

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Maura Carolina Belomé da Silva

**A IMPLANTAÇÃO REDE CEGONHA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:
AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PARTO NASCIMENTO**

Porto Alegre

2015

Maura C. B. Silva

**A IMPLANTAÇÃO REDE CEGONHA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:
AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PARTO NASCIMENTO**

Trabalho apresentado para avaliação da
Unidade de Produção Pedagógica –
Trabalho de Conclusão II – do Curso de
Bacharelado em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Professora Orientadora: Lisiane Boer Possa.

Porto Alegre

2015

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul	13
Figura 2 – Regiões de saúde com planos de ação aprovados	18
Figura 3 – Modelo esquemático da avaliação normativa	19

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de partos extrarregionais por região de saúde em 2011 e 2014.....	28
Gráfico 2 – Percentual de parto normal no Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2011 e 2014.....	28
Gráfico 3 – Variação do percentual de parto normal nas regiões de saúde entre 2011 e 2014	30
Gráfico 4 – Taxa de mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul entre 2011 e 2014	30
Gráfico 5 – Taxa de mortalidade materna nas regiões de saúde entre 2011 e 2014.....	32
Gráfico 6 – Taxa de mortalidade infantil no Estado do Rio Grande do Sul entre 2011 e 2014	32
Gráfico 7 – Taxa de mortalidade infantil nas regiões de saúde entre 2011 e 2014	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes Rede Cegonha	15
Quadro 2 – Variáveis independentes, dependentes, dados para mensuração.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de partos, ocorrência local, ocorrência extrarregional e percentual de ocorrência de partos extrarregionais por região de saúde em 2011	25
Tabela 2 – Total de partos, ocorrência local, ocorrência extrarregional e percentual de ocorrência de partos extrarregionais por região de saúde em 2014.....	26
Tabela 3 – Comparação da ocorrência de partos extrarregionais antes e depois do Programa Rede Cegonha.....	27
Tabela 4 – Variação do percentual de parto normal nas regiões de saúde entre 2011 e 2014	29
Tabela 5 – Taxa de mortalidade materna nas regiões de saúde entre 2011 e 2014.....	31
Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil nas regiões de saúde entre 2011 e 2014	33
Tabela 7 – Resultados dos indicadores selecionados em 2011 e 2014 conforme presença ou não de incentivo financeiro da RC.....	35
Tabela 8 – Comparação dos indicadores estaduais no ano de 2011 e 2014	6
Tabela 9 – Comparação da variação (2011-2014) dos indicadores entre as regiões de saúde que receberam ou não financiamento	6
Tabela 10 – Avaliação da correlação entre os indicadores.....	7

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>acquired immunodeficiency syndrome</i>
DST	doenças sexualmente transmissíveis
HIV	<i>human immunodeficiency virus</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde
UCI	unidade de cuidados intermediários
UTI	unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO – CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA E HIPÓTESES DA PESQUISA.....	12
2.1 Redes e Regiões.....	12
2.2 A Rede Cegonha	14
2.3 A Avaliação Proposta.....	18
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
6 RESULTADOS	24
6.1 Análise Descritiva	24
6.2 Análise Estatística.....	36
6-3 Análise do Programa	40
7 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

Rede Cegonha (RC), tema deste projeto de pesquisa, é uma estratégia proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O cuidado de mães e bebês no período relativo à gestação, parto e nascimento consiste numa temática considerada de suma relevância do ponto de vista da construção das sociedades e da garantia dos direitos humanos e de saúde expressada em diferentes fóruns e pactos internacionais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948. A partir dela, deflagrou-se uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam uma série de direitos considerados básicos à vida digna. Nesse contexto, são considerados Direitos Humanos fundamentais: direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Desta forma, respeitá-los é promover a vida em sociedade, entendendo as diferenças e garantindo o acesso ao que é fundamental para vida e dignidade humana (BRASIL, 2010a).

A conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, reafirmou os direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio [...] (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 13).

Ainda, em âmbito internacional, cabe destacar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no qual a preocupação a saúde da mulher e respeito aos direitos sexuais e reprodutivos também aparecem de forma contundente. A ONU, em setembro de 2000, promoveu a Conferência do Milênio, da qual participaram 189 países, entre eles o Brasil, que assinaram a Declaração do Milênio, a qual estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o

desenvolvimento sustentável serem alcançados até 2015: a erradicação da pobreza e da fome; a universalização do acesso à educação básica; a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a redução da mortalidade infantil; a melhoria da saúde materna; o combate ao vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus–HIV*)/síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquiredimmunodeficiencysyndrome – AIDS*), malária e outras doenças; a promoção da sustentabilidade ambiental; o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2010a; GIOVANI, 2013).

Nota-se que a saúde foi destacada em três objetivos: Reduzir a mortalidade na infância (meta Brasil: reduzir de 27,4 para 17,9 óbitos por mil Nascidos Vivos); melhorar a saúde materna (meta Brasil: Reduzir a Razão de Mortalidade Materna de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil); e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças (BRASIL, 2010a; GIOVANI, 2013).

Para Giovani (2013), a morte materna consiste em uma das mais altas violações dos direitos humanos para as mulheres, pois são situações evitáveis em 92% dos casos. Assim, é primordial entender a saúde materno infantil como um movimento de ordem mundial em defesa de Direitos Humanos fundamentais como: direito à vida, à saúde, ao feto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Desta forma, estão na agenda estatal de muitos países e do Brasil especificamente.

A relevância do acompanhamento da mortalidade aparece frequentemente na história da saúde materno-infantil no Brasil. Muitas foram as ações desenvolvidas com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde dessa população. Uma dessas tentativas se deu na década de 1980 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, subdividido posteriormente em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (FERNANDES; VILELA, 2014). Outro exemplo da preocupação com a saúde materno infantil foi o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM 569 em 2000. Por fim, o próprio Pacto Pela Saúde, proposto pelo governo em 2006, trazia como meta a redução da mortalidade materno infantil (DIAS; DOMINGUES, 2005; BRASIL, 2006).

Seguindo essa tendência, o Governo Federal apresenta, em março de 2011, uma nova estratégia de enfrentamento da mortalidade materno infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento – A RC. Esta por sua vez, consiste no desenvolvimento de ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011a).

Avaliar a implantação da política pública nomeada como RC é a temática deste projeto. Cabe destacar que a produção de conhecimento sobre os resultados das políticas constituem-se em possibilidades para que as mesmas possam ser qualificadas.

Ressalta-se também que uma das questões centrais para a organização das redes de atenção em geral, e da RC em particular, é a garantia de serviços articulados e dimensionados para o atendimento das necessidades em saúde em cada região. Deste modo, a garantia do atendimento em maternidades para o parto e nascimento seguro e de qualidade está diretamente relacionada com a capacidade da região em atender sua necessidade em saúde e articular com a oferta de serviços existentes para construir fluxos dentro de uma rede organizada, para assim, evitar a desassistência, a peregrinação da gestante, a falta de leitos, o atendimento precário entre outros fatores que influenciam diretamente na mortalidade materna, infantil e fetal.

O Rio Grande do Sul adotou a política da RC em 2012 e, desde então, vem trabalhando a questão da regionalização para a garantia do acesso a linha de cuidado materno-infantil. Outra característica do programa no Estado é o destaque para a humanização do parto e a redução de cesárias, já temos um percentual de 63% de cesarianas e o indicado pela Organização Mundial de Saúde é de apenas 15% (BRASIL, 2011a).

Portanto, este trabalho de pesquisa pretende avaliar a implementação da RC no Estado do Rio Grande do Sul através da análise dos quantitativos e fluxos de atendimento ao parto nas regiões de saúde, percentual de cesáreas, mortalidade materna e mortalidade infantil. Para isto, serão analisados os anos de 2011 e 2014, ou seja, anterior e posterior ao da implantação da RC. Assim, pretende-se investigar qual o quantitativo de demanda e oferta, e o fluxo de atendimento que efetivamente está ocorrendo nas regiões após a implementação do programa? O quanto a RC alterou os fluxos de atendimento e equacionou a oferta de serviços às demandas existentes nas regiões de saúde? Se houve impacto na alteração do tipo de parto com redução das taxas de cesárea? Se ocorreram mudanças nas taxas de mortalidade infantil e materna? E, existindo alterações, verificar possíveis correlações entre regionalização da atenção ao parto, taxas de cesárea e a mortalidade materna e infantil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO – CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA E HIPÓTESES DA PESQUISA

2.1 Redes e Regiões

Para entender a RC, é necessário apresentar o conceito de rede discutido, atualmente, no contexto da saúde. Para o Ministério da Saúde, redes são “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010b). Segundo o decreto 7.508 de 2011, Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

É importante ressaltar que as redes devem ser voltadas para as necessidades, de cada espaço regional singular, se organizar por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos e serem construídas mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos (GIOVANI, 2013). Assim sendo, a conceito de rede surge como uma alternativa para melhorar um cenário no qual há o predomínio de um sistema fragmentado, de alto custo, pouca análise de prioridades e planejamento de ações.

