

REDE CEGONHA: DIFICULDADES DE OPERACIONALIZAÇÃO EM ILHÉUS-BAHIA

Michelle Araújo Moreira¹
Alana Nascimento Sales²

RESUMO: As dificuldades para operacionalizar a Rede Cegonha no município de Ilhéus-Bahia. Identificar, descrever e analisar as dificuldades elencadas por diretores da atenção à saúde, gestor municipal e enfermeiras para a operacionalização da Rede Cegonha no município de Ilhéus-Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório cujos cenários definiram-se pela Unidade de Saúde da Família (USF) Nossa Senhora da Vitória I, II, III; pelo Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE); pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Maternidade Santa Helena. Os sujeitos foram diretores da atenção básica, média e alta complexidade, diretor clínico da maternidade, gestor municipal e enfermeiras da USF Nossa Senhora da Vitória, do CMAE e da maternidade. Os dados foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise de conteúdo temático. Detectou-se uma precariedade quanto à estrutura física das USFs para o desenvolvimento de ações nos programas que abarquem a gestante, parturiente e puérpera, especialmente nos centros de referência e maternidade local. Além disso, desvelou-se que os profissionais de saúde desconheciam a legislação sobre a Rede Cegonha e não a compreendiam como uma iniciativa governamental para a redução da mortalidade materna e infantil. Conclui-se que existe a necessidade de desenvolver um plano de ação regional para promover a implementação da Rede Cegonha, garantindo o acolhimento, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Obstetrícia; Enfermagem.

ABSTRACT: The difficulties in operationalizing the Stork Network in the city of Ilheus, Bahia. To identify, describe and analyze the difficulties listed by directors of health care, municipal manager and nurses for the operationalization of the Stork Network in the city of Ilheus, Bahia. Method: This is a qualitative, descriptive and exploratory study whose scenarios were defined by the Family Health Unit (USF) Our Lady of Victory I, II, III; the Municipal Service Center Specialist (WEMA); the Municipal Health Bureau and the Maternity Santa Helena. The subjects were directors of primary care, secondary and tertiary, clinical director of motherhood, city manager and nurses USF Our Lady of Victory, the WEMA and motherhood. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by content analysis technique. We detected the precariousness about the physical structure of the USF for developing actions in the programs that cover pregnant, parturient and puerperal women, especially in reference centers and the local hospital. Also, it was unveiled that health professionals were unaware of the legislation on the Stork Network and did not understand it as a government initiative to reduce maternal and infant mortality. We conclude that there is a need to develop a regional plan of action to promote the implementation of the Stork Network, ensuring the host, increasing access and improving the quality of prenatal care.

Key-words: Health Management; Obstetrics; Nursing.

¹ Pós-Doutoranda em Enfermagem pela UBA.

² Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual de Santa Cruz.

1 INTRODUÇÃO

O protagonismo do movimento feminista e a mobilização de setores civis e governamentais contribuíram para a ampliação da atenção à saúde da mulher, gerando diretrizes e ações programáticas no campo das políticas públicas (GOMES, 2011). Tal mobilização social interferiu na implementação de políticas nacionais em saúde nas primeiras décadas do século XX. Porém, os programas apenas tratavam dos aspectos relacionados à gravidez e ao parto, o que era veementemente criticado pelas feministas em virtude do caráter estritamente biologicista e reprodutivo (BRASIL, 2004).

Dessa forma, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual conferia uma expansão e consolidação da rede de serviços em saúde e assistência a todas as fases da vida da mulher (BRASIL, 1984). Contudo, este programa permaneceu atrelado às questões que abarcavam a gestação, o parto e o puerpério, dificultando um cuidado ampliado à mulher em outras esferas do viver.

Para reverter esta situação, o MS firmou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), objetivando ampliar os avanços advindos do PAISM, adaptando-a aos parâmetros do novo sistema de saúde em vigor no país, o Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAISM propunha a garantia de direitos das mulheres com ampliação do acesso aos serviços de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2004).

Mesmo com a discussão acerca da melhoria na atenção à saúde da mulher, fez-se necessário elaborar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar o planejamento reprodutivo, o acesso ao pré-natal e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério com direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguros. Tratava-se, então, da política intitulada Rede Cegonha (RC) implantada, em 2011, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011a).

