

REDE CEGONHA: AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

STORK NETWORK: ASSESSING THE POTENTIAL OFFER OF MATERNAL-CHILD HEALTH SERVICES

RED CIGÜEÑA: EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Fábio Solon Tajra¹Ricardo José Soares Pontes²Francisco Herlânio Costa Carvalho³Angelo Brito Rodrigues⁴Neusa Goya⁵Luiz Odorico Monteiro de Andrade⁶**Palavras-chave:**

Gestão em Saúde;
Regionalização; Assistência
à Saúde; Serviços de Saúde
Materno-Infantil.

Keywords:

Health Management; Regional
Health Planning; Delivery of
Health Care; Maternal-Child
Health Services.

Palabras clave:

Gestión en Salud;
Regionalización; Prestación de
Atención de Salud; Servicios de
Salud Materno-Infantil.

Submetido:

25/04/2019

Aprovado:

11/10/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**

Fábio Solon Tajra
Av. Frei Serafim, 2280
Centro - Teresina (PI)
CEP: 64001-450
E-mail: fstajra@hotmail.com

RESUMO

Este artigo avalia o potencial de oferta da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) relacionado aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) por agrupamento territorial no Estado do Ceará. Trata-se de estudo misto cujo componente quantitativo foi desenhado a partir de dados secundários, considerando o potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil e de apoio às urgências do SUS em 2012 e 2015. Os dados foram processados no software SPSS, versão 22.0. Quanto ao componente qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais da saúde e usuárias dos serviços, submetidas a análise sob a perspectiva hermenêutica. Os resultados evidenciaram redução do número de leitos no SUS, inconsistências na disponibilização de parto/nascimento de alto risco em regiões que não realizavam parto/nascimento sequer nos casos habituais e precariedade na rede de urgências e emergências. Assim, quanto ao potencial de oferta da Rede Cegonha, constataram-se agrupamentos territoriais limitados e tendência de manutenção de um fluxo desordenado.

1. Cirurgião-dentista. Professor na Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: fstajra@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7236-5541>

2. Médico. Professor na Universidade Federal do Ceará (UFC), na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e na Universidade de Fortaleza (Unifor). E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8976-4562>

3. Médico. Professor na UFC. E-mail: herlaniocosta@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0364-6758>

4. Enfermeiro. Professor na UFPI. E-mail: gelobrito25@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6969-8476>

5. Assistente social. Professora no Centro Universitário Christus (UniChristus). E-mail: neusagoya@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6952-6244>

6. Médico. Professor na UFC, na UECE e na Unifor. E-mail: odorico_andrade@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619>

ABSTRACT

This article assesses the potential offer of the Maternal-Child Health Care Network (Stork Network) related to services available in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) by territorial grouping in the State of Ceará. This is a mixed study whose quantitative component has been designed through secondary data, considering the potential offer of maternal-child health services and SUS's support to emergencies in 2012 and 2015. Data were processed by using the software SPSS, version 22.0. Regarding the qualitative component, semi-structured interviews were conducted with managers, health professionals, and service users, submitted to analysis from the hermeneutic perspective. The results showed a decreased number of beds in the SUS, inconsistencies in the availability of high-risk delivery in regions that did not provide childbirth services even in usual cases, and poor emergency care network. Thus, as for the potential offer of the Stork Network, there were limited territorial groupings and a tendency to maintain a disordered delivery of health services.

RESUMEN

Este artículo evalúa el potencial de oferta de la Red de Atención de Salud Materno-Infantil (Red Cigüeña) relacionado con los servicios disponibles en el Sistema Único de Salud de Brasil (Sistema Único de Saúde – SUS) por agrupación territorial en el Estado de Ceará. Este es un estudio mixto cuyo componente cuantitativo ha sido diseñado a través de datos secundarios, considerando el potencial de oferta de servicios de salud materno-infantil y de apoyo del SUS a emergencias en 2012 y 2015. Los datos se procesaron utilizando el software SPSS, versión 22.0. Con respecto al componente cualitativo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con gerentes, profesionales de la salud y usuarios de servicios, sometidas a análisis desde la perspectiva hermenéutica. Los resultados mostraron una disminución en el número de camas en el SUS, inconsistencias en la disponibilidad de parto/nacimiento de alto riesgo en regiones que no realizaban parto/nacimiento incluso en casos habituales, y precariedad en la red de emergencias. Por lo tanto, en cuanto al potencial de oferta de la Red Cigüeña, se constataron agrupaciones territoriales limitadas y tendencia a mantener una prestación desordenada de servicios de salud.