Portanto, para Mendes os conteúdos básicos da rede são:

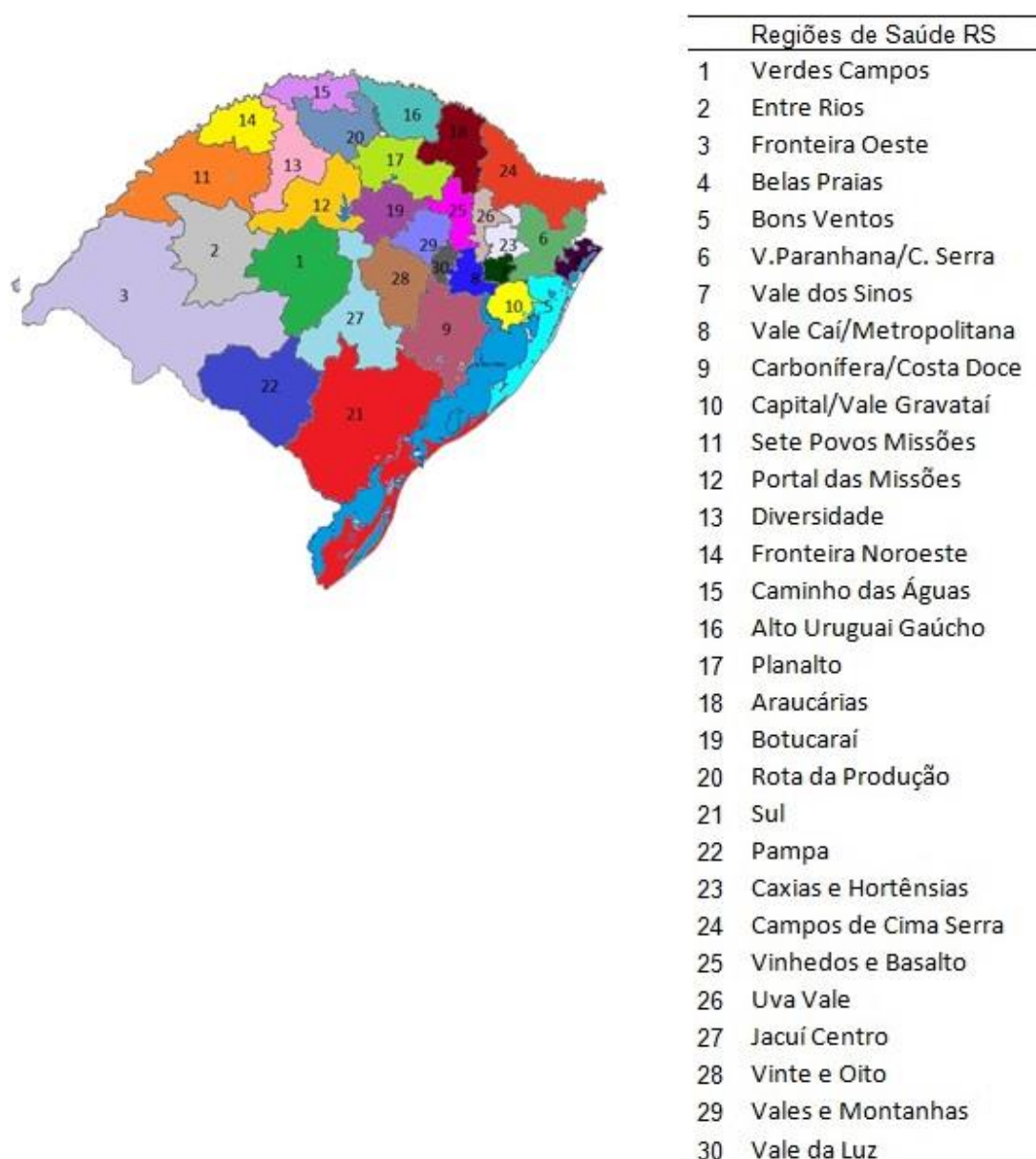
[...] apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população. (MENDES, 2010, p. 2298).

Idealizando o conceito de rede como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

No entanto, antes da formação das redes é necessário que o território esteja geograficamente organizado em regiões de saúde planejadas. Assim, entende-se regiões de saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios

limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b). O Estado do Rio Grande do Sul dividiu seu território nas regiões conforme o mapa abaixo (Figura 1) entendendo que a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde, atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Figura 1 – Regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Plano Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Ressalta-se que as regiões do estado são compostos de diferentes territórios que, mesmo possuindo os serviços mínimos necessário, há uma grande distância entre suas características econômicas, sócio demográficas, culturas e estruturais que refletem diretamente na situação de saúde local.

2.2 A Rede Cegonha

Sempre tendo a região como base territorial as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, que têm singularidades no seu modo de organizar o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos. Por razões diversas, pode ser mais fácil e indutora a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência. Esse formato organizativo pode ser chamado de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Seguindo a lógica das redes temáticas, a RC surge para promover a integração das ações e serviços de saúde, buscando o cuidado eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção através de uma nova linha de cuidado materno infantil. Ela parte do princípio que as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, paradoxalmente há uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas. Também é importante ressaltar que a RC também surge em um contexto de habitual desrespeito aos direitos das mulheres na hora do parto - nomeado de violência obstétrica – e junto com um elevadíssimo percentual de cesarianas já caracterizado como uma epidemia nacional (CAVALCANTI, 2013).

Portanto, a RC sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento 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. Prioriza a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. Os quatro componentes básicos da RC podem ser mais bem entendidos conforme o Quadro 1 que apresenta as principais ações a serem desenvolvidas em cada um dos componentes (CAVALCANTI, 2013).

Quadro 1– Componentes Rede Cegonha

<p>Pré-Natal (Refere-se a toda assistência em saúde prestada à mulher durante a gravidez).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com captação da gestante e qualificação da atenção; • Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; • Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; • Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; • Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; • Qualificação do sistema e da gestão da informação; • Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; • Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/AIDS e Hepatites; • Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.
<p>Parto e Nascimento (Componente que envolve o processo/ serviços e estruturas relacionadas ao nascimento).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (unidades de tratamento intensivo e de cuidados intermediários – UTI e UCI – e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; • Ambiência das maternidades; • Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”; • Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; • Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; • Redução do percentual de cesáreas; • Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; • Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

(Continua)

Quadro 1 – Componentes Rede Cegonha (continuação)

<p>Puerpério e atenção integral à saúde da criança (Puerpério é período de 6 a 8 semanas pós-parto e saúde integral significa a atenção completa diante do indivíduo como um todo).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; • Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; • Busca ativa de crianças vulneráveis; • Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; • Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; • Orientação e oferta de métodos contraceptivos.
<p>Sistema logístico (Referente ao transporte sanitário e regulação. Transversal à garantia de acesso).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio de Sistema de Atendimento Móvel de urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadores e ventiladores neonatais; • Implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; • Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambiental (consultas e exames).

Fonte: adaptação de Cavalcanti (2013).

Utilizando-se do conceito de Rede, o programa RC parte do princípio que sua organização deve possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS (BRASIL, 2010b). Assim sendo, é essencial uma organização territorial que pense nos fluxos e estrutura de acordo com um diagnóstico de situação em saúde. Em outras palavras, deve-se entender a delimitação das unidades de atenção à saúde de referência, a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços. Ou seja, articular, da melhor maneira possível, os arranjos espaciais, a interação de atores, organizações e recursos (FLEURY; OUVÉNEY, 2007; GIOVANI, 2013).

O processo de planejamento de redes deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão, onde cada esfera é

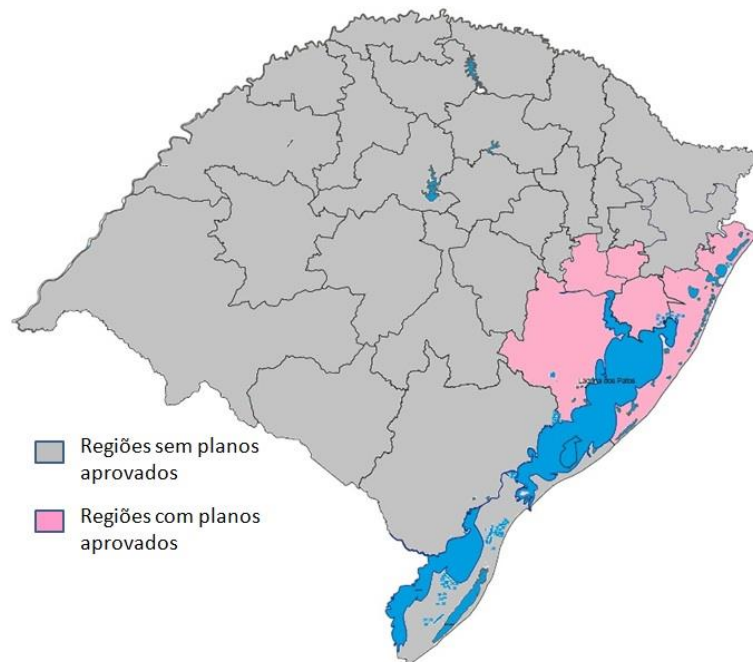
responsável por seu planejamento e articulação de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde regionais (MENDES, 2011).

