Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

REDE CEGONHA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO

STORK NETWORK AND THE PRINCIPLE OF INTEGRALITY: ANALYSIS OF IMPLEMENTATION IN THE STATE OF MARANHÃO

Arleane Débora dos Santos Gonçalves[1]
Francisca Thamires Lima de Sousa[2]
Kezia Cristina Batista dos Santos[3]
Danubia Rodrigues Santos[4]
Camila Jane Mota Pereira[5]

RESUMO - Instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha foi lançada como estratégia para redução da taxa de mortalidade materna no Brasil a partir da construção de uma rede de cuidado com ações que vão desde o planejamento da gestação ao parto e nascimento seguro. Nesse sentido, o presente trabalho toma como referência a Rede Cegonha enquanto estratégia para efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde materno-infantil, tendo como objetivo analisar o seu processo de implementação no estado do Maranhão entre os anos de 2011 a 2014 com destaque para as principais dificuldades identificadas nesse processo. Trata-se de uma pesquisa

[1] Assistente Social. Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão – Brasil;
[2] Assistente Social. Mestranda em Desenvolvimento Socioespacial e Regional pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Socioespacial e Regional da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). São Luís, Maranhão – Brasil;
[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão - Brasil. E-mail: kezia_cristinabs@hotmail.com;
[4] Administradora. Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). São Luís, Maranhão – Brasil;
[5] Assistente Social. Especialista em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão - Brasil.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada a partir de levantamento bibliográfico e documental em manuais e sites do Ministério da Saúde. Os resultados apontam a existência de uma rede em construção com fragilidades que incidem no acesso integral e na qualidade das ações e serviços necessários ao desenvolvimento pleno da Rede Cegonha.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil; Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT - Established in 2011 by the Ministry of Health, the Stork Network was launched as a strategy to reduce the maternal mortality rate in Brazil through the construction of a care network with actions ranging from the planning of pregnancy to childbirth and safe birth. In this sense, the present work takes as reference the Stork Network as a strategy to implement the principle of integrality in maternal and child health care, with the objective of analyzing its implementation process in the state of Maranhão between the years 2011 to 2014 to the main difficulties identified in that case. This is a qualitative research of a descriptive and exploratory nature, carried out based on a bibliographical and documentary survey in manuals and websites of the Ministry of Health. The results indicate the existence of a network under construction with weaknesses that affect full access and quality of the actions and services necessary for the full development of the Stork Network.

Keywords: Maternal-Child Health Services; Integrality in Health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O presente artigo se propõe a trazer reflexões acerca da implementação da Rede Cegonha (RC) no estado do Maranhão, no período de 2011 a 2014, como estratégia para efetivação da integralidade da assistência à saúde da gestante. Aqui, entende-se integralidade como a garantia do acesso a ações e serviços de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) que propiciam uma gestação, parto e nascimento de qualidade.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

O interesse por essa temática surgiu a partir da vivência propiciada por intermédio da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), na qual pode-se observar a realidade da gestante maranhense na busca por serviços que assegurassem uma gestação e parto seguro, em que foi possível notar a existência de alguns desafios enfrentados nesse processo.

Considerando, ainda, a taxa de mortalidade materna no estado do Maranhão que se manteve elevada entre os anos de 2011 a 2014 com redução de 99 para 87 óbitos maternos a cada 100 mil nascido vivos (DATASUS, 2015), apesar do desenvolvimento, implementação e intensificações de ações direcionadas a saúde da mulher. Tais dados apontam a latente necessidade de debate sobre os desafios e possibilidades de ações de saúde que o estado maranhense dispõe para superação desta problemática.

Historicamente a política de saúde para mulheres se deu em um viés materno-infantil restrito ao período gravídico-puerperal, assim, além de fragmentada, as ações desenvolvidas não eram capazes de solucionar a problemática dos recorrentes óbitos da mãe e bebê.

Na década de 1980, com a intensificação das reivindicações dos movimentos de mulheres pelo direito a saúde integral registra-se alguns avanços nessa área, com destaque para a proposição do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe pela primeira vez a proposta de integralidade objetivando a superação da visão restrita que se tinha.

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, permite ampliar o conceito de saúde no Brasil que passa a ser vista não somente como ausência de doenças, mas como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Em decorrência da nova conceituação de saúde, foi necessário ampliar os fatores que a determinam, assim, a saúde passa a ser vista como a expressão das condições de vida da população, o que "[...] contribui decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano" (IAMAMOTO, 2008, p. 277).

O conceito ampliado de saúde propiciou um novo olhar às políticas existentes, igualmente, a Política de Saúde de Mulheres que já possuía uma perspectiva de integralidade se renovou a partir da Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), com uma nova abordagem que englobou o conceito de gênero como parte constituinte dos condicionantes e determinantes de saúde feminina.

Apesar dos significativos avanços obtidos, o índice de mortalidade materna e infantil ainda era elevado, portanto, houve a necessidade da criação de estratégias para

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

redução desses indicadores. Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1990 a 2015, houve redução de 58% na razão de mortalidade materna no Brasil, passando de 143 para 60 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, porém apesar dos progressos, a mortalidade materna ainda se constitui um sério problema de saúde pública no país exigindo a necessidade de enfrentamento energético para cada um dos aspectos envolvidos nessa problemática (BRASIL, 2018).

Dessa forma, com a proposta de disseminar no país um novo modelo de atenção à saúde da gestante, em 2011 foi instituída, a partir da Portaria nº 1.459/2011, a RC com o objetivo de ampliar o acesso das gestantes aos serviços e cuidados de planejamento familiar, pré-natal e parto humanizado tendo em vista a redução do índice de mortalidade materno e infantil no Brasil. As ações de saúde desenvolvidas têm como base uma rede de cuidados, previstas a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação, por meio dos quais os estados e os municípios se orientam para aderir ao Programa (BRASIL, 2011).