Esta estratégia que garante melhoria no acesso e na qualidade do atendimento ao nascimento representa uma proposta governamental com execução pelos estados e municípios brasileiros (CARNEIRO, 2013). Na Bahia, a Rede Cegonha está sendo implantada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

(SESAB) em parceria com o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS) e o MS (SESAB, 2013).

Tal iniciativa tem por função máxima reduzir os indicadores de morbimortalidade materna e infantil que permanecem como um dos grandes desafios para o país em virtude da péssima situação de acompanhamento no pré-natal e nascimento. Dessa maneira, a Rede Cegonha foi criada para que os serviços oferecidos às mulheres e às crianças possam ter enfoque integral, humanitário, participativo e de qualidade de modo local (BRASIL, 2011b).

Contudo, percebe-se que no cotidiano nacional existem dificuldades para a operacionalização da Rede Cegonha. A partir desta problemática, surgiu o seguinte questionamento: Quais as dificuldades elencadas por diretores da atenção à saúde, gestor municipal e enfermeiras para a operacionalização da Rede Cegonha no município de Ilhéus-Bahia? Dessa forma, definiram-se como objetivos: identificar, descrever e analisar as dificuldades elencadas por diretores da atenção à saúde, gestor municipal e enfermeiras para a operacionalização da Rede Cegonha no município de Ilhéus- Bahia.

A justificativa para a realização da pesquisa respalda-se na baixa produção científica sobre a Rede Cegonha e a sua operacionalização nos municípios do Estado da Bahia, sobretudo por tratar-se de política nacional recente. Entende-se que o estudo evidenciará as principais dificuldades enfrentadas por diretores da atenção à saúde, gestor municipal e enfermeiras no que tange à operacionalização da Rede Cegonha, provocando discussões sobre a situação dessa política nacional, auxiliando a sua implementação e motivando o interesse pelo desenvolvimento de outros estudos relacionados à temática.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de um problema, analisando a interação entre variáveis, compreendendo e classificando os processos dinâmicos experimentados por grupos sociais (OLIVEIRA, 2001).

O cenário do estudo definiu-se por um município do interior da Bahia que conta com uma população média de 184.236 habitantes (IBGE, 2010) e possui os três

níveis de atenção à saúde definidos, a saber: atenção primária (Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória I, II e III), secundária (Clínica Municipal de Atendimento Especializado-CMAE) e terciária (Maternidade Santa Helena no Hospital São José).

Os sujeitos do estudo escolhido foram enfermeiras da USF Nossa Senhora da Vitória I, II e III, enfermeiras da Clínica Municipal de Atendimento Especializado (CMAE) e enfermeiras da Maternidade Santa Helena, pertencente ao Hospital São José, referentes aos três níveis de atenção à saúde. Ademais, selecionaram-se o gestor municipal, os diretores da atenção à saúde (o diretor da atenção básica, o diretor da atenção média, o diretor da alta complexidade e o diretor clínico da Maternidade Santa Helena).

Os critérios de inclusão e exclusão foram:

Critérios de inclusão (enfermeiras): ter mais de um ano de formação em enfermagem e/ou de atuação na unidade selecionada, ter idade acima de 18 anos, desenvolver ações sistematizadas e contínuas nos programas que envolvem a saúde da mulher e da criança, possuir capacidade civil e legal para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de inclusão (diretores da atenção à saúde e gestor municipal): ter experiência pregressa ou atual na área de saúde, independente de cargo anterior e tempo de serviço, idade acima de 18 anos, possuir capacidade civil e legal para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, ter sido nomeado e/ou empossado para o cargo atual.

O instrumento para a coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada que continha o perfil sociodemográfico do entrevistado e questões norteadoras abertas de acordo com os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a). A aproximação com os sujeitos da pesquisa realizou-se após aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de parecer 361.003 e CAAE 20039313.7.0000.5526 e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes no horário escolhido pelos mesmos.

Os discursos foram gravados em fitas de áudio e posteriormente transcritos, sendo codificados, na modalidade de análise de conteúdo temático, proposto por Bardin, que possui as etapas de: pré-análise: com a escolha e organização dos documentos a serem analisados, passando por uma leitura flutuante dos dados; a exploração do material: os elementos analisados serão classificados em um sistema de categorias definidas a partir de temas comuns; e tratamento e interpretação dos resultados: os elementos obtidos são interpretados e articulados com estudos teóricos já existentes (BARDIN, 2013).