Deste modo, o planejamento estratégico da RC engloba a criação de Planos de Ação com a análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros. (BRASIL, 2011c).

Para a componente do pré-natal os recursos de incentivo foram repassados juntamente com o fundo da atenção básica para todos os municípios que se mostraram favoráveis ao programa. No entanto, os recursos para a melhoria do componente parto/nascimento – que é o enfoque deste estudo - só foram distribuídos para aquelas regiões que tiveram seu plano de ação aprovado. Esses recursos eram destinados a propostas de ampliação ou criação de maternidades, leitos de alto risco, leitos canguru, UTIs neonatais e maternas, Centros de Parto Normal e das Casas da Gestante, Bebê e Puérperas com financiamento federal prioritário. Contudo, ressalta-se que atrelado ao repasse financeiro havia a exigência da melhoria de indicadores como: percentual de parto normal, mortalidade materna e infantil, melhoria da taxa de episiotomia, presença de acompanhante, entre outros (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

No estado do Rio Grande do Sul, 98% aderiram ao componente do pré-natal, porém, no componente parto/nascimento apenas 6 regiões (Figura 2) tiveram seu plano de ação aprovados e , apenas essas, receberam algum tipo de financiamento direcionados a melhoria do parto/nascimento.

Figura 2 – Regiões de saúde com planos de ação aprovados



Fonte: Plano Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

2.3 A Avaliação Proposta

Considerando a relevância da saúde materno infantil no cenário nacional e internacional, assim como, a complexidade e importância da implementação dos sistemas de redes no contexto de saúde atual. Este trabalho tem como objetivo, conforme já citado anteriormente, avaliar a efetiva implantação da RC no Rio Grande do Sul. Para isto será utilizado o modelo denominado avaliação normativa.

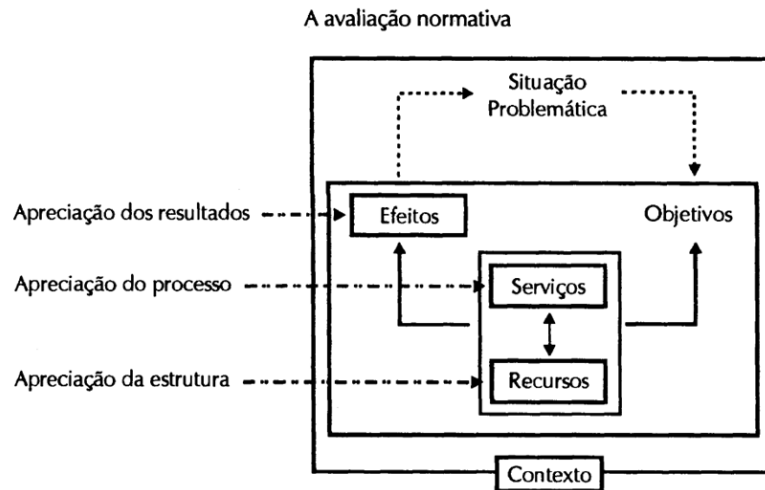
Entende-se que avaliação em saúde consiste fundamentalmente em

[...] aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um processo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Sendo que a avaliação normativa consiste na ideia de se julgar o cumprimento de normas prévias como, por exemplo, um plano. Portanto, a avaliação normativa “[...] é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas [...]” (HARTZ, 2008, p. 35). O

conceito de avaliação normativa consegue ser bem compreendido com o modelo esquemático da Figura 3.

Figura 3 – Modelo esquemático da avaliação normativa



Fonte: Hartz (2008).

Será desenvolvida, neste estudo, uma avaliação de resultados do programa RC0. Ou seja, no contexto em que a questão do parto/nascimento representa uma situação problemática, é dada uma orientação normativa de como deve ser o cuidado desse componente e, desta forma, investiu-se recursos para a melhoria da infraestrutura e do processo de trabalho dos serviços. Estes investimentos tinham como objetivo alcançar um conjunto de resultados. No entanto, é necessário avaliar o quanto essa intervenção resultou em efeitos positivos para o alcance dos objetivos proposto pelo programa e se isto causou impacto na situação problema inicial. Para isso, serão utilizados indicadores disponíveis nos sistemas de informação e que relacionam com esse componente (número de partos, % de parto normal, taxa de mortalidade materna e infantil).

Portanto, com base nos resultados esperados pela implantação do componente parto/nascimento da RC construíram-se as hipóteses que orientam a análise aqui empreendida na qual se pretende verificar:

- a) hipótese 1 – a implantação da RC melhorou a regionalização do parto;
- b) hipótese 2 – houve a redução de cesarianas;
- c) hipótese 3 – houve a redução da mortalidade materna;
- d) hipótese 4 – houve a redução da mortalidade infantil;

- e) hipótese 5 – existe correlação entre a melhoria da regionalização e a redução de cesarianas;
- f) hipótese 6 – existe correlação entre a melhoria da regionalização e a redução da mortalidade materna;
- g) hipótese 7 – existe correlação entre a melhoria da regionalização e a redução da mortalidade infantil;
- h) hipótese 8 – existe correlação entre a redução de cesarianas e a redução da mortalidade materna;
- i) hipótese 9 – existe correlação entre a redução de cesarianas e a redução da mortalidade infantil.
- j) hipótese 10 – existem diferenças entre as regiões que receberam financiamento direto para a componente parto nascimento e as que não o receberam.

Simplificando, o problema central para esse estudo é: O investimento na proposta da RC resultou na melhoria de regionalização e conseqüentemente no acesso aos serviços de atenção ao parto? Houve redução de cesárea e nas taxas de mortalidade? Há correlação entre regionalização do parto/nascimento, diminuição de taxas de cesáreas e de mortalidade?

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o resultado, no componente parto/nascimento, da implantação do programa RC no Estado do Rio Grande do Sul. Utilizando-se como marcador os quantitativos e fluxos de atendimento ao parto, percentual de cesáreas, mortalidade materna e mortalidade infantil.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) mapear os quantitativos e fluxos de atendimento ao parto nas 30 regiões de saúde do estado no ano de 2011 e 2014;
- b) relacionar os quantitativos e os fluxos conforme a ocorrência da assistência ao parto e a residência da parturiente em cada região de saúde para identificar o desenho da regionalização;
- c) identificar se houve mudança na forma de regionalização deste componente antes e depois do programa RC;
- d) descrever os percentuais de parto normal e cesárea, por regiões de saúde, antes e depois da implantação da RC e analisar as mudanças;
- e) descrever as taxas de mortalidade materna e infantil por regiões de saúde e correlacionar os indicadores de mortalidade materna e infantil, a regionalização e o tipo de parto.

4 METODOLOGIA

Tratar-se-á de um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva. Santos e Clos (1998) definem estudos quantitativos como métodos que utilizam a análise estatística para o tratamento dos dados. Podem ser aplicados em situações como: estudo exploratório, em estudos experimentais, estudos de análise ocupacional e análise de desempenho. Já a pesquisa descritiva é o método em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (PEREIRA, 2008).

Portanto, este estudo é considerado uma análise de desempenho, pois avalia os resultados da implementação de um programa e também é descritivo porque esta avaliação será realizada pela identificação das características, por região de saúde, da atenção ao parto/nascimento. Assim sendo, serão descritos e analisados os dados de internação hospitalar para a realização do parto (identificando os quantitativos de demanda, de oferta do mesmo), o percentual de cesarianas e parto normal, e ainda, os indicadores de mortalidade materna e infantil por regiões de saúde.

Ressalta-se, também, que todos os dados coletados são referentes aos anos de 2011 e 2014, permitindo a comparação entre os resultados encontrados antes e depois da implantação da RC, já que a esta foi implantada no Rio Grande do Sul em 2012. Para análise desses dados, serão utilizados os programas: TABWIN, EXCEL e SPSS.

O Quadro 2 demonstra de forma simplificada as escolhas das variáveis, os dados de mensuração das mesmas.

Quadro 2– Variáveis independentes, dependentes, dados para mensuração

Variável Independente	Variáveis dependentes	Dados para mensuração
Implementação da Rede Cegonhano Estado do Rio Grande do Sul	Regionalização da oferta	Percentual de partos ocorridos nas regiões em que as mães residem e em outras regiões
	Tipo de Parto	Percentual de partos normais e cesáreas
	Mortalidade materna	Taxas de mortalidade materna
	Mortalidade infantil	Taxas de mortalidade infantil

Fonte: elaborado pela autora.

5 ASPECTOS ÉTICOS

As considerações bioéticas serão respeitadas quanto ao acesso e análise de dados em pesquisas com seres humanos, conforme resolução nº 196/96 a sua atualização em 2012 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012). Assim, este projeto de pesquisa não será encaminhado para análise do Comitê de Ética, pois utiliza apenas dados de bancos secundários e públicos.

6 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através da análise dos procedimentos realizados exclusivamente pelo SUS, sendo um total de 84265 partos em 2011 e 84673 em 2014. Para um melhor entendimento, optou-se por dividir a visualização dos resultados em três etapas: análise descritiva, análise estatística e análise do programa.