O presente trabalho tem como foco o estado do Maranhão como campo para a pesquisa. O que se buscou, portanto, foi discutir os aspectos que interferem na implementação desta rede no estado do Maranhão, seus avanços e desafios como forma de compreender para além da estrutura da RC os fatores que contribuem ou dificultam a sua efetivação.

Para esta análise utilizou-se como base teórico-metodológica o materialismo histórico dialético, que, "[...] permite ao pensador dialético observar o processo pelo qual as categorias, noções ou formas de consciência surgem umas das outras para formar totalidades cada vez mais inclusivas, até que se complete o sistema de categorias, noções ou formas, como um todo" (ALVARO, 2010, p.2).

O desenvolvimento do artigo foi realizado por meio de pesquisas bibliográfica e documental em manuais e sites do Ministério da Saúde (MS) a partir de uma abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, visando à interpretação do ambiente pesquisado, centrando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

As bibliografias analisadas foram selecionadas considerando estudos e debates que fundamentassem o desenvolvimento da política de saúde da mulher, apreendessem o quadro de saúde do estado do Maranhão em especial dos serviços destinados a população gestante e dispusessem de indicadores de saúde, sobretudo os índices de mortalidade materna no Brasil e no Maranhão.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

O trabalho dividiu-se em três categorias temáticas. A primeira categoria descreve o histórico da política de saúde da mulher, no intuito de situar os avanços e conquistas e consequentemente compreender os contornos da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher na Atualidade. A segunda categoria apresenta a rede cegonha, com seus objetivos e componentes bem como, os relacionados à integralidade. E na terceira categoria, buscou-se analisar a implementação da rede cegonha no Maranhão, discutindo-se sua atuação como estratégia para a garantia da integralidade da saúde da mulher gestante.

Sistema Único de Saúde e a política de saúde para mulheres: breve contextualização histórica

No Brasil, a construção do SUS, tal qual temos na atualidade, se deu de forma lenta e gradual, fruto de uma intensa luta de vários movimentos sociais, sobretudo o movimento da reforma sanitária, os quais lutaram por uma política de saúde universal, integral e equânime. A proposta dos movimentos visava superar, as tradicionais iniciativas de saúde ofertadas de forma excludente, fragmentada, baseada nos parâmetros do modelo biomédico que reduzia a saúde apenas a ausência de doença.

Neste sentido, as ações de saúde direcionadas à população feminina se limitavam a demandas relacionadas ao período gravídico-puerperal, assim, ofertadas de forma vertical e sem considerar a necessidade real da população local, pois excluíam da sua cobertura de intervenção os demais fatores determinantes e condicionantes da saúde e doença da mulher.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como afirma o MS:

> A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004, p. 12).

Dessa forma, para entender a história da política de saúde da mulher é também necessário considerar a sua função social construída a partir da forte influência da cultura patriarcal, que reduzia o papel da mulher a de reprodutora e cuidadora do lar. Portanto,

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

agrega historicamente desigualdades de poder entre homens e mulheres que implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas.

Nessa perspectiva, as ações de saúde refletiam uma visão ideológica e propunham uma atenção direcionada, baseada em sua especificidade biológica e no papel social da mulher como mãe e doméstica. Funções incorporadas como naturais e exclusivas.

Assim, historicamente, a saúde da mulher foi pensada e trabalhada através de um viés materno-infantil, oriunda das décadas de 1930 e 1940, onde os donos das fábricas começaram a trabalhar a importância do aleitamento materno no intuito de diminuir o adoecimento das crianças e por consequência, reduzir as faltas das mães ao trabalho estabelecendo um modelo de atenção pré-natal, visando o nascimento de crianças saudáveis e justificando-se a institucionalização do parto.

> No Brasil, as ações de saúde direcionadas à mulher até meados da década de 1980 não são diferentes das medidas adotadas na implementação da política de saúde como um todo. Predominantemente marcados pela centralização normativa, os planos direcionados à saúde eram elaborados sem qualquer avaliação das necessidades da população local. Assim, as ações de saúde implantadas durante esse período foram caracterizadas pelo distanciamento entre as medidas adotadas e as reais necessidades das mulheres brasileiras (RAMALHO et al., 2012, p. 12).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), a população feminina representa 51,4% da população brasileira e é a que mais utiliza dos serviços do Sistema Único de Saúde, seja na busca de atendimento próprio como no papel de acompanhante de filhos, companheiros entre outros (BRASIL, 2012). Porém, por um longo espaço de tempo o Estado não apresentou posição concreta e clara quanto a questão da saúde da mulher e a atenção à saúde dessa população foi ofertada de forma insuficiente.

Conforme afirma Costa (1986), "[...] ao lado de reforçar a valorização social da mulher como reprodutora, o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do concepto [...]". Assim houve a implantação em larga escala de ações de planejamento familiar de cunho controlador, bem como as do programa de Saúde Materno Infantil que tinham como real objetivo a garantia da reprodução da força de trabalho e o controle demográfico.

> No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

> período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PNAISM, 2004, p. 15).

Tais propostas repercutiram de forma negativa para a população feminina, que permaneceu a reivindicar ações de planejamento familiar, porém que fosse realizada dentro de uma perspectiva do livre exercício da sexualidade e da livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convinham. Dentro desse contexto de luta social houve um amplo movimento pelo direito a saúde, em especial os movimentos de mulheres reivindicavam por uma atenção especializada à saúde da mulher que extrapolasse a visão restrita, limitada aos aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino.

Em resposta à pressão social dos movimentos feministas e de mulheres[6] , foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou em seu texto as manifestações dos movimentos da reforma sanitária e feministas por uma saúde integral e uma política específica para mulheres em sua totalidade (corpo, sexualidade, reprodução etc.).