.....

INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços nas políticas públicas de saúde no país, os indicadores de mortalidade materno-infantil – componente neonatal – são elevados, principalmente em comparação aos países mais desenvolvidos¹⁻². No Brasil, ainda, a demanda percebida na saúde materno-infantil constitui motivo de preocupação. Isso tem sido relacionado à dificuldade de acesso integral aos serviços em cada agrupamento territorial, como preconizado pela regionalização do setor saúde.

A partir disso, foram elaboradas estratégias específicas para o fortalecimento dos serviços em redes. Assim, a formalização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) se deu por meio da Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde. Essa base normativa tratou do processo de regionalização voltado à saúde materno-infantil como estratégia que visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Busca-se organizar a Rede Cegonha para que ela garanta o acesso, o acolhimento e a resolutividade e reduza a mortalidade materno-infantil com ênfase no componente neonatal³⁻⁷.

Nesse íterim, há intensa discussão acerca do potencial regional de oferta de serviços de saúde em redes. Vale mencionar que a organização e o funcionamento dos serviços em redes constituem um princípio defendido no texto constitucional brasileiro desde 1988 e estão intimamente relacionados com a proposta de descentralização e regionalização do setor saúde⁶⁻⁷.

Nesse sentido, avalia-se o potencial de oferta da Rede Cegonha relacionado aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) por agrupamento territorial, tendo em vista a finalidade de coordenar os pontos de atenção sem perder de vista o conjunto.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa avaliativa baseada em método misto sequencial, que possibilitou aumentar a compreensão acerca do problema de pesquisa ao combinar os aspectos numéricos da abordagem quantitativa às subjetividades e singularidades da

abordagem qualitativa⁸⁻⁹. Ademais, a investigação se caracteriza como um estudo de caso.

O campo de investigação, o Estado do Ceará, mostra-se pertinente por sua experiência no processo de regionalização do setor saúde e na implantação de redes temáticas. Esse estado se antecipou à orientação da esfera federal quanto à adoção de um plano de ação regional para a saúde, ainda em 1998, e garantiu a formalização de sua proposta de redes por meio dos contratos organizativos de ação pública (COAPs). Assim, trata-se de um caso significativo¹⁰ por envolver um estado nordestino com histórico relevante diante da proposta deste estudo.

O Ceará conta com 22 regiões de saúde (RS) e 5 macrorregiões de saúde (MRS), de acordo com o plano diretor de regionalização (PDR) de 2014. Tal experiência tem sido citada como estratégica para os novos arranjos organizacionais em saúde.

No que diz respeito à investigação, considerou-se a caracterização do potencial de oferta das RS e MRS quanto aos serviços de saúde materno-infantil do SUS. Tal caracterização foi realizada a partir do total de equipamentos de saúde disponíveis para o cuidado em saúde materno-infantil, incluindo os serviços de: a) acompanhamento pré-natal, parto e nascimento de gestação de risco habitual; b) acompanhamento pré-natal, parto e nascimento de gestação de alto risco; c) unidade intermediária neonatal; d) unidade de terapia intensiva (UTI); e) unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN); f) unidade de cuidados intermediários convencionais (UCINCo); e g) unidade de cuidados intermediários Canguru (UCINCa).

O modelo específico de levantamento de informações proposto neste estudo consiste na classificação da RS em 6 níveis (Quadro 1). Cada um deles abrange um elemento de incremento que deve ser associado ao nível anterior e, por isso, abarca os serviços e equipamentos de saúde de forma complementar.

Quadro 1 – Estratificação do potencial de oferta das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materno-infantil do SUS

Nível	Descrição
1	Acompanhamento pré-natal de risco habitual realizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou pelo serviço especializado no âmbito do SUS (ambulatorial e/ou hospitalar).
2	Nível 1 + parto/nascimento em gestação de risco habitual (atendimento hospitalar do SUS).
3	Nível 2 + acompanhamento pré-natal de alto risco (atendimento ambulatorial ou hospitalar do SUS).
4	Nível 3 + parto/nascimento em gestação de alto risco (atendimento hospitalar do SUS).
5	Nível 4 + presença de unidade intermediária neonatal ou UTI ou UTIN ou UCINCo ou UCINCa (um ou outro do SUS).
6	Nível 4 + presença de unidade intermediária neonatal e/ou UTI e/ou UTIN e/ou UCINCo e/ou UCINCa (um e outro do SUS).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse caso, foram utilizadas fontes diversas, como o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Ceará (2012-2015), entre outras.