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos da pesquisa encontra-se discriminado na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Perfil da(o)s entrevistada(o)s. Ilhéus/BA, 2015.

Variáveis	N, Frequência (%)
SEXO	
Feminino	9 (90%)
Masculino	1 (10%)
IDADE	
30 a 40	7 (70%)
41 a 50	1 (10%)
Acima de 50	2 (20%)
TEMPO DE FORMAÇÃO	
5 a 10 anos	3 (30%)
Acima de 10 anos	7 (70%)
TEMPO DE OCUPAÇÃO NO CARGO	
Menos de 5 anos	2 (20%)
5 a 10 anos	4 (40%)
Acima de 10 anos	4 (40%)
TOTAL	10 (100%)

A partir da análise do perfil dos participantes e dos depoimentos provenientes das entrevistas, procederam-se a organização, a interpretação e a dedução, etapa em que surgiram duas grandes categorias, a saber: (1) (Des)conhecimento dos profissionais da atenção à saúde sobre a estratégia ministerial Rede Cegonha; (2) Desestruturação da rede de atenção à saúde como empecilho para a implantação e execução da Rede Cegonha.

3.1 (Des)conhecimento dos profissionais da atenção à saúde sobre a estratégia ministerial Rede Cegonha

Sabe-se que o país ainda apresenta altas taxas de mortalidade materna, tendo como principais causas: a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, sendo tidas como evitáveis (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Por sua vez, a mortalidade infantil e a neonatal permanecem ampliadas e relacionam-se à baixa qualidade na assistência pré-natal, no parto e puerpério (LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013).

Com vistas a reduzir tais indicadores, a Rede Cegonha trouxe objetivos delineados de acordo com o perfil epidemiológico nacional, atuando com base no estímulo à implementação de um novo modelo de atenção prestada ao binômio mãe-bebê predominantemente no momento do parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil de zero a vinte e quatro meses; na articulação da rede de atenção com o intuito de garantir acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011a).

Com base no entendimento sobre a Rede Cegonha, nota-se que os diretores da atenção à saúde, o gestor municipal e as enfermeiras da USF selecionada demonstram pouco conhecimento sobre tal estratégia, limitando-se a nomeá-la como um projeto político que pretende assistir à mãe e bebê, o que pode ser observado nos depoimentos a seguir:

[...] a Rede Cegonha é um projeto do governo Federal, cujo objetivo é a melhoria na assistência materno-infantil, reduzindo a morbiletalidade [...] **(Aril)**.

[...] é uma iniciativa do Ministério da Saúde e que tem um dos objetivos: prestar assistência à gestante desde a concepção até o pós-parto [...] **(Abelha)**.

[...] a Rede Cegonha trabalha na linha materno-infantil desde o planejamento familiar à gestante, à puérpera, o binômio mamãe e bebê, até crianças de dois anos [...] **(Borboleta)**.

[...] a Rede Cegonha surgiu para fortalecer toda essa rede de saúde da mulher, englobando a saúde da criança e que venha trazer benefício cada vez mais para essa mulher, desde a fase reprodutiva, de puerpério, de ser mãe [...] **(Beija Flor)**.

Compreende-se que a Rede Cegonha desenvolve-se ancorada por quatro componentes: o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério e a atenção integral à

saúde da criança; e o sistema logístico, englobando uma série de ações (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, o componente pré-natal prevê ações como captação precoce da gestante e realização do acompanhamento qualificado do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); acolhimento com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade; acompanhamento pré-natal de alto risco em tempo hábil; realização de exames; vinculação da gestante ao local de parto ainda no pré-natal; qualificação do sistema de informação; realização de estratégias educativas sobre saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis; e apoio no deslocamento para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011a).

No que tange ao componente pré-natal, percebe-se que as/os participantes do estudo sequer apontam as ações básicas, demonstrando certo desconhecimento sobre as estratégias a serem realizadas no âmbito da atenção à saúde, como evidenciado abaixo:

[...] quando implantou a Rede Cegonha, a gente já fazia assistência pré-natal e a gente só fez enriquecê-la [...] **(Abelha)**.

[...] o que eu desenvolvo aqui é o pré-natal de baixo risco e o atendimento ao puerpério e à criança no CD. Mas se existem outras ações que estão sendo desenvolvidas, eu não sei, não fui informada [...] **(Rosa)**.