6.1 Análise Descritiva

Para a avaliação da regionalização do parto no RS utilizou-se o conceito de região de saúde como uma unidade territorial resolutive em suas necessidades, e assim sendo, deveria ter a capacidade de realizar a maioria da assistência ao parto e nascimento. As Tabelas 1 e 2 apresentam o total de partos realizados pelo SUS por região de residência da mãe, o total de partos de ocorrência local (na região de residência), o total de partos de ocorrência extrarregional (fora da região de residência da mãe) e o percentual de partos realizados pelo SUS fora da própria região nos anos de 2011 e 2014 respectivamente.

Espera-se que cerca de 15% dos partos possam ser classificado como alto risco e, por isso, aceita-se o percentual próximo a esse para a utilização dos serviços extrarregionais (BRASIL, 2000). Contudo, três regiões de saúde apresentam números que demonstram dificuldade resolutividade local dos procedimentos de parto e nascimento no SUS em 2011. São elas: Carbonífera/Costa Doce (59,82 %), Planalto (22,39 %) e Rota da Produção (69,81 %).

Tabela 1 – Total de partos, ocorrência local, ocorrência extrarregional e percentual de ocorrência de partos extrarregionais por região de saúde em 2011

Região de Saúde	Total de partos em 2011	Ocorrência local	Ocorrência Extrarregional	%Ocorrência Extrarregional
Verdes Campos	2962	2921	41	1,38
Entre Rios	775	651	124	16,00
Fronteira Oeste	4466	4372	94	2,10
Belas Praias	1249	1107	142	11,37
Bons Ventos	1748	1457	291	16,65
V.Paranhana/C. Serra	1806	1562	244	13,51
Vale dos Sinos	6433	5913	520	8,08
Vale Cai/Metropolitan	6327	5338	989	15,63
Carbonífera/Costa D	3275	1316	1959	59,82
Capital/Vale Gravataí	20863	20808	55	0,26
Sete Povos Missões	1871	1833	38	2,03
Portal das Missões	943	898	45	4,77
Diversidade	1574	1547	27	1,72
Fronteira Noroeste	1332	1298	34	2,55
Caminho das Águas	937	889	48	5,12
Alto Uruguai Gaúcho	1433	1371	62	4,33
Planalto	3001	2329	672	22,39
Araucárias	714	622	92	12,89
Botucaraí	672	576	96	14,29
Rota da Produção Sul	1060	320	740	69,81
Sul	7106	7013	93	1,31
Pampa	1512	1499	13	0,86
Caxias e Hortênsias	3589	3562	27	0,75
Campos de Cima				
Serra	953	909	44	4,62
Vinhedos e Basalto	1307	1249	58	4,44
Uva Vale	837	735	102	12,19
Jacuí Centro	1517	1373	144	9,49
Vinte e Oito	2520	2222	298	11,83
Vales e Montanhas	1026	994	32	3,12
Vale da Luz	457	395	62	13,57

Fonte: Brasil (2015a).

Tabela 2 – Total de partos, ocorrência local, ocorrência extrarregional e percentual de ocorrência de partos extrarregionais por região de saúde em 2014

Região de Saúde	Total de partos em		Ocorrência	
	2014	Ocorrência local	Extrarregional	%Ocorrência Extrarregional
Verdes Campos	2682	2656	26	0,97
Entre Rios	674	505	169	25,07
Fronteira Oeste	3895	3815	80	2,05
Belas Praias	1417	1246	171	12,07
Bons Ventos	2059	1735	324	15,74
V.Paranhana/C. Serra	1590	1389	201	12,64
Vale dos Sinos	6060	5329	731	12,06
Vale Caí/Metropolitan	6987	6181	806	11,54
Carbonífera/Costa D	3094	1340	1754	56,69
Capital/Vale Gravataí	21007	20929	78	0,37
Sete Povos Missões	1917	1893	24	1,25
Portal das Missões	880	854	26	2,95
Diversidade	1623	1563	60	3,70
Fronteira Noroeste	1344	1326	18	1,34
Caminho das Águas	1274	1222	52	4,08
Alto Uruguai Gaúcho	1416	1365	51	3,60
Planalto	3296	2594	702	21,30
Araucárias	843	745	98	11,63
Botucaraí	615	444	171	27,80
Rota da Produção	999	272	727	72,77
Sul	6902	6804	98	1,42
Pampa	1330	1306	24	1,80
Caxias e Hortênsias	3680	3633	47	1,28
Campos de Cima Serra	1019	969	50	4,91
Vinhedos e Basalto	1607	1518	89	5,54
Uva Vale	985	841	144	14,62
Jacuí Centro	1332	1278	54	4,05
Vinte e Oito	2534	2417	117	4,62
Vales e Montanhas	1136	1041	95	8,36
Vale da Luz	476	447	29	6,09

Fonte: Brasil (2015a).

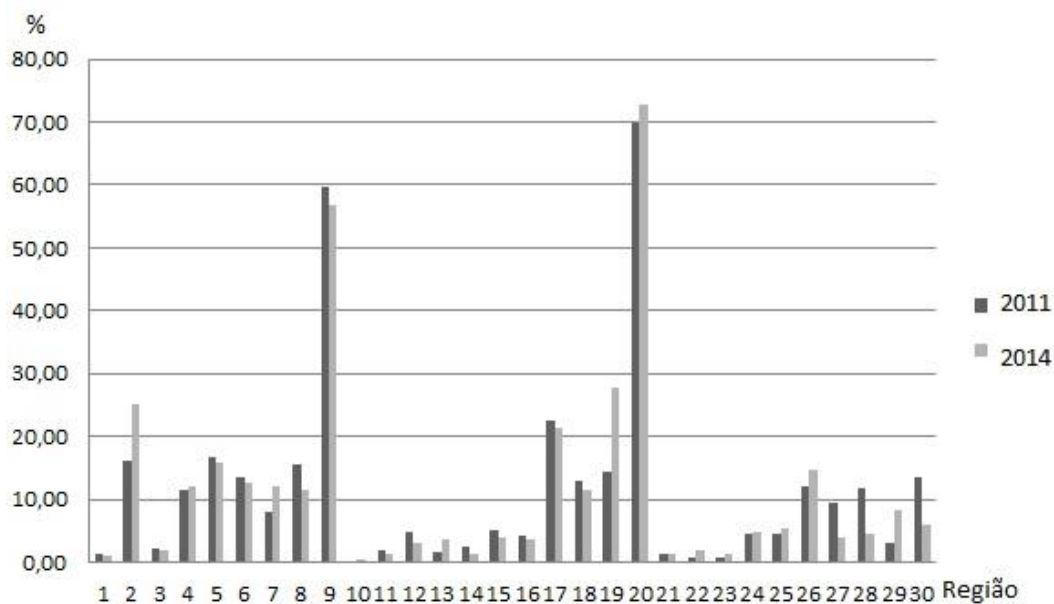
Ao observarmos a Tabela 2, percebe-se que as três regiões citadas anteriormente continuam, em 2014, com o percentual de partos extrarregionais elevado, além disso, as regiões de Botucaraí e Entre Rios também elevaram o seu percentual para mais de 20%. Portanto, se compararmos o “antes x depois” do programa teremos a Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação da ocorrência de partos extrarregionais antes e depois do Programa Rede Cegonha

Região de Saúde	%Ocorrência Extrarregional	
	2011	2014
Verdes Campos	1,38	0,97
Entre Rios	16,00	25,07
Fronteira Oeste	2,10	2,05
Belas Praias	11,37	12,07
Bons Ventos	16,65	15,74
V.Paranhana/C. Serra	13,51	12,64
Vale dos Sinos	8,08	12,06
Vale Caí/Metropolitan	15,63	11,54
Carbonífera/Costa Doc	59,82	56,69
Capital/Vale Gravataí	0,26	0,37
Sete Povos Missões	2,03	1,25
Portal das Missões	4,77	2,95
Diversidade	1,72	3,70
Fronteira Noroeste	2,55	1,34
Caminho das Águas	5,12	4,08
Alto Uruguai Gaúcho	4,33	3,60
Planalto	22,39	21,30
Araucárias	12,89	11,63
Botucaraí	14,29	27,80
Rota da Produção	69,81	72,77
Sul	1,31	1,42
Pampa	0,86	1,80
Caxias e Hortênsias	0,75	1,28
Campos de Cima Serra	4,62	4,91
Vinhedos e Basalto	4,44	5,54
Uva Vale	12,19	14,62
Jacuí Centro	9,49	4,05
Vinte e Oito	11,83	4,62
Vales e Montanhas	3,12	8,36
Vale da Luz	13,57	6,09