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de quadros e mapas representativos das RS e MRS, após organização no software Microsoft Excel e processamento no software SPSS, versão 22.0.

Para a abordagem qualitativa, transversal a toda essa investigação, foram selecionadas quatro unidades de referência de nível terciário para a atenção à saúde materno-infantil no Ceará. Tal escolha se deve à sua relevância na composição da rede assistencial e ao período de assinatura do termo de adesão da Rede Cegonha no estado, uma vez que foram as primeiras instituições no Ceará a formalizar essa política. No cenário nacional, esses estabelecimentos de saúde fizeram parte do grupo de maternidades com as maiores taxas de mortalidade materna e, nesse sentido, apontavam uma aproximação necessária.

Os informantes-chave selecionados de modo intencional foram: a) gestores do núcleo central e regional do Estado do Ceará; b) apoiadores da Rede Cegonha do Ministério da Saúde; c) usuárias dos serviços maiores de 18 anos (gestantes e puérperas); e d) profissionais da saúde das unidades de referência escolhidas. O recrutamento e a realização das entrevistas junto aos gestores se deu a partir de contato prévio e agendamento no local de preferência do informante-chave, considerando a privacidade necessária para a coleta de dados. As entrevistas

...há necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo...

com os profissionais da saúde foram realizadas em seu local de trabalho, contudo, em momentos e dependências que não prejudicassem a qualidade da entrevista, respeitando o sigilo e a privacidade dos sujeitos de pesquisa. Por fim, as usuárias foram recrutadas durante as fases de acolhimento nas maternidades de referência, de internação ou de alta médica, buscando o levantamento de informações detalhadas acerca de seu itinerário terapêutico.

A partir dos procedimentos de amostragem por saturação teórica¹¹, foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com 12 gestores, 15 profissionais da saúde e 41 usuárias.

Ademais, recorreremos à observação direta, em visitas às maternidades de referência, com o objetivo de acompanhar a rotina aos serviços de saúde materno-infantil e conhecer a realidade vivenciada nesses espaços. A partir dessa técnica, adotamos como instrumentos de trabalho o diário de campo reflexivo¹² e a versão de sentido¹³. Para a análise das entrevistas, recorreremos ao referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer, associado às contribuições de Paul Ricoeur.

Para garantir a confidencialidade dos informantes-chave, adotamos a codificação “E” para todos eles: a) E1 a E12 para os gestores; b) E13 a E27 para os profissionais da saúde; e c) E28 a E68 para as usuárias.

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), aprovado sob o Parecer n. 1.320.567/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de partida para a análise potencial de oferta de serviços seria a cobertura populacional das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A atenção primária à saúde (APS) é reconhecida como eixo de estruturação do atual modelo de cuidados de saúde. Quanto à caracterização das RS, podemos observar uma tendência crescente na qual o Ceará tem

superado a média brasileira ao longo dos anos. Em 2002, a cobertura populacional nesse estado já era de 54,7%, enquanto no Brasil se registrava 31,9%¹⁴. Em 2006 foi registrada cobertura de 62,9% da população cearense e nos anos de 2011 e 2015 esses valores passaram para 69,3% e 79,9%, respectivamente; já o Brasil encerrou o ano de 2015 com uma cobertura populacional de 60,7%¹⁴. Foram cadastradas 2.397 equipes da ESF no Ceará em 2015¹⁴. Entre os anos de 2002 e 2015 houve um aumento expressivo de 96,9% na quantidade de equipes.

De fato, a necessidade de investimento na APS é indiscutível e a ampliação de cobertura em áreas que careciam de acompanhamento adequado tem repercutido decisivamente na qualidade de vida da população. No entanto, isso tem gerado uma pressão por serviços especializados, de média e alta complexidade, considerando a demanda reprimida, atendida com a ampliação da APS. Nesse sentido, há necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo, incluindo a implantação de um sistema de regulação e a definição de apoio logístico e de transporte, além do uso dos leitos.