> O PAISM surgiu com a proposta de ser mais que um programa, pois englobou em sua redação um conjunto de diretrizes normativas que propunha reorganização da assistência em saúde da mulher em sua integralidade, quer dizer, o programa nasceu como marco referencial no qual a integralidade se tornaria um dispositivo para a construção da cidadania, por sinalizar a superação da atenção à saúde da mulher além do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, além do paradigma clínico-ginecológico estruturado socialmente (RAMALHO et al., 2012, p. 20).

[6] Marcondes (2013, p.02) esclarece que: — os movimentos feministas e de mulheres não são sinônimos. No primeiro caso, trata-se de um movimento social que assume como diretrizes de atuação o repertório consolidado pela luta feminista, visando a superação da desigualdade de gênero, necessariamente. No segundo caso, trata-se de uma organização de mulheres para lutar pelas mais diversas demandas socialmente problematizadas, que podem ou não estar relacionadas à condição das mulheres, e podem ou não ter relação com o repertório feminista, podendo mesmo implicar, através de sua atuação, a reprodução de estereótipos de gênero".

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Dessa forma, o Programa assinala, sobretudo, uma ruptura conceitual da visão fragmentada de saúde da mulher, incorporando pela primeira vez a ideia de integralidade, propondo ações equânimes com abordagem que incorporassem todas as fases do ciclo vital da mulher.

Entretanto, com a ideia de assistência em saúde sobrepondo a de atenção, bem como a desarticulação dos três níveis federativos que possibilitariam a integralidade, o PAISM acabou por se tornar um campo de possibilidades de um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher devido à inexistência de uma adequada estrutura dos serviços sociais.

> O PAISM surge envolto em um contexto de intensas lutas sociais pela redemocratização do país, logo, em meios as forças políticas antagônicas não conseguiu se desenvolver plenamente, "visto que a rede de atenção básica neste período tinha presença simbólica e a relação entre as três esferas de governo praticamente não existia". (RAMALHO et al. 2012, p. 15).

Havia um contexto imbuído por conflitos de interesses entre o setor público e o privado e a política de saúde no Brasil como um todo ainda não era uma realidade concreta. Assim, inicialmente as ações propostas pelo PAISM não foram significativas, porém com a criação do SUS tornou-se possível incorporar em suas estratégias de atuação as prerrogativas do movimento sanitário.

Deste modo, o processo de implantação e implementação do PAISM ocorreu gradativamente. No início fora desenvolvido de forma desarticulada, a partir de 1989 e década de 1990, com a instituição do SUS, passou a ser influenciado pelas características da nova política de saúde. Assim, não podemos negar que o referido Programa trouxe aspectos inovadores à Política de Saúde da Mulher.

Ademais, as prerrogativas do PAISM permitiram expandir o seu campo de atuação, entretanto a visão de integralidade incorporada ainda se detinha aos aspectos biológicos do corpo feminino.

> O PAISM, não conseguindo romper com o paradigma clínico-ginecológico estruturado historicamente, marca um processo de continuidade, no qual ações educativas voltadas à promoção em saúde não foram implementadas. As ações pautaram-se em aspectos que o

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

> próprio título do programa já denunciava, ao propor 'assistência' e não 'atenção' em saúde, ou seja, a processos voltados apenas ao adoecimento da mulher em um único aspecto e ciclo de vida, sem que a centralidade do corpo tenha sido superada (RAMALHO et al. 2012, p. 18).

Portanto, ainda não era suficiente para responder de forma satisfatória as necessidades da população feminina que chamavam a atenção para os aspectos sociais alegando que as desigualdades existentes entre homem e mulher se refletiam também nos problemas de saúde. Sendo assim, fazia-se necessário uma política capaz de dar conta de tais aspectos, propondo para além de ações de saúde mudanças sociais que alterassem qualitativamente as condições de vida e saúde da população em questão.

> As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população (BRASIL, 2012, p. 16).

E assim, decorrente da luta do movimento feminino e os avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988, que instaura, em âmbito nacional, o direito universal e integral dos serviços de saúde, foi instituída em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PNAISM.

> Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2012, p. 5).

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

A PNAISM teve como base o PAISM, porém trouxe uma nova roupagem ao significado de integralidade trabalhada agora em uma perspectiva de gênero. A abordagem de gênero trabalhada na PNAISM consiste em tomar como referência o modo como homens e mulheres se relacionam na sociedade e como isto se reflete no processo saúde/doença, pois significa incorporar os condicionantes sociais como parte integrante do desenvolvimento da política de saúde da mulher.

> Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2012, p.13).

Entende-se assim, que a ideia de integralidade requer a superação de ações centradas em aspectos biológicos e o entendimento dos fatores sociais, culturais, religiosos, políticos entre outros como determinantes e condicionantes da situação de saúde de uma determinada população, logo, requer a formulação de políticas abrangentes e profissionais capacitados para o reconhecimento de aspectos que extrapolam a visão de saúde como apenas ausência de doença.

Nessa perspectiva, a melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um desafio permanente, assim, por mais que a criação da PNAISM tenha significado um avanço na forma de conduzir as ações de saúde para as mulheres ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção. Em razão disso foi proposta a criação da RC, tendo por objetivo a redução do índice de mortalidade materna e infantil a partir da formulação de uma rede de assistência integral a gestante.

A Rede Cegonha como estratégia para efetivação da integralidade

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8080 de 1990, o SUS, trouxe características inovadoras para a Política Pública de Saúde no Brasil, o que antes era acessado apenas pela parcela da população que possuía carteira assinada passou a ser direito de todos e dever do Estado.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Além da universalização do direito, a Constituição de 1988 permite ampliar o conceito de saúde compreendida agora enquanto bem-estar físico, social e psicológico, englobando, portanto, diversos aspectos da vida da população envolvidos na relação saúde e doença.