Percebe-se uma reprodução de ações restritas aos programas básicos como o pré-natal de baixo risco e o crescimento e desenvolvimento da criança, revelando que os profissionais desconhecem as dimensões do programa. Esse déficit na educação permanente refletirá consideravelmente na assistência à mulher, ocasionando sentimento de insegurança no processo da gestação, parturição, puerpério e acompanhamento dos seus filhos (WEIDLE *et al.*, 2014).

Em contrapartida, a RC busca sistematizar o atendimento pré-natal, tendo como principal objetivo a humanização na assistência, a qual permitirá uma produção de serviço com efetividade e, conseqüentemente, uma experiência positiva ao binômico mãe e filho (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Em relação ao componente parto e nascimento, alguns profissionais demonstraram conhecimento insipiente, como visualizado a seguir:

[...] é um projeto que querem fazer um conjunto onde mãe e recém-nascido fiquem próximos. Requer uma UTI neonatal, um berçário, uma unidade intermediária e um alojamento conjunto [...] **(Flor)**.

[...] requer auxílio deslocamento, a implantação de UTI neonatal, leito canguru, posto de coleta de leite humano [...] **(Borboleta)**.

Observa-se nos depoimentos um enfoque restrito à estrutura física para a operacionalização da Rede Cegonha. No entanto, este componente abarca as boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseada em evidências, a humanização no cuidado, a garantia de acompanhante para a puérpera, o acolhimento, dentre outros, o que não se visualiza nos discursos emanados pelas/os depoentes, sugerindo ser algo desconhecido.

Ademais, a Rede Cegonha traz em sua proposta a perspectiva do cuidado em rede de atenção a fim de minimizar a fragmentação no processo de atenção, o desperdício de recursos e a ineficiência dos serviços (MOREIRA *et al.*, 2013). Dessa forma, a organização em Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, publicada através da Portaria/GM nº 4279/2010, estabelece objetivos que se coadunam com a Rede Cegonha, a exemplo da integralidade, da qualidade, da humanização e conseqüentemente da equidade, eficácia clínica, sanitária e da eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Diante disso, as/os profissionais da atenção à saúde apontam a necessidade de se trabalhar em RAS na proposta da Rede Cegonha, como observado a seguir:

[...] dar assistência de qualidade e integral em todos os níveis, de acordo com a necessidade de cada uma [...] **(Abelha)**.

[...] um programa para humanizar o atendimento ao pré-natal e ao parto, desde a atenção básica até média e alta complexidade pra tentar melhorar esse atendimento às gestantes, durante o pré-natal, parto e puerpério [...] **(Rosa)**.

Nesse sentido, uma vez que os serviços de saúde estejam organizados em rede, se permitirá que gestantes tenham um acompanhamento seguro, momento em que os riscos potenciais serão minimizados, evitando a fragmentação do cuidado (ALVES, 2012).

Para isto, as/os profissionais da saúde devem ser sensibilizadas/os e qualificadas/os para que a estratégia torne-se eficaz e, nesse sentido, faz-se

necessário conhecimento técnico e científico abstendo-se de práticas desnecessárias (MOREIRA *et al.*, 2013).

3.2 Desestruturação da rede de atenção à saúde como empecilho para a implantação e execução da Rede Cegonha

Os diretores da atenção à saúde, o gestor municipal e as enfermeiras apontaram algumas dificuldades para a operacionalização da Rede Cegonha. Os principais entraves relacionam-se à falta de insumos básicos, a exemplo de fita métrica, sonar *doppler*, estetoscópio de Pinnard, formulários para registro das informações clínicas das gestantes, parturientes e puérperas nos serviços de atenção à saúde, inexistência de mesas ginecológicas para exames específicos, ausência de materiais para a coleta da citologia oncológica, falta de medicamentos para tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e outros agravos decorrentes desse período, falha na dispensação das vacinas, ou seja, ações mínimas no ciclo gravídico-puerperal nas USF mostravam-se precárias. Além disso, evidenciava-se a quantidade insuficiente de ginecologistas, obstetras, pediatras, para o atendimento adequado às mulheres e seus filhos com ausência de integração na rede de atenção local e dificuldades na referência e contrarreferência, sobretudo nos três níveis de complexidade, como demonstrado nas falas a seguir:

[...] as dificuldades que a gente tá passando esse ano é a falta de alguns materiais pra gente trabalhar. A questão da rede, dos encaminhamentos que a gente não tem o retorno. Então são essas dificuldades que a gente encontra no dia a dia pra poder a gente tá fazendo o nosso trabalho [...] **(Rosa)**.

