife não está eficaz.

Barreto (2013) acredita que, para garantir a vinculação da gestante de fato desde o pré-natal e evitar peregrinação no momento do parto, o modelo “vaga sempre” precisa estar devidamente implantando e ser efetivo. O estudo de Pinheiro (2014) deixou claro que nem os fluxos de assistência às gestantes de alto risco que necessitam de serviços de maior complexidade estão implantados.

Rede Cegonha

No estudo de Martinelli et al (2014), foi realizado uma avaliação do PHPN e da RC tendo os processos como foco de avaliação e comparando a assistência do pré-natal e nascimento. Esse estudo concluiu que não há diferenças estatisticamente significantes entre serviços ofertados às puérperas tanto nos parâmetros da PHPN quanto da RC.

A conclusão desse estudo pode ser discutida com a revisão de legislação de Silva et al (2011), onde questiona a real pertinência da implantação da RC, tendo em vista que ela reafirma a maioria das ações propostas em outras política já existentes. Porém, é importante ressaltar que o diferencial da RC para as demais políticas, como PHPN e PAISM, é a proposta de reorganização dos serviços em RAS, articulando os três níveis de atenção e operacionalizando os serviços de saúde de forma regionalizada. Proposta esta que os estudos sugerem poucos avanços com efeitos reais na prestação de serviços articulados para usuárias e seus filhos.

O estudo de Giovanni (2013) realizou uma revisão da coerência entre as referências nacionais e internacionais com as normas da RC, da concepção até a implantação, por meio de

conceitos, diretrizes, objetivos e elementos constitutivos pelo método SWOT/FOFA com o levantamento de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

Um avanço apontado pela autora, é que a RC inicialmente se propunha a atender a regiões da Amazônia Legal e Nordeste, porém a proposta foi revista e ampliada para todo o território nacional. Em setembro de 2013, 100% dos estados brasileiros já haviam aderido a RC pelo menos no componente atenção básica (GIOVANNI, 2013).

Os resultados deste em relação a implantação e efetividade da RC foram otimistas, quando comparado aos resultados apontados pelos outros estudos deste trabalho. Segundo Giovanni (2013), a RC está compatível com as orientações da OMS e OPAS, pois contempla todos os elementos constitutivos preconizados em seu desenho. Ainda segundo Giovanni (2013 p. 91):

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.

Concluiu-se ainda que a RC possui mais pontos fortes do que fracos e um dos maiores desafios a serem enfrentados para mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, é a revisão do modelo de atenção da RC. Todavia a RC é um arranjo organizativo com potencial para melhorar a atenção à saúde da mulher em idade fértil e das crianças até 2 anos de idade (GIOVANNI, 2013).

Narrativas de estruturas organizacionais da rede

Sobre as narrativas de estruturas organizacionais, dois estudos fazem uma avaliação da implantação das redes temáticas de atenção em seus respectivos Estados.

Moreira et al (2013) relata a experiência do processo de construção e implantação da RC na 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará. O processo se deu inicialmente em parceria com duas regiões de saúde para posteriormente montar o plano regional. Um quesito importante nesta discussão era elencar a instituição secundária para o atendimento às gestantes e crianças. A escolha da unidade se deu pela localização geográfica, que permitiria fácil acesso da população. Após esse momento, aconteceram diversas reuniões para que os envolvidos se apropriassem dos instrumentos norteadores sobre RAS.

A proposta de implantação da RC inicialmente contemplaria apenas seis regiões de saúde, mas após negociações pactuaram em expandir para todas as regiões. O Plano Regional da Rede Cegonha foi apresentado em novembro de 2011. Para Moreira et al (2013) a RC é uma importante estratégia do Governo Federal para o enfrentamento dos óbitos maternos e infantis, além da perspectiva de que os setores envolvidos no cuidado materno-infantil estejam conectados e trabalhando em rede.

O estudo de Gryscek et al (2014) não é uma narrativa referida nominalmente á RC, mas sim à importância da regionalização para a construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, em São Paulo, com normas técnicas e de gestão, em grande parte, idênticas às da RC. No que diz respeito à rede de atenção à saúde da mulher e da criança, desenvolveu-se um manual para implantação da linha de cuidado da gestante e puérpera, visando garantir o acesso, qualificação da assistência prestada e a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Ressalta que é necessário investir na qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério por meio da linha de cuidado, possibilitando assim uma abordagem integral do processo saúde-doença, com promoção da saúde e prevenção de agravos. Também é necessário investir na reestruturação da atenção, de modo a articular a atenção básica e a unidade hospitalar.

Percebe-se então que os três estudos mencionados anteriormente relatam os processos de implantação de estrutura física e organizacional e não a implantação de processos assistenciais ou mudanças no modelo de atenção. Apenas Giovanni (2013) cita a necessidade de revisão do modelo de atenção para que a RC alcance o cenário de atenção ao parto e nascimento adequado.