Guiado pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Resolubilidade, Regionalização e Hierarquização e a Participação Popular, o SUS, preconiza a saúde enquanto direito de todo cidadão, assegurado mediante ações de prevenção, proteção e recuperação fazendo com que o usuário dos seus serviços esteja amparado integralmente no que concerne ao desenvolvimento pleno de sua saúde.

A integralidade, orientada pela regionalização, assegura que o acesso universal a saúde seja promovido nos três níveis de complexidade, assim têm-se a disponibilização de ações que vão desde serviços ambulatoriais a transplante de órgãos, combinando ações preventivas, assistenciais e curativas. Para tanto, torna-se necessária a articulação e a integração de diversas dimensões do sistema de saúde que propiciem a organização de fluxos de encaminhamento através da construção de redes regionalizadas e hierarquizadas que devem ser orientadas pela proposta de cada Estado.

Nessa lógica, como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, foi implantada em 2010, através da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de "prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção [...] que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita" (BRASIL, 2015, p. 11).

Além de propor formas de condução das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cinco redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

Assim, criada pela Portaria nº 4.279/2010 e instituída pela Portaria nº 1.459/2011, a RC surge como estratégia de efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde da gestante, a partir da estruturação de uma rede de cuidado direcionada a assegurar o pleno desenvolvimento da gestação bem como o nascimento seguro.

A RC tem por objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção à gestação, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Assegura, portanto, à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para tanto, organiza-se a partir de quatro componentes, quais sejam: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

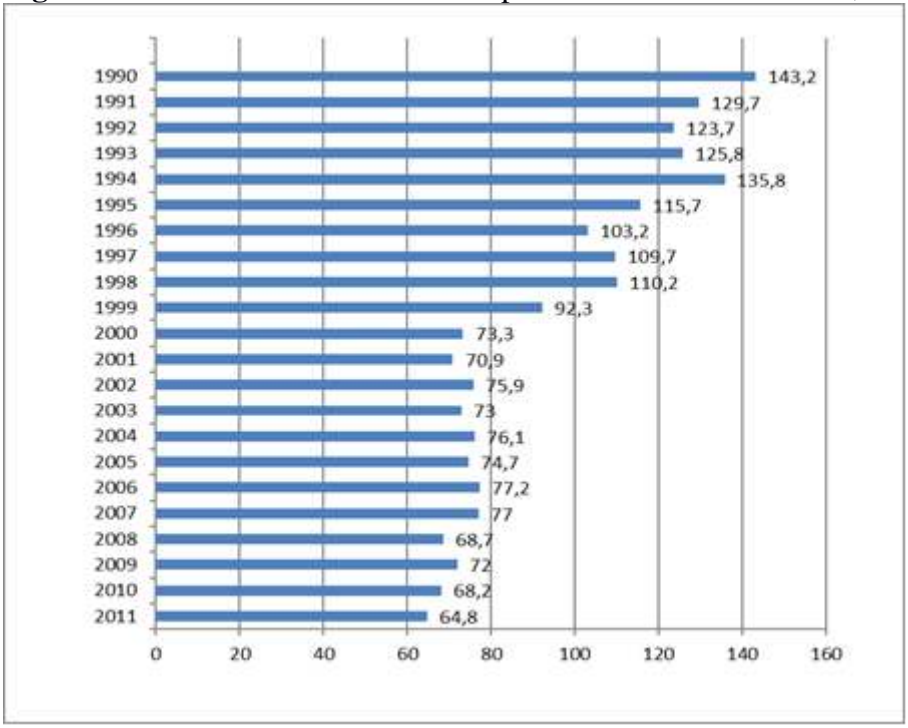
Os indicadores de mortalidade materna e infantil se constituem elemento básico para a implementação da RC. Com o desenvolvimento de estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil, foi evidenciado que, apesar de historicamente a atenção a saúde da mulher sempre ser voltada às especificidades relativas à gravidez, ao parto, e nascimento, não havia uma abordagem adequada para solucionar a questão da mortalidade materna e infantil.

Com a implantação do SUS e o desenvolvimento das várias iniciativas do MS com a implementação de programas e políticas direcionadas a essa problemática, a taxa de mortalidade materna vem decrescendo ao longo do tempo, conforme demonstra figura abaixo:

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Figura 1: Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, Brasil, 1990-2011.



Fonte: DATASUS, 2018.

A partir do gráfico, é possível perceber, que, apesar dos avanços adquiridos com a criação do SUS, a morte materna ainda permanece como problema relevante no Brasil, pois além dos indicadores de óbito materno demonstrarem que a redução não foi algo constante ao longo dos anos, a partir dos anos 2000 a queda do índice de mortalidade é baixa. Assim, o Brasil chega aos anos 2011 com a taxa ainda elevada, considerando o parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde de 20 mortes à cada 100 mil nascidos vivos em países em desenvolvimento (WHO, 2016).

Dessa forma, reconhecendo a necessidade de reformular estratégias para atenção nesta área a RC foi instituída com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, por apreendê-la como uma forma de transgressão aos direitos humanos, a partir da estruturação de uma rede que assegure a oferta de um pré-natal de qualidade, uma vez que,

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

> [...] uma atenção adequada durante o pré-natal pode viabilizar diagnóstico e tratamento precoces de uma série de complicações, além de possibilitar que os profissionais realizem estratégias de educação em saúde, visando atingir comportamentos de risco e assim contribuírem para redução da mortalidade, tanto materna quanto infantil (GUERRA et al., 2016 p. 74).