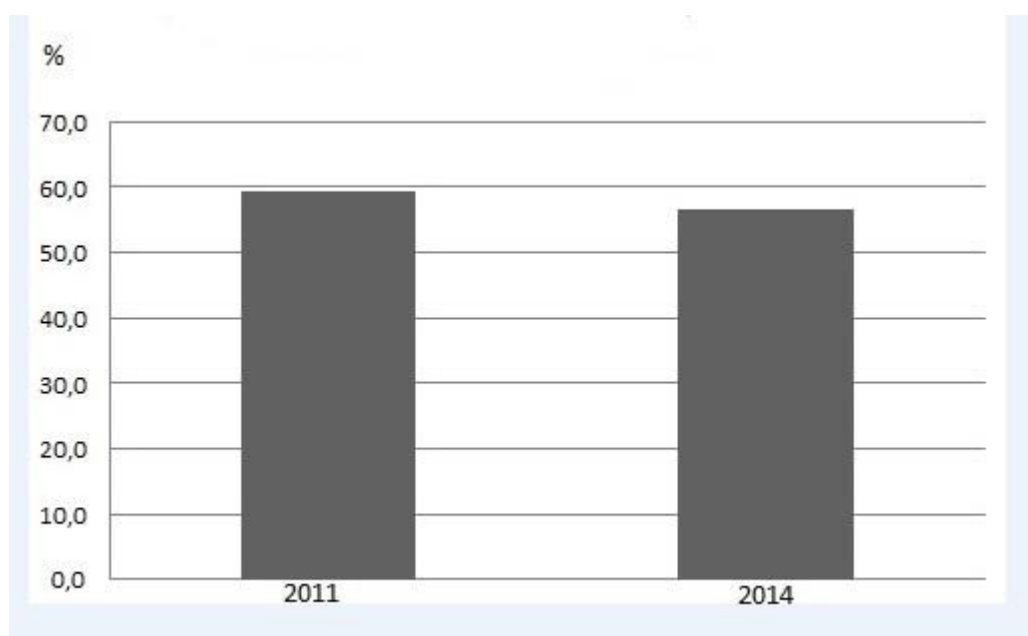
Fonte: Brasil (2015a).

Nota-se, conforme o Gráfico 1 e as tabelas anteriores, que as regiões que não tinham capacidade de sustentar suas necessidades regionais antes do programa, continuaram com a mesma característica após o programa, ou seja, observa-se pouca alteração na regionalização.

Gráfico 1– Percentual de partos extrarregionais por região de saúde em 2011 e 2014

Fonte: Brasil (2015a).

Quanto ao percentual de parto normal, percebe-se uma diminuição desse indicador de 59,25 % em 2011 para 56,55 % em 2014 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de parto normal no Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2011 e 2014

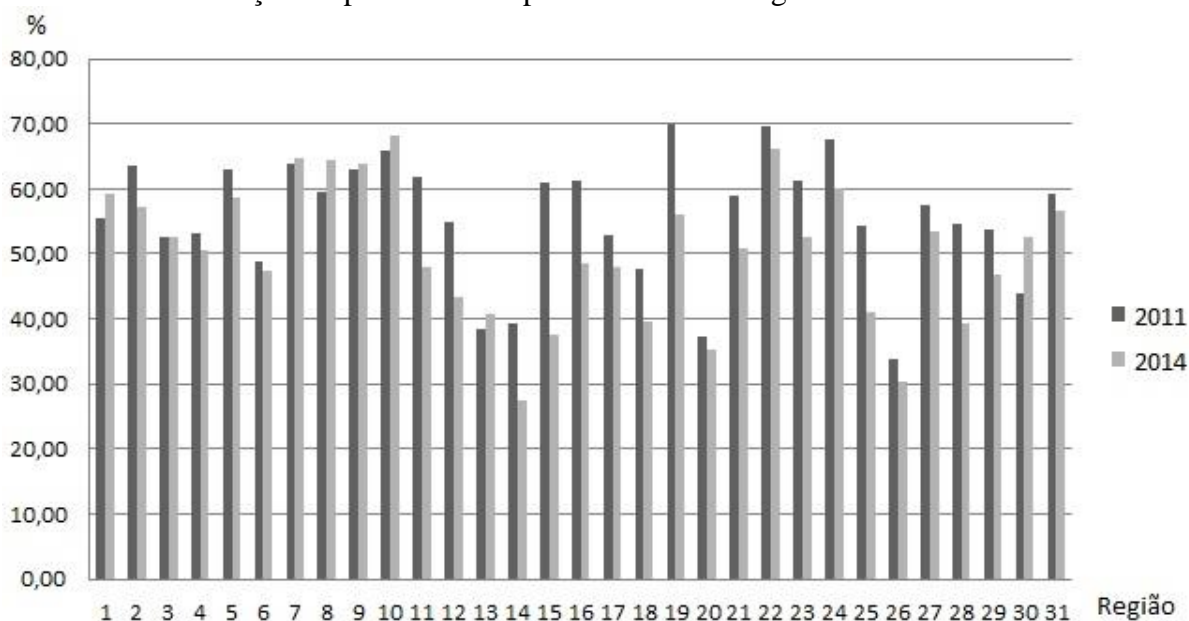
Fonte: Brasil (2015a).

Esse percentual se apresenta de forma diferente entre as regiões de saúde, sendo que, das 30 regiões, 24 também apresentaram um comportamento de redução dos percentuais de parto normal, porém, 7 regiões apresentaram um comportamento diferente da maioria do estado, ou seja, nessas regiões houve uma melhora no percentual de parto normal. São elas: Verdes Campos, Vale dos Sinos, Vale Caí/Metropolitana, Carbonífera/Costa Doce, Capital/Vale Gravataí, Diversidade e Vales e Montanhas (Tabela 4 e Gráfico 3).

Tabela 4 – Variação do percentual de parto normal nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

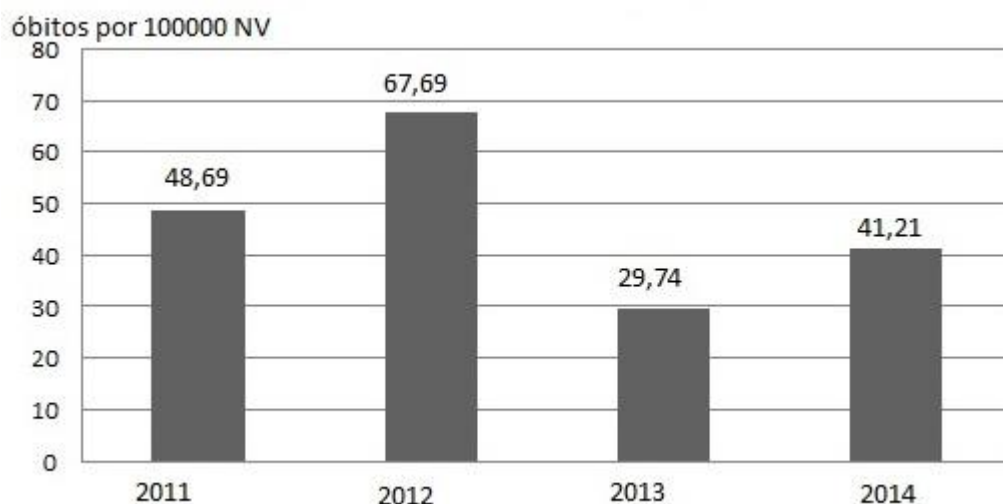
Região de Saúde	%Parto Normal 2011	%Parto Normal 2014	Variação do %
Verdes Campos	55,54	59,36	3,82
Entre Rios	63,48	57,27	-6,21
Fronteira Oeste	52,62	52,53	-0,09
Belas Praias	53,16	50,60	-2,56
Bons Ventos	62,87	58,67	-4,20
V.Paranhana/C. Serra	48,95	47,30	-1,65
Vale dos Sinos	63,73	64,79	1,05
Vale Caí/Metropolitana	59,60	64,29	4,69
Carbonífera/Costa Doce	62,90	63,90	1,00
Capital/Vale Gravataí	65,97	68,05	2,08
Sete Povos Missões	61,89	47,89	-14,00
Portal das Missões	54,83	43,41	-11,42
Diversidade	38,50	40,85	2,35
Fronteira Noroeste	39,26	27,53	-11,73
Caminho das Águas	60,94	37,52	-23,42
Alto Uruguai Gaúcho	61,34	48,66	-12,68
Planalto	52,75	48,09	-4,66
Araucárias	47,76	39,74	-8,02
Botucaraí	69,94	55,93	-14,01
Rota da Produção	37,17	35,24	-1,93
Sul	58,81	50,81	-8,00
Pampa	69,51	66,17	-3,35
Caxias e Hortênsias	61,16	52,50	-8,66
Campos de Cima Serra	67,47	59,96	-7,51
Vinhedos e Basalto	54,32	41,01	-13,31
Uva Vale	33,81	30,36	-3,46
Jacuí Centro	57,55	53,38	-4,17
Vinte e Oito	54,52	39,19	-15,34
Vales e Montanhas	53,70	46,74	-6,96
Vale da Luz	43,98	52,52	8,54
RS	59,25	56,55	-2,71

Fonte: Brasil (2015a).

Gráfico 3 – Variação do percentual de parto normal nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

Fonte: Brasil (2015a).

Já a taxa de mortalidade materna se mostrou oscilante no estado para esse período de tempo conforme podemos observar no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Taxa de mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul entre 2011 e 2014

Fonte: Brasil (2015b).