Quanto à atenção hospitalar, reconhecemos uma crise no setor decorrente de uma série de problemas. Aqui estão relacionadas várias dimensões de ordem política, financeira, assistencial, organizacional e de gestão¹⁵. A dimensão organizacional envolve a dimensão da rede hospitalar, a carteira de serviços, a constituição territorial e a forma de integração com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Isso deve ser observado em qualquer análise assistencial em redes.

No Ceará, identificam-se fragilidades quanto ao potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil. Isso inclui tanto a heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis à população quanto a redução do número de leitos para atender a essa demanda em cada uma das RS.

No que diz respeito à heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis, analisou-se cada uma das RS a partir de 6 níveis (Quadro 1). O primeiro deles se relaciona somente à oferta de pré-natal de risco habitual, e, nesse quesito, uma RS do Ceará esteve restrita a esse serviço em fevereiro de 2012. Isso já colocava tal região com uma demanda de integração e articulação a outra região, na tentativa de garantir acesso oportuno e adequado à saúde.

A Figura 1 mostra a categorização do potencial de oferta das RS nos anos de 2012 e 2016. Aqui seria

importante dimensionar se a quantidade de leitos, por exemplo, seria suficiente para atender a toda a demanda. Com o Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha, que compreendia o período de 2012 a 2015, realizaram-se projeções que atendessem a esse tipo de necessidade. Tal planejamento relacionava pelo menos uma RS com o nível máximo para o potencial assistencial da saúde materno-infantil (nível 6). Contudo, essa meta não pôde ser observada na maioria dessas regiões.

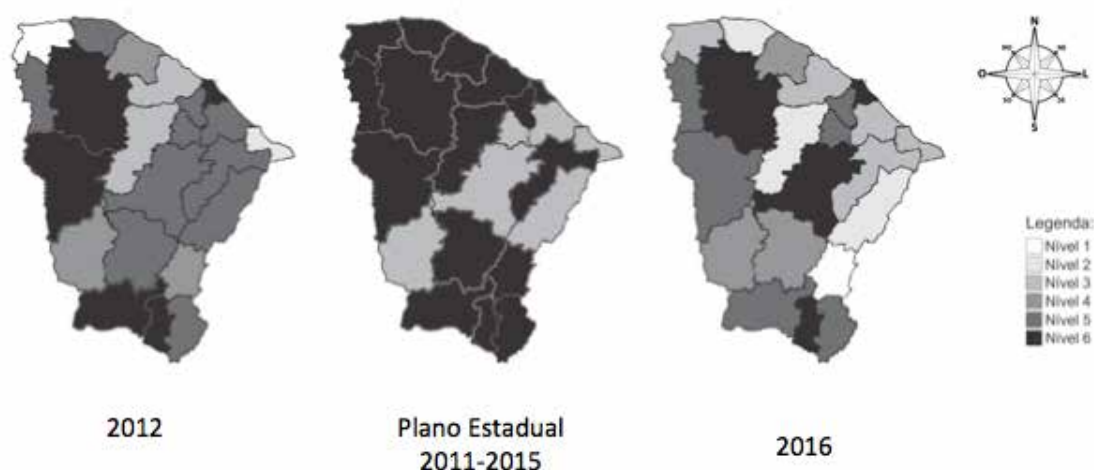


Figura 1. Caracterização do potencial regional de oferta dos serviços de saúde materno-infantil do SUS no Estado do Ceará (2012-2016).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em quase todas as RS, verificam-se inconsistências que incluem redução do número de leitos no SUS, informações insuficientes disponibilizadas no banco de dados do SCNES e municípios que realizavam parto/nascimento de gestação de alto risco, mas não realizavam parto/nascimento de gestação de risco habitual (menor complexidade). Ao observar esse tipo de informação, preservaram-se os procedimentos mais complexos e registrou-se o nível de caracterização do potencial assistencial, acrescido do termo “com inconsistência”.

