

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE**

MARINA LUIZA ROCHA CRUZ

**PROGRAMA REDE CEGONHA E OS BENEFÍCIOS
TRAZIDOS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Aracaju

2014

MARINA LUIZA ROCHA CRUZ

**PROGRAMA REDE CEGONHA E OS BENEFÍCIOS
TRAZIDOS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Artigo apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, do Curso de Especialização em Gestão em Saúde Pública e da Família da Fanese.

Aracaju

2014

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.
E-mail: marina.rochac@hotmail.com

PROGRAMA REDE CEGONHA E OS BENEFÍCIOS TRAZIDOS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Marina Luiza Rocha Cruz*

RESUMO

A cada dois minutos, em 1996, morria uma mulher no mundo decorrente de complicações relacionadas ao parto ou gravidez, sendo as quatro principais causas de morte: a pressão alta durante a gravidez, hemorragia após o parto, infecções e aborto em condições perigosas. Visando a melhoria do atendimento e à redução da mortalidade materna e infantil, em 2011 foi criada no Brasil a Rede Cegonha, um programa do Ministério da Saúde que galga implantar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o planejamento familiar e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. Surgiu o interesse de identificar através de algumas bibliografias se a implantação desse programa já trouxe resultados positivos à população através de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa através de revisão bibliográfica realizada por busca de artigos em sites acadêmicos utilizando as palavras: benefícios, rede, cegonha, saúde, mulher.

Palavras-chave: benefícios, programa, saúde, mulher.

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.
E-mail: marina.rochac@hotmail.com

ABSTRACT

Every two minutes in 1996, a woman died in the world due to pregnancy or childbirth-related complications, the four leading causes of death: high blood pressure during pregnancy, postpartum hemorrhage, infections and abortions in dangerous conditions. Aimed at improving care and reducing maternal and infant mortality in 2011 was created in Brazil Stork Network, a program of the Ministry of Health that deploys a network of care that ensures women family planning and pregnancy humanized attention childbirth and the postpartum period the child the right to safe birth and healthy development. Arose the interest of identifying through some bibliographies if the implementation of this program has already brought positive results to the population through a descriptive study with a qualitative approach through literature review by searching for articles in academic websites using the words: benefits, program, network, stork, health, woman.

Keywords: benefits, program, health, woman.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) afirmam que a mortalidade materna é ótimo indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. Portanto, é importante ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico. A cada dois minutos morre uma mulher no mundo decorrente de complicações relacionadas ao parto ou gravidez, sendo as quatro principais causas de morte: a pressão alta durante a gravidez, hemorragia após o parto, infecções e aborto em condições perigosas (WHO/UNICEF, 1996).

O Ministério da Saúde estima que a razão de mortalidade materna no Brasil, era de 140 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 1990. A meta é reduzir a mortalidade em três quartos entre 1990 e 2015, e para isso o país precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano 2015. Em 2002, a razão de mortalidade materna atingiu o patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos. Mas desde então parece ter ocorrido uma estagnação na situação da mortalidade materna e as estimativas do Ministério da Saúde têm se mantido no patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos (Presidência da República, 2010). É evidente que para atingir a meta traçada é essencial acelerar a redução da mortalidade materna.

As primeiras estratégias globais para o combate à mortalidade materna surgiram nos anos 80. Inicialmente os programas eram focados na prevenção de complicações, na estratificação de risco e na dependência de ações multissetoriais. Já na década de 1990, passou-se a aceitar com mais tranquilidade o fato de que, apesar da mortalidade materna estar ligada a determinantes sociais, é possível reduzir a mortalidade sem depender de complexas intervenções multissetoriais. Dessa forma, a detecção precoce e o tratamento de complicações passaram a ter um papel de maior destaque nas estratégias de redução de mortalidade materna. (CAMPBELL e GRAHAM, 2006)

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.
E-mail: marina.rochac@hotmail.com

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, após uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade, o Brasil avançou bastante na atenção ao parto e ao nascimento nos últimos 30 anos, mas a redução da mortalidade materna e infantil ainda permanece um desafio. Apesar de o pré-natal ter acesso praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. As ações educacionais muitas vezes não estão atendendo às necessidades reais, os serviços de apoio diagnóstico para a realização de exames nem sempre estão disponíveis para todos, além de que ainda há uma descontinuidade no atendimento da mulher e da criança no pós-parto, assim como o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Visando a melhoria do atendimento e à redução da mortalidade materna e infantil, em 2011 foi criada no Brasil a Rede Cegonha, um programa do Ministério da Saúde que galga implantar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o planejamento familiar e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2011, p.3) define a Rede Cegonha em seu Manual Prático para implementação da Rede Cegonha:

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

Diante do exposto, surgiu o interesse de identificar através de algumas bibliografias se a implantação desse programa já trouxe resultados positivos à população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A preocupação pela da saúde da mulher iniciou-se a partir do momento em que foi reconhecido que era necessário tratá-la além de seu aspecto reprodutivo. Foi assim que, no ano de 1970, o governo lançou o Programa de Saúde Materno-Infantil e em pouco tempo depois foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O acesso da população a medidas de contracepção, ações educativas, diagnósticas e de tratamento foi possível de forma ampla, não somente na ginecologia, mas no âmbito de pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST's e cânceres de mama e colo uterino (FREITAS et al., 2009). Em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). Mas há um alto índice de mortes por causas perinatais e síndromes hipertensivas, além da grande incidência de sífilis congênita que acusam a necessidade da qualificação do pré-natal. Outro fato preocupante é o elevado número de partos cirúrgicos (cesáreas) que são realizados no Brasil em relação a outros países (Ministério da Saúde, 2010).

A criação do PAISM e sua proposta de integralização da saúde forneceram a base para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), já que previa ações de “educação, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação”, e as especificidades da saúde da mulher (BRASIL, 2004)

O ano de 2011 foi marcado politicamente pela posse da primeira presidente mulher brasileira, Dilma Rousseff que, ainda nos primeiros meses de seu mandato, lançou oficialmente o novo programa nacional de assistência obstétrica e infantil, que “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

O Programa Rede Cegonha (RC) foi lançado em 28 de Março de 2011 pelo Ministério da Saúde, sendo normatizado pela portaria nº 1.459, objetivando ampliar o

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.

E-mail: marina.rochac@hotmail.com

acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (Ministério da Saúde, 2011a).

As ações previstas na RC são a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança fazendo a vinculação da gestante à unidade de referência, dando-lhe, inclusive, o direito a um acompanhante de livre escolha da própria mulher no momento do parto. As ações estão divididas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (Ministério da Saúde, 2011b)

CARNEIRO, 2013 abordou em seu estudo algumas diretrizes que foram adotadas para a prática do programa:

O teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como *vale-transporte* ou *vale-táxi* até o local no dia do parto; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. Além disso, o programa pretende também incentivar o aleitamento materno; disponibilizar o *Samu Cegonha* ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência, e difundir, nas escolas, um programa de educação que busque controlar a gravidez na adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar de ser um programa muito recente, já gerou bastantes controvérsias, principalmente para a Rede Feminista de Saúde, pois segundo ela, está havendo um retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela liberdade e saúde, indicando que a iniciativa leva entender que a mulher esteja sendo orientada para a maternidade (Diniz, 2012).

Na visão de Ceccim e Cavalcanti (2011) o programa tem valor reconhecido para um país que apresenta problemas de leitos em hospitais, assistência precária no âmbito hospitalar e médico, alto índice de mortalidade materno-infantil. De acordo com os autores, a maternidade teria deixado de ser bioestatística tornando-se um direito e um reconhecimento de cidadania.

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.

E-mail: marina.rochac@hotmail.com

A Rede Cegonha, como política de saúde universal, apresenta-se, inicialmente, mais preocupada com as regiões norte e nordeste do país, e como toda política pública, se vê questionada quanto à validade de sua extensão, num país carente de políticas de saúde, composto de mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, pobres, ricas, com distintas orientações religiosas, saberes tradicionais, crenças e modos de existência (Carneiro, 2011).

De acordo com Andréa Michelle Dias, responsável técnica da Saúde da Mulher da Sesap no Rio Grande do Norte (O Jornal de Hoje, 2012):

É tudo muito novo para o Estado e temos que implementar as ações de acordo com a nossa realidade. Sabemos que há déficit de leitos nas maternidades, porque os leitos da capital estão lotados, e isso é porque os municípios não dão resolutividade. Já saiu a portaria para que os municípios recebam incentivos financeiros e os primeiros resultados já estão aparecendo. Mas é importante que a usuária fique bem informada e busque seus direitos. Entre os resultados citados estão a oferta maior de contraceptivos na rede, como o Diu e distribuição de kits para gestante e parteiras. Para os municípios com mais de 100.00 habitantes, a Rede Cegonha incentiva a construção de Casas de Parto Normal, mas que sejam próximos as maternidade. “Não temos prazos definidos, mas as ações têm metas para 2013 e 2014. Agora a hora é tirar do papel e fazer acontecer”.