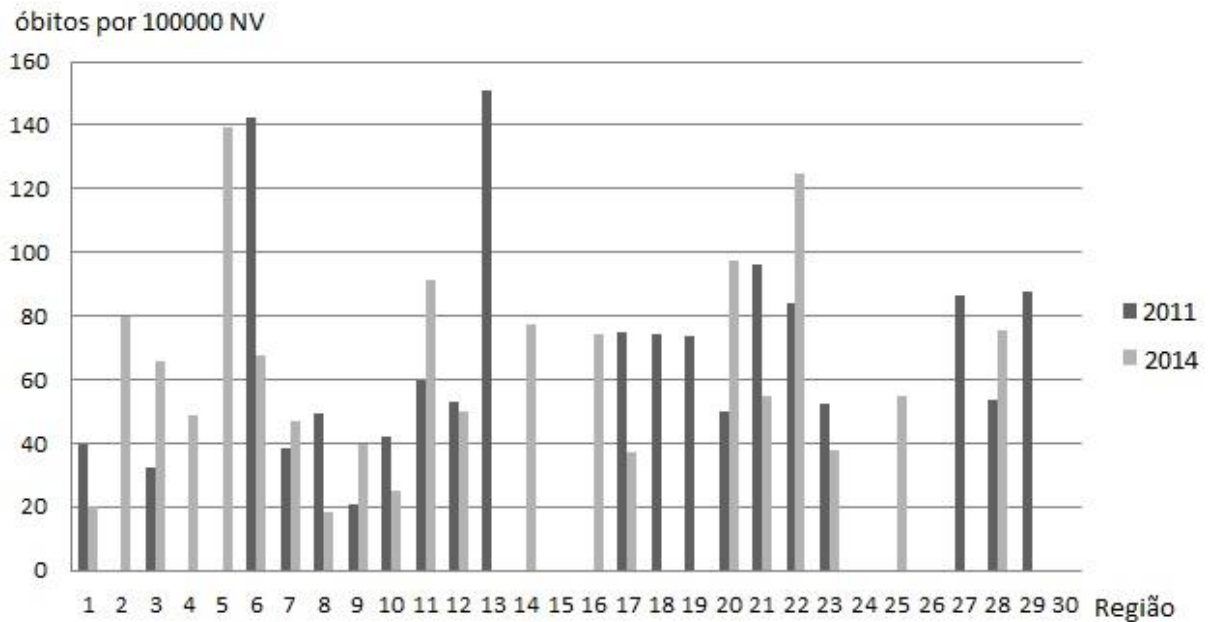
Através da Tabela 5 e do Gráfico 5, apresenta-se os dados de mortalidade materna por região de saúde e percebe-se que as elas também apresentaram variações diversas entre os anos de 2011 e 2014, dessa forma, não se pode definir algum padrão.

Tabela 5 – Taxa de mortalidade materna nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

Região de Saúde	Taxa de Mortalidade Materna 2011	Taxa de Mortalidade Materna 2014	Variação
Verdes Campos	39,48	20,21	-19,27
Entre Rios	0	79,81	79,81
Fronteira Oeste	32,09	65,93	33,84
Belas Praias	0	48,97	48,97
Bons Ventos	0	139,52	139,52
V.Paranhana/C. Serra	142,15	67,64	-74,51
Vale dos Sinos	38,49	46,76	8,27
Vale Caí/Metropolitana	49,51	18,26	-31,25
Carbonífera/Costa Doce	20,82	39,46	18,64
Capital/Vale Gravataí	42,11	25,16	-16,95
Sete Povos Missões	59,67	91,21	31,54
Portal das Missões	52,88	50,15	-2,73
Diversidade	151,11	0	-151,11
Fronteira Noroeste	0	77,46	77,46
Caminho das Águas	0	0	0
Alto Uruguai Gaúcho	0	74,1	74,1
Planalto	74,98	36,94	-38,04
Araucárias	74,29	0	-74,29
Botucaraí	73,8	0	-73,8
Rota da Produção	49,8	97,61	47,81
Sul	96,21	55,02	-41,19
Pampa	83,75	124,53	40,78
Caxias e Hortênsias	52,18	37,78	-14,4
Campos de Cima Serra	0	0	0
Vinhedos e Basalto	0	54,98	54,98
Uva Vale	0	0	0
Jacuí Centro	86,21	0	-86,21
Vinte e Oito	53,89	75,76	21,87
Vales e Montanhas	87,95	0	-87,95
Vale da Luz	0	0	0

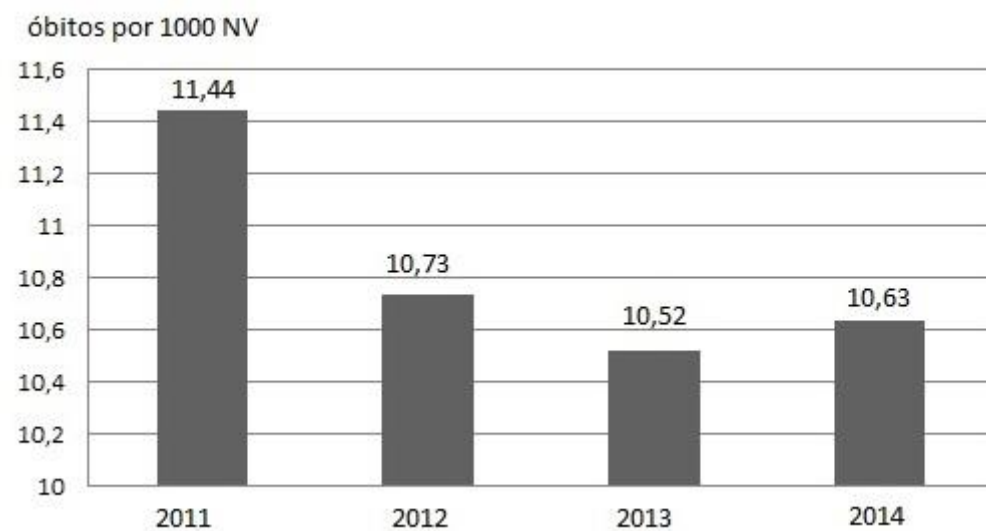
Fonte: Brasil (2015b).

Das 30 regiões, 13 melhoraram o indicador (Verdes Campos, V.Paranhana/C. Serra, Vale Caí/Metropolitana, Capital/Vale Gravataí, Portal das Missões, Diversidade, Planalto, Araucárias, Botucaraí, Sul, Caxias e Hortênsias, Jacuí Centro e Vales e Montanhas), 13 pioraram o razão de mortalidade materna (Entre Rios, Fronteira Oeste, Belas Praias, Bons Ventos, Vale dos Sinos, Carbonífera/Costa Doce, Sete Povos Missões, Fronteira Noroeste, Alto Uruguai Gaúcho, Rota da Produção, Pampa, Vinhedos e Basalto e Vinte e Oito) e 4 mantiveram a variação em zero (Caminho das Águas, Campos de Cima Serra, Uva Vale e Vale da Luz).

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade materna nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

Fonte: Brasil (2015b).

Por fim, ao observar o Gráfico 6 pode-se dizer que a mortalidade infantil apresenta um comportamento homogêneo de diminuição, sendo 11,44 em 2011 e 10,63 em 2014.

Gráfico 6 – Taxa de mortalidade infantil no Estado do Rio Grande do Sul entre 2011 e 2014

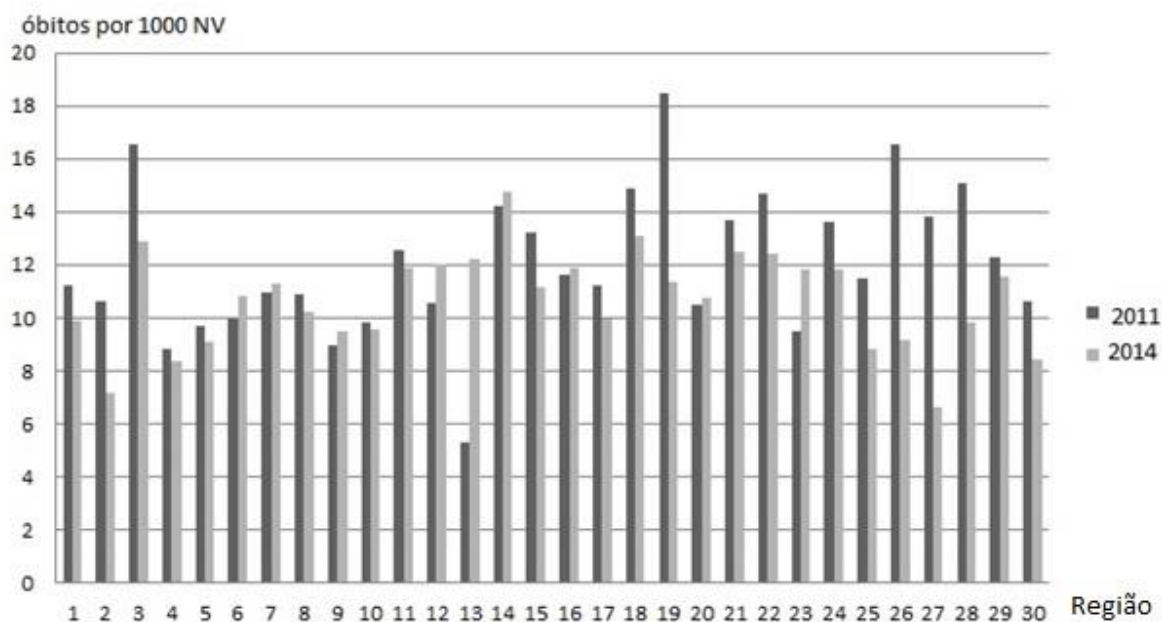
Fonte: Brasil (2015b).