Na RS de Fortaleza, maior referência assistencial no Ceará, apesar de permanecer com o nível máximo relativo ao potencial assistencial para a saúde materno-infantil (nível 6), percebe-se uma redução do número de leitos no SUS relacionada ao Setor Cirúrgico de Ginecologia (14,3%) e ao Setor Clínico de Neonatologia (14,3%), às unidades intermediárias neonatais (41,9%), à UTI (4,1%), ao Setor Cirúrgico de Obstetrícia (8,0%), ao Setor Clínico de Obstetrícia (10,1%) e ao Setor Clínico de Pediatria (9,9%). Nessa região houve aumento apenas do número de leitos de unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI Pediátrica) (31,9%) e UTIN (11,7%). Ressalta-se que a distribuição dos leitos precisa ser racionalizada e sua quantidade deve ser criteriosamente discutida em colegiados gestores, tendo em vista a garantia de acesso aos serviços pela população e a atenção ao crescimento populacional, que afeta esse espaço geográfico.

A Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2012, do Ministério da Saúde, aponta os parâmetros para a quantidade de leitos obstétricos e pediátricos, podendo-se ter uma percepção mais abrangente da distribuição de leitos por agrupamentos territoriais (RS e MRS). Para essa análise, considera-se o parâmetro de 0,28 leitos obstétricos e 0,41 leitos pediátricos por 1.000 habitantes. Para cada um dos componentes (leitos obstétricos ou pediátricos) foram somados os leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis do SUS. A partir disso, constatou-se a seguinte situação: a) suficiência de leitos obstétricos nas MRS do Litoral Leste/Jaguaribe, Cariri e Sertão Central; e b) insuficiência de leitos pediátricos em todas as MRS.

A MRS de Fortaleza apresentou maior preocupação quanto à suficiência desse tipo de leito, uma vez que agregou uma grande quantidade de habitantes descobertos. Na tentativa de superar esse tipo de problema, a gestão pública foi pressionada a estabelecer convênios ou contratos com outras instituições, tendo em vista a garantia do direito à saúde de sua população. Essa tem sido uma estratégia possível diante de tal cenário. Resta saber mais sobre o impacto financeiro que isso implica e as medidas de controle que incluem uma

investigação sobre a qualidade dos equipamentos e serviços oferecidos.

Após a análise dos dados quantitativos, partiu-se para a análise do componente transversal a este estudo como um todo. Trata-se da incorporação de outros elementos que compõem a busca por maior compreensão desse fenômeno.

Quanto ao potencial técnico-assistencial, há consenso de que os recursos são insuficientes nos municípios. Até refletindo sobre os territórios abrangidos pelas equipes da ESF, as mulheres reconhecem que faltam profissionais, não existem recursos materiais para o trabalho e a infraestrutura da rede hospitalar municipal é deficiente, entre outros problemas.

A saúde lá não é muito boa [...] a situação é um pouco precária, porque só tem dois postos de saúde e o hospital para o município todo [...] só que não tem muita estrutura [...] as vezes, a gente não recebe o atendimento [...] o doutor não vem [...] falta uma coisa [...] e é muito ruim [...] no posto, eu só vou para o pré-natal mesmo. (E55)

A saúde está um caso sério [...] muitas mulheres morrendo do parto [...] muitas crianças [...] se fosse por mim eu teria ficado lá no distrito de Pentecoste [...] mas não [...] tinha que vir para cá mesmo. (E54)

Quanto à falta de profissionais, as mulheres comentam que é difícil ter médico na unidade básica de saúde (UBS). Nos hospitais do município, além de faltarem médicos para o plantão aos finais de semana, não existem enfermeiros obstetras para suporte das gestantes:

[...] não tem o cirurgião no meu município hoje [...] sábado [...] só tem na semana [...] e eu não poderia esperar até segunda-feira [...] me mandaram para a capital. (E54)

Mesmo em municípios onde há médico, algumas narrativas apontam que trocariam todos eles por um único “médico bom”, concordando que preferem a *qualidade* em vez da *quantidade*. Isso nos leva a refletir se são gerados planos de cuidados nesses espaços ou se existe unicamente a intenção de garantir a assistência.

Algumas mulheres afirmam, ainda, ter dificuldades

...utilização de serviços especializados, os municípios de pequeno porte não contam com rede própria...

quanto à dispensação de medicamentos na APS mesmo em situações em que há acompanhamento de gestantes de alto risco. Já em relação aos equipamentos para a realização de exames complementares, como a ultrassonografia, usualmente, elas se deparam com serviços indisponíveis. Aqui, os questionamentos giram em torno da preocupação e da presença de manutenção preventiva e corretiva que assegurem o funcionamento constante dos serviços.