Assim, para além de estratégias de atendimento em ações de saúde, também foi necessário pensar as gestantes enquanto cidadãs de direito, assegurando seus direitos previdenciários e sociais (atendimento preferencial) na perspectiva da integralidade pautada no conceito ampliado de saúde, qual seja, bem-estar físico, psicológico e social.

Como uma inovadora estratégia do MS em âmbito nacional, a RC age guiada pelos princípios e diretrizes do SUS, bem como em consonância com políticas pré-existentes, pois atua considerando os princípios e diretrizes da PNAISM, assim, trabalhada dentro da perspectiva de gênero.

Vale enfatizar que, seguindo o que já vinha sendo difundido pela PNAISM, a RC também compreende aspectos da vida da mulher que ultrapassam fatores biológicos, uma vez que para além de ações curativas, reconhece os determinantes e condicionantes sociais da saúde, tendo em vista uma atuação que considere as condições de vida da gestante atendida e as dificuldades para o acesso aos serviços de saúde.

Surge assim, um modelo de atenção que compreende a saúde como um conjunto de diversos aspectos da vida, como a condição de trabalho, moradia, alimentação e renda, logo, as diversidades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada.

> As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (BRASIL, 2004, p. 3).

Considerando ainda as particularidades da diversidade social e econômica de cada estado e município, o princípio da regionalização, tido como um dos princípios norteadores do SUS estará norteando as ações da rede cegonha através da criação de regiões de saúde. Visto que, nem todo município dispõe de todos os serviços de saúde

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

necessários para a garantia da integralidade, deve ser construída uma linha de cuidado que assegure o pleno desenvolvimento da gestação e do parto, conforme preconizado na RC.

Portanto, "a Rede Cegonha orienta a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos" (UNA-SUS/UFMA, 2016, p. 47).

Assim, o MS preconiza as ações e serviços de saúde, o princípio da integralidade o garantirá e a estratégia da regionalização construirá o caminho a ser seguindo, assegurando as ações que irão desde o acolhimento ao parto e nascimento humanizado e seguro.

> O princípio da integralidade, visto como um dos alicerces do SUS, incita que a abordagem do profissional da saúde não deve se limitar a uma atenção puramente curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde, e, por conseguinte, a execução de ações de promoção e prevenção individuais e/ou coletivas. Neste sentido, o olhar deve ser totalizante, com apreensão da gestante como sujeito biopsicossocial, como também está deve se sentir acolhida e confiante nos serviços e programas de saúde que participa, e quando necessário acesso aos demais serviços de saúde (BEZERRA, 2008, p. 14).

Dentro da perspectiva da integralidade, a RC busca a redução da mortalidade materna e infantil assegurando o que é preconizado pelo MS, dessa forma deverá propiciar o direito ao planejamento familiar, assegurando que a gestação seja algo planejado, e assim o pré-natal se iniciará antes mesmo da concepção, ou no primeiro trimestre da gestação e ainda garantir que os exames de rotina e ultrassonografia sejam realizados em tempo viável.

Entende-se, portanto, que o termo integralidade na atenção à saúde da gestante, requer dos serviços de saúde e de seus profissionais uma assistência de qualidade que considere as diversas dimensões da vida e seja resolutivo para tratar ou encaminhar essa gestante em decorrência dos problemas de saúde que possam aparecer ou agravar-se decorrente deste período.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Rede Cegonha no Maranhão

As diferenças histórias e estruturais existentes no Brasil influenciam diretamente na forma de organização do SUS nas diversas regiões do país, pois, embora guiadas pelos mesmos princípios e diretrizes, podem apresentar diferentes formas de organização e gestão do sistema de saúde.

Dessa forma, o desenvolvimento de uma mesma estratégia de saúde pode e contém variáveis a depender das particularidades de cada localidade. Assim como está estipulado na Portaria do MS nº 1.559, de agosto de 2008 em seu § 3 art. 10.

> § 3º Cabe aos Municípios: I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação defluxo, aplicação de protocolos e informatização; III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada [...] (BRASIL, 2008)

Nessa lógica, ainda que a RC seja uma proposta do governo federal, sua execução é de competência dos Estados e municípios, de tal modo que sua implementação dar-se-á baseada na realidade e nas diferenças econômicas e culturais de cada localidade. Neste ensejo, analisaremos a RC no Maranhão a partir da sua instituição em 2011 até o ano de 2014, como forma de entender como a atenção integral à saúde da gestante vem se desenvolvendo no referido estado.

Formado por uma área de 331 937,450 km², o estado do Maranhão é composto por 217 municípios e possui uma população, segundo dados do IBGE (2010), de 6.574.789 de habitantes, em que 3.313.274 representam a população feminina e destes, 2.128.738 são de mulheres em idade fértil (mulheres com idade entre 10 a 49 anos).

Para atender a população maranhense, no que concerne ao pleno desenvolvimento da saúde, o estado possui 5.395 estabelecimentos de saúde, sendo: 61 Academias da saúde, 18 Centrais de regulação, 10 Centrais de regulação médica das urgências, 51

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Centros de apoio a saúde da família-CASF, 2 Centros de atenção hemoterápica e/ou hematológica, 98 Centros de atenção psicossocial-CAPS, 2 Centro de parto normal, 1.760 Centros de saúde/unidade básica de saúde, 1 Central de notificação, Captação e distribuição de Órgãos estadual, 722 Clínicas especializadas/ambulatórios especializados, 551 Consultórios, 2 Cooperativas, 49 Farmácias, 32 Hospitais especializados, 221 Hospitais Gerais, 6 Hospitais dia, 9 Laboratórios de saúde pública, 130 Policlínicas, 503 Postos de saúde,17 Pronto atendimentos, 5 Pronto socorros especializados, 4 Pronto socorros gerais, 212 Secretarias de saúde, 8 Serviços de atenção domiciliar isolado (home care), 45 Unidades de atenção à saúde indígena, 452 Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, 202 Unidades de vigilância em saúde, 50 Unidades mistas, 133 Unidades móveis de nível pre-hosp-urgência/emergência, 36 Unidades móveis terrestres e 3 Telessaúde (DATASUS, 2017).