[...] um incentivo para a gestante do deslocamento que não existe mais. Essa questão do acolhimento dessa gestante que a gente acompanha no serviço. O pré-natal de risco só tem um obstetra para o município todo, quando o profissional tá de férias não tem outro pra repor [...] **(Matos)**.

Tal desestruturação mostra a necessidade de se ampliar o cuidado integral da gestante, através do fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e da formação de uma rede de atenção integrada em todos os seus princípios (BRASIL, 2011b).

Sabe-se que a atenção primária atende 85% dos problemas de saúde da população. Isso remete a uma rede interligada onde a usuária é acompanhada continuamente, permitindo uma eficácia e maior confiabilidade e satisfação com o serviço (MENDES, 2011).

Ressalta-se que uma das diretrizes da Rede Cegonha aponta para o apoio à gestante no deslocamento para as consultas de pré-natal, evitando a peregrinação neste tipo de assistência (BRASIL, 2011a). Cabe ao gestor local desenvolver estratégias com as equipes multidisciplinares no sentido de informar à gestante sobre a importância, finalidade e aquisição desse apoio.

Surgiram ainda questões como a ausência de educação permanente para os profissionais da área de saúde no que se refere aos objetivos da Rede Cegonha, estrutura precária nas USF para o desenvolvimento das estratégias bem como desorganização na gestão de saúde municipal de Ilhéus como fatores que dificultam a operacionalização da Rede Cegonha. Contudo, percebe-se um esforço no âmbito nacional, estadual e municipal no campo materno-infantil para a operacionalização da Rede Cegonha (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Porém, as/os participantes denotam grandes dificuldades na gestão em saúde a exemplo dos depoimentos abaixo:

[...] eu acho que precisa de uma organização na questão da gestão. Falta de preparo do pessoal, equipamentos nas unidades. A gente poderia ter uma estrutura melhor dentro da unidade de saúde. Essa questão de estruturação da organização de gestão e melhor estrutura das unidades, eu acho imprescindível [...] **(Abelha)**.

[...] talvez seja a maior dificuldade a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde que muda de secretário toda hora e não tem uma diretriz pra onde vai. Como é que eu vou acreditar em Projeto Cegonha, se o município não tá estruturado para atender a rede básica, um pré-natal adequado, os postos fechados, faltando material? Então com essa dificuldade própria eu não acredito no Projeto Cegonha [...] **(Aril)**.

Evidencia-se uma falta de credibilidade na gestão para o adequado funcionamento da Rede Cegonha. Torna-se necessário estimular uma gestão participativa, promover o alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes da Rede Cegonha para uma posterior implantação, execução e avaliação dos resultados alcançados (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Aos municípios cabe a associação ao Grupo Condutor da Rede Cegonha no intuito de administrar o financiamento governamental para as ações efetivas do cuidado à mulher e a criança (BRASIL, 2011a).

Para tanto, faz-se necessário melhorias em relação à gestão em saúde, à formação permanente dos profissionais na área da saúde para o entendimento da estratégia RC bem como a estruturação de equipamentos e da estrutura física nas Unidades Básicas conforme evidenciado nos discursos a seguir:

[...] o ministério foi conscientizar o gestor em vez de conscientizar e priorizar uma capacitação desses profissionais que estão na ponta dentro da instituição. Eu creio que esteja faltando realmente capacitação, conscientização, sensibilização nessa equipe [...] **(Geu)**.

[...] pouco se avançou. Houve recurso que ficou parado no município. Um dos maiores desafios está voltado para a questão dos recursos humanos que é a parte prática [...] **(Geu)**.

Entende-se que os profissionais da saúde são sujeitos capazes de aderir a projetos de transformação. Para tanto, deve haver o objetivo de apontar práticas inovadoras para o processo de formação e capacitação, desenvolvendo a autonomia e o compromisso com vistas a um atendimento integral e contínuo (SARRETA, 2009).

Outro elemento de destaque refere-se à maternidade, a qual não apresenta estrutura adequada para implementar o programa da Rede Cegonha e assegurar a gestantes, recém-nascidos e puérperas, boas práticas de atenção à saúde ancoradas nos princípios da humanização, a exemplo da garantia de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Método Canguru para os binômios que necessitarem no seu processo de cuidado (BRASIL, 2011b).