Quanto à infraestrutura de hospitais em municípios de pequeno porte, não há possibilidade de assegurar o atendimento às gestantes de alto risco. Mesmo quando há esta possibilidade, algumas unidades hospitalares não dispõem de suporte como incubadora para bebês prematuros. Isso acaba inviabilizando a assistência à saúde.

No que se refere à necessidade de utilização de serviços especializados, os municípios de pequeno porte não contam com rede própria e necessitam deslocar as mulheres para outros municípios. Isso demanda, minimamente, apoio logístico e transporte para viabilizar o acesso das usuárias aos serviços em questão.

No Ceará, a partir de 2008, houve investimento crescente para a ampliação da rede especializada. Além de policlínicas e centros de especialidades odontológicas, foram construídos hospitais regionais de apoio nas diversas RS e MRS. Isso ampliou o potencial de resposta a algumas demandas geradas no território e estabeleceu a elaboração de fluxos, além de proporcionar organização e funcionamento dos serviços coerentes com a realidade vivenciada. Mesmo com todo esse investimento, constata-se a insuficiência do número de leitos, principalmente os neonatais, no estado como um todo e a necessidade de viabilizar o acesso aos serviços no maior número possível de regiões.

Ainda tem muita peregrinação [...] ainda tem muito município do interior que deveria estar fazendo os partos habituais [...] que na ocasião da elaboração do Plano de Ação

se comprometeram a fazer os partos de risco habitual e que eles não estão cumprindo com o que foi acordado [...] por isso, essas gestantes são encaminhadas para outros serviços e isso acarreta uma superlotação em Fortaleza, que já tem leitos muito reduzidos para a sua população. (E4)

As narrativas de profissionais da saúde e gestores apontam a necessidade de ampliação da rede hospitalar e, em especial, do número de UTINs, devido à sobrecarga desses equipamentos no estado. De acordo com a experiência de cada um deles, há sobrecarga das UTINs em Fortaleza, que concentra o maior número de dispositivos no Ceará. Consequentemente, o maior número de encaminhamentos chega à capital do estado, uma vez que não há possibilidade de resposta na maioria das RS do Ceará.

O interior não tá atendendo nada! Tem município que não registra nascimento, nem sequer organizou uma pequena maternidade para dar conta dos partos de baixo risco e manda tudo para os outros municípios [...] [isso] sobrecarrega. (E2)

De acordo com o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha, havia perspectiva de ampliação do número de UTINs em todo o estado. A intenção foi disponibilizar esse equipamento nas 17 Redes Cegonha pactuadas. Contudo, além da infraestrutura necessária, não se pode esquecer os recursos humanos para sua operacionalização. Atualmente, percebem-se dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com essa demanda e, em especial, de médicos neonatologistas.

Se a análise por RS apresenta inconsistências, a investigação em uma perspectiva macrorregional já possibilitaria o acesso a um maior rol de serviços. Contudo, exige-se, dentre outras coisas, a forma de organização do sistema de saúde e a atenção aos princípios de regionalização e hierarquização, além de ferramentas como a regulação, comunicação e articulação entre os serviços, o apoio logístico e o pessoal qualificado.

A regionalização e a hierarquização pressupõem a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, a qual possibilitaria o acesso adequado da população e o atendimento de suas necessidades, bem como a racionalização dos

...percebem-se dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com essa demanda...

recursos. A hierarquização pressupõe, ainda, o reconhecimento da capacidade dos diferentes níveis para atender determinados problemas, bem como a insuficiência para outro conjunto de cuidados em saúde. Isso justifica a necessidade de articulação e integração dos componentes da rede, por meio da incorporação de mecanismos de referência e contrarreferência, para dar conta dos problemas de saúde da população.

A interrelação e a cooperação, bem como a complementaridade, possibilitam a construção de redes e formas contínuas de trabalho entre as organizações e dentro delas. Já não se concebem organizações de saúde que não se articulem em redes internas e externas para alcançar seus fins¹⁶.

A perspectiva de integração com a rede de urgências e emergências foi uma estratégia do Governo do Ceará para atender à reorganização e ao funcionamento desses serviços no âmbito do SUS. No Brasil, esse tipo de demanda já havia sido contemplado na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) uma das estratégias de implementação dessa política¹⁷⁻¹⁸.