É a partir da construção do mapa da saúde do estado, considerando as especificidades epidemiológicas e os diferentes serviços de saúde disponíveis em cada localidade que será construída a RC para que não acabe por se limitar a prestações de serviços apenas da atenção básica quando o caso demandar uma atenção de média e alta complexidade, visto que nem todas as cidades dispõem de condições para o desenvolvimento pleno de todos os serviços assegurados pelo SUS.

Assim, considerando o processo de formação de RAS, o estado do Maranhão está dividido em 19 Regiões de Saúde representadas por, São Luís, Açailândia, Bacabal, Caxias, Barra do Corda, Balsas, Chapadinha, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Pedreiras, Pinheiro, Presidente Dutra, Rosário, Santa Inês, Viana, Timon, São João dos Patos e Zé Doca.

Para a organização da RC no Maranhão foi considerado o Plano Diretor de Regionalização, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do estado. Embasando-se ainda no que é estipulado na Portaria nº 1.459/2011, que no art.8º define que a operacionalização da Rede Cegonha se fará pela execução de cinco fases: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede Cegonha; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes e V – Certificação.

Considerando a necessidade da criação de Planos de Ação Regional e Municipal da RC, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, o estado do Maranhão, por meio da Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011, estipula em seu art. 2º a necessidade da realização de análise da situação da saúde da

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

mulher e da criança de cada município da região, bem como institui o grupo condutor responsável por fomentar o processo de implementação da RC.

Assim, o início desse processo ocorreu a partir de reuniões entre os representantes do MS, da Secretaria Estadual da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão, para tratar dos indicadores constantes na matriz diagnóstica e alinhamento sobre os princípios, diretrizes e método de trabalho para a implementação da RC no Estado do Maranhão. Nesse sentido, o Grupo Condutor Estadual foi constituído por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do apoio institucional do MS.

Destarte, em 2013, através da Portaria nº 1.595, de 2 de agosto de 2013 é aprovada a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do estado do Maranhão e Municípios, que estabelece os recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios do Maranhão, referente às Regiões de Saúde de Imperatriz, Codó e São Luís.

E, em 2014, através da Portaria nº 1.185, de 30 de maio de 2014, foi aprovado o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Maranhão, referente a Região de Saúde de Caxias.

Isto posto, é possível notar que nem todas as regiões de saúde do Maranhão estariam sendo contempladas com os recursos financeiros, seja pela falta de instituição adequada para atenção de média e alta complexidade ou mesmo pela falta de aprovação dos Planos de Ação da Rede Cegonha das 19 regiões de saúde.

Segundo informações do Plano Estadual de Saúde (2016-2019),

> No Estado do Maranhão 214 municípios fizeram adesão ao componente pré-natal e quatros Regiões de Saúde (São Luís, Imperatriz, Codó e Caxias) estão com Planos de Ação com portarias publicadas, as demais Regiões de Saúde aguardam publicação da portaria de seus respectivos planos que se encontram no Ministério da Saúde para análise (MARANHÃO, 2016).

Ao aderir ao componente pré-natal, o estado se comprometeu, dentre outras, à realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

resultados em tempo oportuno, e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Nesse sentido, a atenção básica se apresenta como elemento primordial para o componente Pré-Natal, pois, por trabalhar com território adstrito é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, o que possibilita a vinculação com os indivíduos daquela região (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é a responsável pelas orientações sobre planejamento familiar, captação precoce da gestante e qualificação da atenção, o acolhimento, acompanhamento e reconhecimento de possíveis complicações que possam caracterizar a gestão de alto risco e assim possa ordenar o caminho dessa gestante dentro da rede de serviços do SUS, possibilitando acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno bem como a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Porém, em auditoria realizada pelo MS no Maranhão em 2016, foi constatado que a vinculação e visita da gestante ao local do parto, uma das diretrizes da RC, não está sendo garantida nos municípios que fazem parte da Região de São Luís, assim, não há definição de vinculação prévia da gestante ao local do parto (SES/MA, 2016).

Outra problemática encontrada é a que diz respeito a garantia da realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, assim como o acesso aos resultados em tempo oportuno, uma vez que, o acesso aos exames complementares, para gestantes de alto risco, ocorre por agendamento nos serviços próprios ou credenciados pelo SUS, sem protocolos que indiquem sua realização em tempo oportuno, logo, não está sendo garantida a realização dos exames complementares laboratoriais e de imagem, não existindo protocolos que definam a realização dos exames e a entrega dos resultados em tempo hábil, considerando que os mesmos são ofertados por agendamento, junto aos serviços da própria rede ou nos demais serviços credenciados ao SUS.

Além disso, segundo o Plano de Ação de Saúde Estadual, o Estado do Maranhão, possui uma rede laboratorial composta por 183 laboratórios públicos e 14 centros de testagem anônima para atender os 217 municípios e ainda, apenas 77 cidades foram contempladas pela Portaria nº 1991/2017 para receber o repasse de recursos, em parcela única, referentes aos novos exames do pré-natal (MARANHÃO, 2016).

Logo, conclui-se que nem todos os municípios maranhenses têm capacidade de realizar todos os exames necessários, demandando assim de pactuação com municípios vizinhos, que por um lado supre uma pendência, mas acarreta em outra problemática, pois terá que dispor de transporte para viabilizar o deslocamento dessa gestante até o município de referência, o que nem sempre será possível.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Outro entrave é no que concerne ao apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, uma vez que, em auditoria do Ministério da Saúde (2016) foi constatado que não é instituído mecanismo formal de regulação de acesso a leitos obstétricos e neonatais no Estado e não existem leitos obstétricos suficientes para gestante de alto risco.