Esses pontos tornam-se importantes para garantir uma assistência pré-natal de qualidade, como evidenciado a seguir:

[...] primeiramente recursos humanos em número e sensibilidade dos profissionais. Há falta dos insumos. Temos dificuldade de ter essa parceria com a Maternidade, ter acesso, implantar o acolhimento, acompanhar. Além da estrutura física [...] **(Beija-Flor)**.

[...] começa pela própria gestão do hospital. A nossa estrutura, não está ideal, não é ideal. Muitas dificuldades financeiras, físicas [...] **(Flor)**.

A maternidade atende precariamente os municípios e outros binômios provenientes de oito cidades circunvizinhas e permanece qualificada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como sendo uma unidade filantrópica. Este serviço não dispõe de quantidade suficiente de leitos, não possui UTI neonatal, imprescindível, de acordo com a diretriz (BRASIL, 2011a). Isso evidencia pouco envolvimento dos setores e de profissionais da saúde no que tange à implementação das ações propostas pela Rede Cegonha. Por fim, observa-se que as dificuldades para esta implantação relacionam-se a desestruturação da rede de atenção local.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa, observou-se a existência de múltiplos fatores que dificultam a operacionalização da Rede Cegonha. Estes perpassam pela qualificação profissional, com a inexistência de educação permanente sobre esta iniciativa governamental, levando a um conhecimento superficial dos profissionais de saúde para o planejamento das ações. Além disso, a desorganização na gestão de saúde impede o destino adequado dos recursos humanos, financeiros e estruturais para a assistência com base nos objetivos propostos pela Rede Cegonha.

Nota-se que, a maioria dos profissionais de saúde evidencia a importância da proposta Rede Cegonha para a melhoria da assistência às gestantes, valorizando o seu plano de ação, mas destacam a necessidade de apoio nos diferentes níveis de atenção. Evidencia-se um déficit no planejamento das estratégias a serem desenvolvidas, sobretudo aquelas relacionadas ao diagnóstico situacional da rede de atenção materna e infantil existente.

Por fim, entende-se que a Rede Cegonha pode garantir o acolhimento da gestante com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade; a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência pré-natal, cabendo ao município implementar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; a adequação dos serviços de saúde que realizam partos no que tange à ambiência; a implantação de Centros de Parto Normal intra e peri-hospitalar e casas de gestante, bebê e puérperas, devidamente vinculadas aos serviços de saúde de referência.

Agradecimentos: Ministério da Saúde (MS) a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Rede Cegonha, no município de Ilhéus-Bahia.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Luzia Pereira. *Adequação da atenção à saúde da mulher e da criança no município do Paudalho segundo o olhar da Rede Cegonha*. 2012. 25p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Integral à Saúde da Mulher: bases programáticas*. Brasília (DF): MS, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011a*. Brasília (DF): MS, 2011a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt145924062011.html>. Acesso em: 03 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Brasília (DF): MS, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2011/img/07janportaria4279301210.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para Implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF): MS, 2011b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): MS, 2004.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 17, n. 44, pp. 49-59, jan./mar. 2013.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*, v. 23, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014. Acesso em: 11 abr. 2014.

FERRAZ, L; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saúde Pública*, v. 36, n. 2, pp. 527-38, 2012.

GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, pp. 2358-9, 2011.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G.S; LUPPI, C.G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 22, n. 4, pp. 697-706, 2013.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 36, n. 2, pp. 56-64, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Redes de Atenção a Saúde*. 2. ed. Brasília (DF): OPAS, 2011, 549 p.

MOREIRA, Rafaella Pessoa *et al.* Rede Cegonha: processo de construção e implantação na 10ª região de saúde do estado do Ceará. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2., 2013, Belo Horizonte. Anais eletrônicos... Belo Horizonte: Abrasco, 2013. Disponível em: <http://politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/241.pdf>. Acesso: 04 abr. 2014.

OLIVEIRA, Sílvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica*. Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda, 2001.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. *Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS [online]*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, p. 252. Disponível em: scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf. Acesso em: 03 ago. 2014.

SESAB. *Saúde de Todos Nós: Rede Cegonha*. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=comcontent&view=article&id=26107catid=2&Itemid=17>. Acesso em: 03 jun. 2013.

WEIDLE, W.G et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad Saúde Colet*, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

Recebido em: 04 de setembro de 2015.

Aceito em: 20 de abril de 2016.