Com base nessa realidade, Gisele O'Dwyer¹⁹⁻²⁰ propõe maior investimento em sistemas regionalizados. Menciona, a partir disso, a adoção de algumas estratégias, a saber: a) referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária; b) universalização do acesso; c) integralidade da atenção; d) equidade na alocação de recursos; e) integração dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e equipe qualificada; e f) criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação por meio dos núcleos de educação em urgências (NEU).

Ao reconhecer a dificuldade de assegurar os

equipamentos de saúde e os serviços necessários para a manutenção da Rede Cegonha no Ceará, bem como outros problemas de organização e funcionamento dos serviços, formaram-se outros tipos de agrupamentos territoriais envolvendo duas ou mais RS. Essa nova conformação já foi incorporada pelo Ceará tanto no Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha (2012 a 2015) quanto nos COAPs. Assim, dentre as 22 RS do Ceará foram formalizadas 17 propostas de Rede Cegonha, 13 delas contando com RS independentes e 4 com RS combinadas.

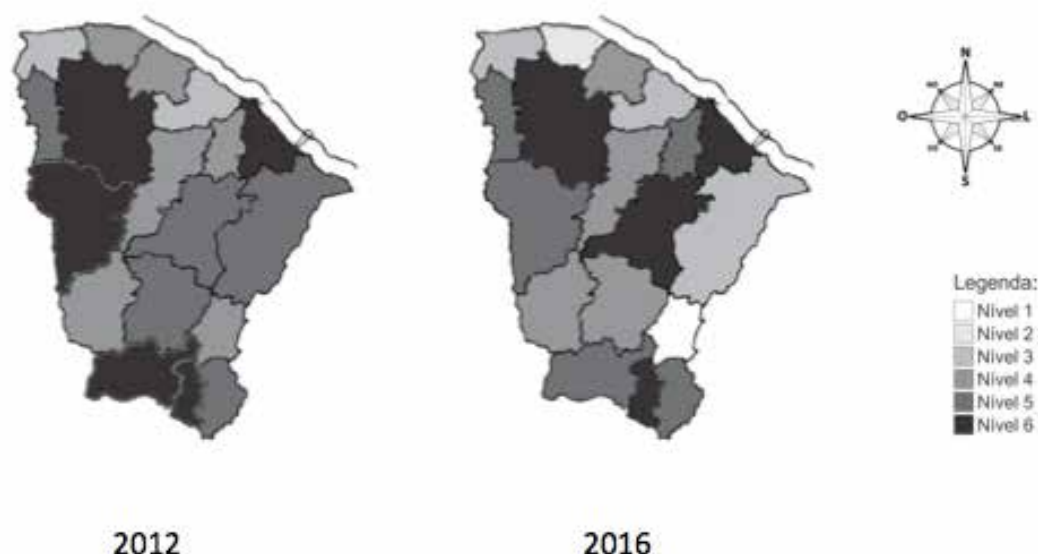


Figura 2. Caracterização do potencial da Rede Cegonha no Estado do Ceará, no período entre 2012 e 2016.
Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao analisar os níveis de desenvolvimento de cada rede modelada, percebe-se um cenário diferente, uma vez que o novo agrupamento permite que seja incorporada uma nova perspectiva àquela RS em que haviam sido elencadas fragilidades. No entanto, ainda não se pode afirmar que isso garanta o acesso aos serviços. São necessárias outras estratégias para garantir o contato da população com esse tipo de serviço, agora sob uma perspectiva ampliada de diferente dimensionamento demográfico e espacial, além de contextos técnico-administrativos diversos.

Equipamentos de saúde como o SAMU e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também contribuem para o incremento do potencial técnico-assistencial proposto. No Ceará, a proposta da Rede Cegonha está articulada ao SAMU. Contudo, não se percebe a disponibilidade desse equipamento em todas as RS.

A gente ainda tem uma deficiência nas urgências, no SAMU e no próprio transporte da gestante [...] ainda, vejo mulheres que pegam carros próprios, enfim, o município que pega uma ambulância e manda. Eu acho que essa conexão de transporte avançou pouco. (E1)

Na MRS de Sobral não há essa possibilidade de articulação, uma vez que somente o município sede conta com esse tipo de serviço em nível local. De fato, há prejuízo quanto à cobertura de urgência para a Rede Cegonha nessa MRS.