Peregrinação

Sobre peregrinação anteparto, foi encontrado 1 estudo.

O estudo de Maia (2013) é uma avaliação normativa de estrutura e processos, que tem por objetivo descrever aspectos relacionados à coordenação da atenção ao pré-natal e parto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro (RJ). Chama atenção nesse estudo, a persistência da peregrinação das gestantes em busca de atendimento no momento do parto. A falta de vínculo à unidade de referência gera peregrinação e o encaminhamento a outras unidades por meios próprios (MAIA, 2013).

A autora aponta que a ausência de estudos para investigar as causas, os indicadores e propor soluções para a resolutividade da peregrinação é um problema a ser enfrentado no RJ.

Foi instituído em 2010 no RJ o Programa Cegonha Carioca, com a mesma proposta da Rede Cegonha. Para atender o objetivo de vinculação à maternidade de referência desde a primeira consulta de pré-natal, o Programa se dividiu em 3 módulos. Dentre eles, o módulo: ações de promoção entre os serviços de pré-natal e atenção hospitalar, assegurando o atendimento ao parto em local pré-definido e adequado as condições de risco gestacional, tendo como base a regionalização. Os resultados do estudo de Maia (2013) demonstraram melhoras no que se refere a peregrinação anteparto, mas mostrou fragilidade nos fluxos de informações na ESF, no que se refere aos processos desse programa.

Mortalidade neonatal

O estudo de Lansky et al (2014) é uma avaliação normativa de processos, cujo objetivo foi analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa Nascido no Brasil e os fatores associados considerando os aspectos contextuais socioeconômicos e demográficos, as características da gestante e do recém-nascido e o processo assistencial no pré-natal, no parto e nascimento.

As variáveis de exposição foram divididas em quatro blocos para facilitar a avaliação. Cabe aqui mencionar o bloco 3, que trata da assistência ao parto com as seguintes variáveis:

Hospital de referência para gestação de alto risco, hospital com Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI neonatal), tipo de hospital (privado, público, misto), peregrinação para o parto, uso do partograma durante o trabalho de parto, presença de acompanhante durante a internação para o parto, tipo de parto, nascimento de recém-nascido com peso ao nascer < 1.500g em hospital sem UTI neonatal, boas práticas durante o trabalho de parto e boas práticas durante o parto (LANSKY et al, 2014 p. S194).

O estudo mostrou que a maior parte dos óbitos neonatais se concentraram nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil e as menores taxas foram encontradas nas regiões Sul e Sudeste. O maior número de óbitos está entre os nascidos prematuros com baixo peso ao nascer (LANSKY et al, 2014). Este dado reafirma que a prematuridade é uma preocupação e que representa a principal causa de mortes nas primeiras semanas de vida (BRASIL, 2013).

As taxas de óbitos neonatais também foram elevadas para as mães que não tiveram atenção adequada no pré-natal e no trabalho de parto. A peregrinação e a falta de

acompanhante no parto são outros fatores elencados pela autora que estão associados ao óbito neonatal.

Importante ressaltar que este foi o único estudo analisado que, de modo geral, avaliou a importância da continuidade do cuidado do pré-natal ao crescimento e desenvolvimento da criança. A RC propõe a garantia da atenção do pré-natal ao puerpério e da criança até 24 meses de idade (BRASIL, 2011), porém chama atenção que nenhum estudo analisado avalia a continuidade da atenção de forma completa, deixando claro que ainda predomina um sistema fragmentado da atenção. O indivíduo precisa ser assistido pelos serviços de saúde de modo a possibilitar uma abordagem integral e continuada.

Os assuntos mais abordados nestes artigos, direta ou indiretamente, são a adequação dos processos de pré-natal e a carência de articulação entre os níveis de atenção para o fortalecimento da rede e o aprimoramento da assistência (MARTINELLI, 2014; GRYSCHKEK, 2014; PINHEIRO, 2014; LANSKY, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento bibliográfico e sua análise crítica sugerem fortemente que a vinculação da gestante à unidade de referência e a prestação contínua de serviços são atributos com baixa implantação após quatro anos de início da estratégia RC, tendo como consequência a peregrinação anteparto que pode acarretar em complicações tanto para a mãe quanto ao recém-nascido.

O resultado de apenas oito estudos que fazem algum tipo de avaliação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado pode sugerir a escassez de avaliações no país, ou também pode estar atrelada a falta de interesse dos pesquisadores em aprofundarem esta temática. Contudo, este resultado nos mostra a real necessidade de avaliar os programas e políticas públicas que são implantadas no Brasil.

Portanto, torna-se necessária uma abordagem cada vez maior da importância de implantar esses atributos para a adequação da assistência a saúde materna e infantil, de modo a reduzir os óbitos. Importante ressaltar a continuidade do cuidado, principalmente no período pós-parto, momento crucial e de maior vulnerabilidade para mãe e filho.

Este trabalho ressalta a precariedade de avaliações em saúde no Brasil e poderá servir para estimular pesquisadores a discutirem melhor a temática.