Para os municípios do interior do Estado, o fluxo da gestante de Alto Risco e de UTI neonatal ocorre intermediado pela Central de Regulação do Município de São Luís (CRONP) e/ou pela Central de Regulação do Estado (CIL), sendo o encaminhamento feito para as unidades onde existem leitos disponíveis, geralmente Maternidade Marly Sarney e/ou Hospital Universitário Materno Infantil.

Sendo assim, é necessário considerar a distribuição desigual dos serviços que compõem a RC no Estado do Maranhão, que por não serem distribuídos uniformemente nas regiões de saúde, dificultam consideravelmente a autossuficiência das micro e macrorregiões que servem de referência.

Em relação à prevenção e controle da sífilis no pré-natal, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação estadual/Departamento de DST/AIDS/Hepatites, no estado, no período de 2012 a 2014, foram registrados ainda 828 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Sendo que, há uma distribuição heterogênea nas regiões, revelando que as notificações e ações efetivas deste agravo ainda não estão consolidadas no Maranhão.

> É sabido que no Brasil vem ocorrendo aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010. No entanto, ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, notamos a elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, causas frequentes de morbimortalidade materna e perinatal, sinalizando o comprometimento da qualidade do cuidado pré-natal (BRASIL, 2014, p. 38).

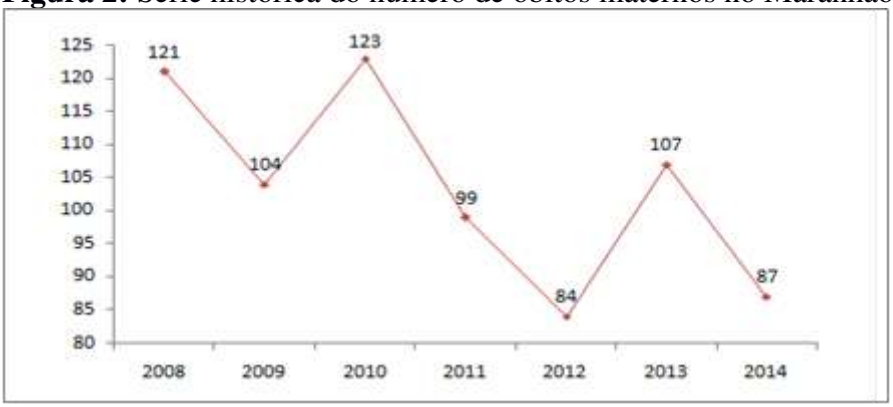
Assim, foi possível constatar inconsistências na garantia de acesso, acolhimento e qualidade na assistência às gestantes e aos recém-nascidos, destacando-se como as mais relevantes, a falta de mecanismo formal de regulação de acesso a leitos obstétricos e neonatais no Estado, sendo que a quantidade de leitos obstétricos para gestante de alto risco constitui-se insuficiente para a demanda e ainda a falta de garantia da realização de

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

exames especializados, para gestantes de alto risco, em tempo oportuno, como também, o comprometimento em relação ao transporte seguro para recém-nascidos de alto risco, considerando a escassez de médicos pediatras neonatologistas (MARANHÃO, 2016). Dessa maneira, verifica-se que a RC, no período de 2011 a 2014, mostrou-se em processo de implantação repercutindo em inconformidades na implementação.

Diante de tal quadro o Maranhão chega ao ano de 2014 com a mortalidade materna ainda sendo um problema significativo conforme gráfico abaixo:

Figura 2: Série histórica do número de óbitos maternos no Maranhão, 2008-2014.



Fonte: Banco de Dados 10/03/2015. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Sendo que, em média 85% dos casos são considerados evitáveis e 71% desses óbitos são atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas. As doenças hipertensivas específica da gestação (DHEG) e as hemorragias pós-parto são as causas mais frequentes de óbito materno (MARANHÃO, 2016).

Nesse sentido, analisando a realidade da Saúde da Mulher, a gestão que assumiu a partir de 2015, no seu Plano Estadual de Saúde (2016-2017), considera que,

> As taxas elevadas estão associadas à dificuldade no acesso e na qualificação da assistência, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério. Remete à necessidade de educação permanente dos profissionais na utilização adequada dos

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

> protocolos clínicos, no atendimento às emergências obstétricas, no fortalecimento de um sistema de vigilância do óbito ativo e implementação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, aberto à participação da sociedade (MARANHÃO, 2016).

Dessa forma, objetiva no quadriênio (2016-2019), aperfeiçoar o Sistema Estadual de Saúde para que a população tenha acesso integral às ações e serviços, com qualidade e de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos maranhenses.

Diante disto apresentam como metas: ampliar o acesso às Triagens Universais em 30% (trinta) das maternidades e hospitais que realizam partos no Estado do Maranhão; reduzir a Taxa de Mortalidade Materna de 83,5 para 81,51 óbitos por 100.000 nascidos vivos e apoiar a reestruturação da Rede Materna e Infantil nas 19 regiões de saúde para que assim seja garantido à população o acesso com qualidade aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, focado na integridade do atendimento.

No contexto atual, de retrocessos de conquistas sociais, o sistema que deveria ser universal tende a focalização, destinado a população de menor poder aquisitivo, conforme afirma Ribeiro (2014, p. 14) “um direito que deveria ser de todos, passa a ser de poucos, dos que conseguem ser inseridos nas parcas vagas do SUS, alijando uma parcela significativa de cidadãos que não podem arcar com um plano de saúde”. Logo, toda estratégia destinada à garantia da universalização e integralidade da saúde se apresenta como um vislumbre para o SUS proposto pelo Movimento Sanitarista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde, consagrado na lei 8080/1990, que regula a Política Nacional de Saúde em todo o território brasileiro, tem como alguns dos seus princípios construtivos a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.