Nota-se que a maioria das regiões de saúde acompanham o padrão de redução do estado, assim, 21 regiões apresentaram uma redução na taxa de mortalidade infantil conforme a Tabela 6 e o Gráfico 7.

Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

Região de Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil 2011	Taxa de Mortalidade Infantil 2014	Varição
Verdes Campos	11,25	9,9	-1,35
Entre Rios	10,6	7,18	-3,42
Fronteira Oeste	16,53	12,86	-3,67
Belas Praias	8,8	8,33	-0,47
Bons Ventos	9,71	9,07	-0,64
V.Paranhana/C. Serra	9,95	10,82	0,87
Vale dos Sinos	10,97	11,31	0,34
Vale Caí/Metropolitana	10,89	10,23	-0,66
Carbonífera/Costa Doce	8,95	9,47	0,52
Capital/Vale Gravataí	9,82	9,56	-0,26
Sete Povos Missões	12,53	11,86	-0,67
Portal das Missões	10,58	12,04	1,46
Diversidade	5,29	12,2	6,91
Fronteira Noroeste	14,24	14,72	0,48
Caminho das Águas	13,23	11,15	-2,08
Alto Uruguai Gaúcho	11,64	11,86	0,22
Planalto	11,25	9,97	-1,28
Araucárias	14,86	13,09	-1,77
Botucaraí	18,45	11,37	-7,08
Rota da Produção	10,46	10,74	0,28
Sul	13,66	12,47	-1,19
Pampa	14,66	12,45	-2,21
Caxias e Hortênsias	9,52	11,84	2,32
Campos de Cima Serra	13,6	11,83	-1,77
Vinhedos e Basalto	11,46	8,8	-2,66
Uva Vale	16,55	9,15	-7,4
Jacuí Centro	13,79	6,65	-7,14
Vinte e Oito	15,09	9,85	-5,24
Vales e Montanhas	12,31	11,54	-0,77
Vale da Luz	10,62	8,4	-2,22

Fonte: Brasil (2015b).

Gráfico 7 – Taxa de mortalidade infantil nas regiões de saúde entre 2011 e 2014

Fonte: Brasil (2015b).

Finalizando esta primeira análise descritiva a Tabela 7 mostra a comparação dos indicadores analisados neste trabalho, diferenciando as regiões que estavam com o seu plano de ação aprovado e consequentemente receberam algum tipo de financiamento do programa RC (6 regiões) e aquelas que não tiveram incentivos financeiros específicos do programa RC (24 regiões).

Tabela 7 – Resultados dos indicadores selecionados em 2011 e 2014 conforme presença ou não de incentivo financeiro da RC

Região de Saúde	Incentivo financeiro	%Parto Normal 2011	%Parto Normal 2014	Variação	Taxa de Mortalidade Materna 2011	Taxa de Mortalidade Materna 2014	Variação	Taxa de Mortalidade Infantil 2011	Taxa de Mortalidade Infantil 2014	Variação	%Ocorrência regional	%Ocorrência regional	Variação
Verdes Campos	Não	55,54	59,36	3,82	39,48	20,21	-19,3	11,25	9,9	-1,4	1,38	0,97	-0,4
Entre Rios	Não	63,48	57,27	-6,21	0	79,81	79,81	10,6	7,18	-3,4	16	25,07	9,07
Fronteira Oeste	Não	52,62	52,53	-0,09	32,09	65,93	33,84	16,53	12,86	-3,7	2,1	2,05	-0,1
Belas Praias	Sim	53,16	50,60	-2,56	0	48,97	48,97	8,8	8,33	-0,5	11,37	12,07	0,7
Bons Ventos	Sim	62,87	58,67	-4,20	0	139,52	139,5	9,71	9,07	-0,6	16,65	15,74	-0,9
V.Paranhana/C. Serra	Não	48,95	47,30	-1,65	142,15	67,64	-74,5	9,95	10,82	0,87	13,51	12,64	-0,9
Vale dos Sinos	Sim	63,73	64,79	1,05	38,49	46,76	8,27	10,97	11,31	0,34	8,08	12,06	3,98
Vale Caí/Metropolitana	Sim	59,60	64,29	4,69	49,51	18,26	-31,3	10,89	10,23	-0,7	15,63	11,54	-4,1
Carbonífera/Costa Doce	Sim	62,90	63,90	1,00	20,82	39,46	18,64	8,95	9,47	0,52	59,82	56,69	-3,1
Capital/Vale Gravataí	Sim	65,97	68,05	2,08	42,11	25,16	-17	9,82	9,56	-0,3	0,26	0,37	0,11
Sete Povos Missões	Não	61,89	47,89	-14,00	59,67	91,21	31,54	12,53	11,86	-0,7	2,03	1,25	-0,8
Portal das Missões	Não	54,83	43,41	-11,42	52,88	50,15	-2,73	10,58	12,04	1,46	4,77	2,95	-1,8
Diversidade	Não	38,50	40,85	2,35	151,11	0	-151	5,29	12,2	6,91	1,72	3,7	1,98
Fronteira Noroeste	Não	39,26	27,53	-11,73	0	77,46	77,46	14,24	14,72	0,48	2,55	1,34	-1,2
Caminho das Águas	Não	60,94	37,52	-23,42	0	0	0	13,23	11,15	-2,1	5,12	4,08	-1
Alto Uruguai Gaúcho	Não	61,34	48,66	-12,68	0	74,1	74,1	11,64	11,86	0,22	4,33	3,6	-0,7
Planalto	Não	52,75	48,09	-4,66	74,98	36,94	-38	11,25	9,97	-1,3	22,39	21,3	-1,1
Araucárias	Não	47,76	39,74	-8,02	74,29	0	-74,3	14,86	13,09	-1,8	12,89	11,63	-1,3
Botucaraí	Não	69,94	55,93	-14,01	73,8	0	-73,8	18,45	11,37	-7,1	14,29	27,8	13,5
Rota da Produção	Não	37,17	35,24	-1,93	49,8	97,61	47,81	10,46	10,74	0,28	69,81	72,77	2,96
Sul	Não	58,81	50,81	-8,00	96,21	55,02	-41,2	13,66	12,47	-1,2	1,31	1,42	0,11
Pampa	Não	69,51	66,17	-3,35	83,75	124,53	40,78	14,66	12,45	-2,2	0,86	1,8	0,94
Caxias e Hortênsias	Não	61,16	52,50	-8,66	52,18	37,78	-14,4	9,52	11,84	2,32	0,75	1,28	0,53
Campos de Cima Serra	Não	67,47	59,96	-7,51	0	0	0	13,6	11,83	-1,8	4,62	4,91	0,29
Vinhedos e Basalto	Não	54,32	41,01	-13,31	0	54,98	54,98	11,46	8,8	-2,7	4,44	5,54	1,1
Uva Vale	Não	33,81	30,36	-3,46	0	0	0	16,55	9,15	-7,4	12,19	14,62	2,43
Jacuí Centro	Não	57,55	53,38	-4,17	86,21	0	-86,2	13,79	6,65	-7,1	9,49	4,05	-5,4
Vinte e Oito	Não	54,52	39,19	-15,34	53,89	75,76	21,87	15,09	9,85	-5,2	11,83	4,62	-7,2
Vales e Montanhas	Não	53,70	46,74	-6,96	87,95	0	-88	12,31	11,54	-0,8	3,12	8,36	5,24
Vale da Luz	Não	43,98	52,52	8,54	0	0	0	10,62	8,4	-2,2	13,57	6,09	-7,5

Fonte: Brasil (2015a, 2015b).

A partir dos dados apresentados na Tabela 7, percebe-se que há um comportamento aleatório das taxas de mortalidade (tanto infantil como materna) e do percentual regionalização entre as regiões com e sem financiamento do programa RC. No entanto, nota-se que as regiões que contaram com incentivo financeiro apresentaram, em sua maioria, uma melhora no percentual de partos normais enquanto as demais regiões diminuíram este indicador.

6.2 Análise Estatística

A segunda etapa de avaliação teve como objetivo analisar se existia alguma significância estatística entre: os valores indicadores do antes (2011) e depois (2014) do programa RC no estado do Rio Grande do Sul como um todo, a variação desses indicadores entre as regiões que recebiam ou não algum tipo de financiamento e a correlação dos indicadores entre eles mesmos.

Para a realização desta análise as variáveis foram descritas por média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Para avaliar se as variáveis possuem distribuição normal foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk.