Importante ressaltar que durante a busca dos estudos, notaram-se numerosas avaliações assistenciais, com foco em procedimentos clínicos. Porém, todas as dissertações de mestrado aqui analisadas eram da pós-graduação em Saúde Coletiva. Diante disso, fica claro o olhar diferenciado do profissional Sanitarista para estudar demandas que comumente não são abordadas. A graduação em Saúde Coletiva nos faz pensar o que é saúde e, principalmente, como é feita a saúde, tendo um dos pilares o planejamento e avaliação em saúde.

Diante dos resultados, são muitos os desafios a serem enfrentados para alcançar a qualidade dos serviços de assistência a saúde da mulher e reduzir as óbitos materno-infantis no Brasil.

8 BIBLIOGRAFIA ANALISADA

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha: da concepção à implantação.** Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. 99 p. 2013

GRYSCHEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari? São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 689-700, 2014.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.

MACIEL, N. P. **Plano de qualificação da atenção em maternidades: análise em uma maternidade de Cuiabá/MT.** Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. 82 p. 2013.

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2013.

MARTINELLI, K. G. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha.** UFES. **CEP**, v. 29040, p. 090, 2014.

MOREIRA, R. P. **Rede Cegonha – processo de construção e implantação na 10ª região de saúde do estado do Ceará.** In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. 2013.

PINHEIRO, H. D. M. **Do Domicílio ao Parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife–PE.** Centro de Ciências da Saúde. UFP. 80 p. 2014.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, J.F. Como fazer uma pesquisa bibliográfica. **Fortaleza: UFC**, 2007.

ARAÚJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco**. 2012. 129 p. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. FIOCRUZ.

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

BICK, D.; BASTOS, M. H.; DINIZ, S. G.. Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde maternal e infantil por toda vida: a necessidade de abordar o serviço “invisível” no período pós-natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 420-421, 2008.

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

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. de. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 975-80, 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, v. 1. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade**: sistema de informações sobre nascidos vivos. Brasília, DF, 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2010 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 569**, de 1 de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica** de 31 de julho de 2012. Esclarecimento às Secretarias Municipais de Saúde sobre o apoio deslocamento às gestantes inseridas na Rede Cegonha, 2012 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. In: Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 c.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede Cegonha do DF**, 2012.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede Cegonha da Região Oeste**, 2013.

BROUSSELLE, A. (org.) **Avaliação: conceitos e métodos.** / organizado por astrid Brouselle... [et al]; tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

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

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Blog Saúde com Dilma**, v. 9, 2011.

COSTA, A. M. Políticas de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., vol.14, n.4, pp. 1073-1083. ISSN 1413-8123, 2009.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf> > Acessado em: 05 de maio de 2015.

CUNHA, Sabrina Furtado et al. Peregrinação no anteparto em São Luis–Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2010.

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

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.

FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. **Crianças: sujeitos de direitos e sua vulnerabilidade**. In: BITTENCOURT, S. D. de A (Org.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro, EAD/Ensp. 2013.

GARCÍA-MORENO, C. *Violencia contra la mujer*. **Género y equidad en la salud**, 2000.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

KERBER, K. J. et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, p. 1358-1369, 2007.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C.; GANA, S. G. M.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n. 1, 2005.

LIMA, L. D. de , et al. *Regionalização da Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOYOLA, C. M. D. Continuidade do cuidado. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOZANO, R. et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis Lozano, *The Lancet* , Volume 378 , Issue 9797 , 1139 – 1165, 2011.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. ESP-MG, 2011.

MOAT, K. A. et al. Twelve myths about systematic reviews for health system policymaking rebutted. **Journal of health services research & policy**, v. 18, n. 1, p. 44-50, 2013.

MONTESCHIO, L. V. C. et al. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 22-30, 2014.

OLIVARES, J. E. L.. Negociação para configurar o desenho da estrutura organizacional em rede. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 9, n. 3, p. 13-26, 2002.

ORGANANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **10º revista da classificação estatística de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID 10)**. Brasília, DF, 1993.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília. 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Violencia Contra la Mujer: violación y agresión sexual*. Genebra: OMS, 1998.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ**, v. 14, n. Supl 1, p. 25-32. 1998.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PORTAL SAÚDE. Redes prioritárias. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria > Acessado: 28 de maio de 2015.

SILVA, L. C. F. P. da et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Rev Âmbito Jurídico**, v. 16, n. 93, p. 1-15, 2011. [Online]. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10495 > Acessado em: 12 de abril de 2015.

SOUSA, M. H. de et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 6, n. 2, p. 161-168, 2006.

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

VIANA, A. L. d'Ávila; LIMA, L. D. de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. In: **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Contra Capa, 2011.

WORTHEN, B; SANDER, J. J.; FITZPATRICK, J. Avaliação de programas: Concepções e práticas. São Paulo. Editora Gente. 2004.