Analisando o histórico das políticas públicas de saúde a partir da implantação do SUS, verifica-se que houveram avanços, porém, ainda é possível notar um limite entre o que está na lei e a vivência real dos usuários do SUS. Observa-se que ao longo dos anos várias estratégias foram implantadas visando o acesso universal e integral aos serviços de saúde, dentre eles, a regionalização com a criação de redes de atenção à saúde, que no campo materno-infantil se apresenta como Rede Cegonha.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

A proposta da Rede Cegonha é indicada para a garantia de integralidade a partir da instituição de rede de proteção pública, independente de valores, crenças e hábitos, portanto, assinala para a possibilidade de uma assistência completa e de qualidade, sobretudo para a população feminina que depende exclusivamente do SUS.

O presente trabalho permitiu identificar que para além de pactuações e repasse de recursos é necessário um empenho dos trabalhadores de saúde para efetivação do que é preconizado, pois a Rede Cegonha, com seu entendimento ampliado de saúde, requer um atendimento que supere a visão biológica, logo a prestação de uma orientação adequada a compreensão da importância da criação de vínculo com a população é parte primordial nesse processo.

Outro ponto importante é a alocação de recursos que supram de fato a demanda a que se propôs, pois não é possível que haja, de fato, a integralidade da oferta dos serviços de saúde quando os municípios de referência não dispõem de recursos financeiro, técnico e humano que se iguale a sua real demanda. O enfrentamento dessa questão requer intervenção por parte das três esferas de governo que devem estar trabalhando no sentido de diagnosticar as problemáticas e posteriormente criar alternativas viáveis para resolve-las, ou seja, pensar hoje na integralidade da saúde é entender a articulação dos três níveis federativos como principal estratégia e o comprometimento de todos profissionais de saúde.

Deve-se visualizar a função de cada serviço com a rede complexa que compõe a totalidade do SUS. Nesta premissa é fundamental e necessário que os gestores busquem a articulação entre os diferentes serviços e instituições, para que aja a superação das estruturas verticais e setoriais que historicamente a administração pública apresenta, considerar os determinantes políticos e institucionais que determinam à alocação de recursos financeiros e humanos, a hierarquia entre os setores e a não participação efetiva da sociedade na discussão, elaboração e avaliação das políticas.

Dessa maneira, torna-se, necessário o cumprimento dos objetivos e etapas da RC conforme estipulado na Portaria nº 1.459/2011, bem como o desenvolvimento de um processo contínuo de avaliação dos serviços disponibilizados, particularmente o atendimento integral à usuária, considerando sua implicação numa prática de qualidade.

Em suma, percebe-se a clara necessidade de busca pela superação da visão fragmentada, a garantia do acesso as informações pelos usuários e o desenvolvimento da capacidade de análise crítica do contexto social, apontando ainda, para o necessário comprometimento com a qualidade da assistência à saúde, para que a ampliação da

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

cobertura não se reduza apenas ao aumento de atendimentos, mas que seja um atendimento qualificado inscrito na lógica do direito.

REFERÊNCIAS

ALVES, Alvaro. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 9, n. 1, p. 1-13, set. 2010. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/74/214>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BEZERRA, Melina de Paiva. **Percepção da gestante sobre a integralidade da atenção pré-natal**. Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp090578.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2011. Acesso em: 13 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_ 06_2011.html>. Acesso em: 13 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasil, 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em 13 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.595**, de 2 de agosto de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1595_02_ 08_2013.html>. Acesso em 18 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.185**, de 30 de maio de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1185_30_05_ 2014.html>. Acesso em 13 jan. 2018.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 10 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_ saude_sas.pdf >. Acesso em 10 jan.2018.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.559**, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 15 jan.2018.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 fev.2018.

_____. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. 28 de maio de 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 20 abr. 2018.

DATASUS. Indicadores de Mortalidade. **Razão de mortalidade materna.** Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c03.htm>. Acesso em: 05 fev. 2018.

DATASUS. CNES - **Estabelecimentos por Tipo - Maranhão**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabma.def>. Acesso em: 05 fev. 2018.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**. jan./jun. 2016, v. 18, n. 1, p. 73-80. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>. Acesso em: 15 jan.2018

IAMAMOTO, Marilda V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional.3. Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=211130&idtema=130>. Acesso em: 29 jan. 2018

MARANHÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019**. Disponível em: <http://www.transparencia.ma.gov.br/prestacao-de-contas/2016/1.40.01%20-%20Plano%20de%20sa%C3%BAde%20e%20relat%C3%B3rio%20de%20gest%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MARCONDES, Mariana Mazzini. Política de creche e território feminizado: do cuidado assistencial para a educação infantil. In: VII CONGRESSO LATINO–Americano de Estudos de Trabalho. **O trabalho no século XXI**. Mudanças, impactos e perspectivas, 2013. Disponível em:

Temas em Saúde
Volume 19, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

<http://congressoalast.com/wpcontent/uploads/2013/08/156.pdf>. Acesso em 19 fev. 2018.

RAMALHO, Katiane; SILVA, Silvaneide, LIMA, Silvania Maria, SANTOS, Marli de Araújo. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Caderno de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits**. Maceiro. 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462>. Acesso em: 15 jan.2018.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? 167 p. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Juiz de Fora – MG, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle_ribeiro.pdf >. Acesso em: 05 fev. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria nº 15918**. Relatório. São Luís, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Arleane%20Gon%C3%A7alves/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Consolidado%20(7).pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. Consuelo Penha Castro Marques. São Luís: EDUFMA, 2016. <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf>.Acesso em: 12 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Maternal mortality. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs348/en/>. Acesso em: 27 jan. 2018