A única região do Ceará que ainda não tem SAMU é a região norte [...] hoje, a gente tem um SAMU municipal de Sobral e não tem trabalhado como deveria nesta perspectiva de região [...] perdura como SAMU municipal [...] claro que numa eventualidade [...] numa necessidade, sim, mas isso não é formalizado para todos os casos [...] há a necessidade do SAMU regional. (E3)

Mesmo em municípios onde o SAMU regional já se encontra implantado há dificuldade de articulação

*...não estamos
proporcionando com
segurança a menor
distância percorrida
pelos usuários dentro
de cada região...*

e integração entre esse serviço e a Rede Cegonha. Isso foi mencionado mais enfaticamente pelos profissionais das unidades hospitalares que não contam com o SAMU sequer para o deslocamento e a transferência de pacientes na rede. Esse relato se justifica pelo fato de que há engessamento e acentuada burocracia que não permite a constituição do trabalho conjunto.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também foi entendida como um importante dispositivo para a Rede Cegonha. Esse equipamento possibilita a permanência de mulheres e bebês diante da necessidade de seguimento e continuidade do cuidado. No entanto, o número de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e a quantidade de vagas por equipamento no estado não parece ser suficiente para a demanda de mulheres e crianças. No que diz respeito à qualidade desse equipamento, algumas mulheres mencionaram o conforto e a comodidade no alojamento e comentaram sentir-se satisfeitas.

Vale mencionar, mais uma vez, o risco dessa estratégia, já que não se pode garantir a organização do fluxo e o funcionamento da rede. Aliado a isso, não estamos proporcionando com segurança a menor distância percorrida pelos usuários dentro de cada região em busca da atenção à saúde. Um novo desenho de agrupamento territorial exige a superação política e administrativa para o planejamento, a programação e a tomada de decisões e requer um sistema de regulação, de apoio logístico e de transporte efetivo.

CONCLUSÃO

O Brasil tem se caracterizado por uma pluralidade relativa às desigualdades sociais e regionais existentes e isso se estende ao Estado do Ceará. Contudo, há possibilidade de fortalecimento de mecanismos de descentralização e regionalização na tentativa de responder às necessidades da população de modo mais autônomo por parte dos municípios e

do estado e, cada vez mais, próximo do local onde ela vive. Essa resposta pode ser potencializada pela pactuação e participação de gestores, profissionais da saúde e usuários dos serviços que geram novas capacidades locais e criam possibilidades de novos arranjos. Há necessidade de melhor planejamento, definição dos objetivos, otimização dos custos e avaliação do desempenho.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fábio Solon Tajra, Ricardo José Soares Pontes e Francisco Herlânio Costa Carvalho contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Angelo Brito Rodrigues, Neusa Goya e Luiz Odorico Monteiro de Andrade** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];27(4):623-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>
2. Teixeira JC, Pungirum MEMC. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2005 Dec [cited 2019 Apr 25];8(4):365-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/03.pdf>
3. Brasil. Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis (Rio J) [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Apr 25];23(4):1297-316. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>
6. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Um possível modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];16(1):80-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1098/609>

7. Coutinho SKSF, Minghini BV, Brito GV, Silva KS, Rocha RB, Miranda JSM, et al. Rede Cegonha: uma experiência em educação permanente com agentes comunitários de saúde. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];16(1):74-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1097/608>

8. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

9. Tong A, Sainsbury P, Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [serial on the internet]. 2007 [cited 2019 Dec 16];19(6):349-57. Available from: <https://chip.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/1245/2019/05/Tong-Sainsbury-Craig-2007-Consolidated-Criteria-for-Reporting-Qualitative-Research-COREQ-A-32-Item-Checklist-for-Interviews-and-Focus-Groups.pdf>

10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];27(2):388-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>

12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

13. Amatuizzi MM. Por uma psicologia humana. Campinas, SP: Alínea; 2001.

14. Brasil. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

15. Brasil. Portaria n. 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

16. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília (DF): ONU/PNUD; 2000.

17. Brasil. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

18. Brasil. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

19. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Apr 25];15(5):2395-404. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>

20. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];45(3):519-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>