Karla Simone Maia, apoiadora local do Ministério da Saúde para a Saúde da Criança em Natal e no Rio Grande do Norte reforçou que o bom funcionamento da Rede Cegonha fortalece a atenção básica, pois vem potencializar as ações já desenvolvidas, como o acompanhamento desde o pré-natal, passando pelo nascimento e pela vida da criança até dois anos. Para isso, os hospitais devem estar estruturados e os leitos das policlínicas qualificados, estimular o parto normal e garantir a presença de um acompanhante (O Jornal de Hoje, 2012).

Este artigo trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa através de revisão bibliográfica realizada por busca de artigos em sites acadêmicos, portarias, legislações, utilizando as palavras: benefícios, rede, cegonha, saúde e mulher.

3 DISCUSSÃO

De acordo com a Rede feminista de Saúde, este programa, ao contrário de benefícios, trouxe um retrocesso às mulheres e à população em geral, pois segundo esta rede, a mulher está sendo orientada que ela nasceu para a maternidade (DINIZ, 2012).

Já para Ceccim e Cavalcanti (2011), o programa tem um resultado positivo, pois a mulher deixa de ser considerada uma estatística e passa a ser reconhecida como um ser cidadão, olhada de forma humanitária.

Carneiro (2011) também defende a ideia de positividade no programa, pois ele abrange todos os tipos de mulher, independente de raça, religião, cultura e etc.

Percebe-se que para os profissionais que atuam na área de saúde, o programa já trouxe resultados positivos, pois o mesmo consegue fortalecer mais ainda a Atenção Básica, vislumbrando dessa forma uma saúde melhor para todos. O problema seria estrutural para atender a demanda existente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa percebeu-se que ainda há poucos autores que tratam dos benefícios trazidos pela criação do Programa Rede Cegonha, por isso houve dificuldade para encontrar artigos que falassem nesse assunto. Mas o pouco que foi encontrado mostrou que há bastante divergência de opinião entre estudiosos, alguns acham que o programa traz benefícios para a população e outros, não. Torna-se evidente também a força de vontade dos trabalhadores da saúde em melhorar a qualidade do atendimento à população, mas ainda são encontradas dificuldades para a execução do programa. Fica o desejo de realizar uma pesquisa de campo aprofundada para apurar, da prática, os benefícios da Rede Cegonha em uma instituição de Saúde específica.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Presidência da República [Internet]. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): IPEA; 2010. <<http://mds.gov.br/bolsafamilia/arquivos/relatorio-nacional-de-acompanhamento.pdf/download>>. Acesso em 06.08.14.

CAMPBELL, OM; GRAHAM, WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet. 2006.

CARNEIRO, R.G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha**, pessoalidade e pluralidade. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. FCE QNN 14, área Especial, Ceilândia. Brasília, DF, Brasil. 70.220-140, 2011.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Blog Saúde com Dilma**, 09 maio 2011. Disponível em: <blogsaudedobrasil.com.br>. Acesso em: 05 ago. 2014o.

DINIZ, C.S.G. História do coletivo: o feminismo e o movimento de mulheres pela saúde. In: DINIZ, C.S.G. et al. **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde, 2012.

FREITAS, G. L. de, et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 2, p. 424-8. [Internet]. 2009. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 09 ago 2014.

<http://jornaldehoje.com.br/reuniao-avalia-implantacao-da-rede-cegonha-no-rio-grande-do-norte/>. Acesso em: 21/09/2014.

Ministério da Saúde. *Nota técnica: Rede Cegonha*. Brasília: 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011a. Seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: 2010.

*Enfermeira formada pela Universidade Tiradentes.

E-mail: marina.rochac@hotmail.com

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: 2011b.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1994. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo/Edusp.

WHO/UNICEF (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach by WHO and UNICEF*. WHO/FRH/MSM/96.11 UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/UNICEF.