A comparação dos anos (2011 versus 2014) utilizou-se do teste de Wilcoxon. Para comparar variação 2014-2011 foi utilizado o teste de Mann-Whitney ou teste t de student, dependendo da distribuição da variável. Para avaliar correlação entre variáveis foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Por fim, o nível de significância adotado foi de 5%. As Tabelas 8, 9 e 10 que apresentam os principais resultados.

Percebe-se que há uma diferença significativa ($p < 0,008$) em relação ao total de partos normais no estado do RS durante o período avaliado, sendo que a média desse procedimento diminuiu de 1664,4 para 1596,0 (Tabela 8). Seguindo a mesma tendência o número de partos normais regionais também diminuiu significativamente ($p < 0,010$), assim como, o aumento de cesáreas regionais também foi significativo ($p < 0,031$).

Ressalta-se, ainda, que taxa de mortalidade infantil estadual diminuiu de uma média de 12 óbitos para cada 1000 nascidos vivos em 2011 para 10,7 óbitos por nascidos vivos em 2014 com uma significância de 0,016 (Tabela 8).

No entanto, o interessante desta análise foi observar que há uma diferença significativa em relação à variação do percentual de partos normais entre os grupos que receberam algum tipo de financiamento e aqueles sem qualquer recurso de incentivo ($p < 0,013$). Desta forma, o grupo que recebeu financiamento teve uma variação positiva com aumento de parto normal, enquanto aqueles que não contaram com incentivo financeiro tiveram uma variação negativa. Ou seja, em um cenário no qual o estado piorava seu percentual de partos normais o grupo de regiões com incentivo financeiro para o componente parto/nascimento conseguiu, em sua maioria, melhorar seu indicador de parto normal (Tabela 9).

Por fim, testou-se a possibilidade de correlação entre a variação dos indicadores, ou seja, a correlação entre a variação da regionalização e a variação de partos normais,

mortalidade e mortalidade infantil; a correlação entre variação de partos normais e a variação da mortalidade materna e mortalidade infantil. Contudo, não foi observada nenhuma correlação significativa entre essas variáveis analisadas (Tabela 10).

Tabela 8 – Comparação dos indicadores estaduais no ano de 2011 e 2014

	2011						2014						Valor p*
	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	
Total de partos	30	2808,8	1514,5	3848,29	457,0	20863,0	30	2822,4	1503,5	3858,44	476,0	21007,0	0,781
Partos regionais	30	2569,3	1372,0	3833,39	320,0	20808,0	30	2588,6	1352,5	3837,61	272,0	20929,0	0,510
Partos extrarregionais	30	239,5	92,5	403,70	13,0	1959,0	30	233,9	92,0	370,31	18,0	1754,0	0,696
Total de parto normal (PN)	30	1664,4	876,0	2534,20	201,0	13764,0	30	1596,0	714,0	2636,21	250,0	14296,0	0,008
PN regionais	30	1547,1	786,0	2525,15	162,0	13732,0	30	1479,3	670,5	2613,50	121,0	14246,0	0,010
PN extrarregionais	30	117,2	34,5	237,29	7,0	1240,0	30	116,7	34,5	221,95	6,0	1115,0	0,854
% de partos extrarregionais	30	11,6	6,6	15,73	0,3	69,8	30	11,7	5,2	16,27	0,4	72,8	0,734
Total de cesáreas	30	1144,5	657,5	1330,25	202,0	7099,0	30	1226,4	844,5	1259,48	226,0	6711,0	0,051
Cesáreas regionais	30	1022,2	539,5	1322,90	158,0	7076,0	30	1109,2	714,0	1261,75	151,0	6683,0	0,031
Cesárias extrarregionais	30	122,3	47,0	177,49	6,0	719,0	30	117,2	56,0	159,46	12,0	639,0	0,711
Taxa de mortalidade materna	30	45,4	45,8	42,54	0,0	151,1	30	44,2	43,1	39,61	0,0	139,5	0,990*
Taxa de mortalidade infantil	30	12,0	11,4	2,75	5,3	18,5	30	10,7	11,0	1,83	6,7	14,7	0,016**

*Valor p para o teste de Wilcoxon

**Valor p para o teste t de student

Fonte: Brasil (2015b).

Tabela 9 – Comparação da variação (2011-2014) dos indicadores entre as regiões de saúde que receberam ou não financiamento

	Com financiamento						Sem financiamento						Valor p*
	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	n	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	
Variação do % de partos extraterritoriais	6	-0,6	-0,4	2,90	-4,1	4,0	2	0,4	-0,2	4,46	-7,5	13,5	0,705
Variação Taxa de mortalidade infantil	6	-0,2	-0,4	0,51	-0,7	0,5	2	-1,6	-1,6	3,19	-7,4	6,9	0,073
Variação Taxa de mortalidade materna	6	27,9	13,5	61,4	-31,3	139,5	2	-8,4	0,0	60,4	-151,1	79,8	0,347
Variação do % de partos normais	6	0,3	1,0	3,22	-4,2	4,7	2	-6,9	-7,2	7,05	-23,4	8,5	0,013

*Valor p para o teste de Mann-Whitney

Fonte: Brasil (2015b).

Tabela 10 – Avaliação da correlação entre os indicadores

		Variação do % de partos extraterritoriais	Variação Taxa de mortalidade infantil	Variação Taxa de mortalidade materna	Variação do % de partos normais
Variação do % de partos extraterritoriais	Correlação	1,000	-,027	,071	-,007
	valor p	.	,886	,708	,970
Variação Taxa de mortalidade infantil	Correlação	-,027	1,000	-,035	,204
	valor p	,886	.	,853	,278
Variação Taxa de mortalidade materna	Correlação	,071	-,035	1,000	-,185
	valor p	,708	,853	.	,328
Variação do % de partos normais	Correlação	-,007	,204	-,185	1,000
	valor p	,970	,278	,328	.

*Valor p para o teste de correlação Spearman

Fonte: Brasil (2015b).

6-3 Análise do Programa

O programa Rede Cegonha foi implantado com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção e o cuidado na linha materno-infantil como um todo, e desta forma, objetiva a melhoria de diversos indicadores e, conseqüentemente, ter impacto na situação de saúde materno-infantil. No entanto, este trabalho focou-se na avaliação do componente parto/nascimento que, por sua vez, investe em estruturas físicas (como UTI neonatal e leitos de alto risco) que podem auxiliar nas questões de mortalidade, mas que também exige em contrapartida a uma mudança no processo de trabalho para que o parto ocorra da forma natural, sempre que possível, já que as taxas de cesarianas já ultrapassaram a 50% dos partos no SUS no país.

Conforme os resultados acima, o investimento na proposta da RC não resultou na melhoria de regionalização, mas é necessário ressaltar que o programa não concentrou esforços na organização das redes de atenção e organização da regionalização. Soma-se a isso, o fato de que apenas seis das trinta regiões do estado contaram com planos de ação e incentivo financeiros, e estas regiões não foram aquelas que apresentam maior ocorrência de partos sendo realizados fora da região de residência das mães. Cabe destacar que das trinta regiões do estado três regiões em 2011 e cinco regiões em 2014 apresentam indicadores que sinalizam para insuficiência de capacidade de realização do parto na própria região.

Observou-se uma melhora na taxa de mortalidade infantil e nenhuma alteração significativa na taxa de mortalidade materna. Porém, não se pode afirmar que tal fato é um impacto do programa, pois a mortalidade é multifatorial e, além disso, avaliamos apenas uma parte do programa que não incluía o pré-natal. Assim, as taxas de mortalidades maternas e infantis nos servem como um analisador de cenário onde o programa ocorre, mas não como resultado direto do mesmo.

O percentual de parto normal diminuiu significativamente entre 2011 e 2014 para o estado, significando aumento das taxas de cesáreas. No entanto, quando dividimos o estado em regiões com e sem plano de ação aprovado, ou seja, aquela com ou sem financiamento para a componente parto/nascimento, nota-se que as regiões que receberam incentivo financeiro tiveram uma melhora significativa no seu percentual de partos normais com relação às regiões não financiadas. Isso pode ser explicado pelo fato de que, embora os recursos fossem voltados para ambiência da maternidade, UTIs e leitos de gestante de alto risco, o repasse esteve sempre vinculado a um plano de redução de cesárea e realização das chamadas “boas práticas no parto e nascimento”.

Nota-se, dessa forma, que a vinculação do repasse de incentivos financeiros com a melhora de indicadores específicos pode resultar de em uma alteração dos processos de saúde desenvolvidos por determinado serviço ou território, contudo, não tem força suficiente para modificar o seu entorno em um período de tempo conforme o aqui analisado. Assim, como poucas regiões de saúde estavam envolvidas nesse componente do programa, os resultados locais não foram suficientes para um impacto no cenário de saúde do Estado.

Portanto, no contexto em que a questão do elevado percentual de cesarianas representa-se como situação problemática no estado, é dada uma orientação normativa para o aumento do percentual de partos normais. Investiram-se recursos para a melhoria da infraestrutura e do processo de trabalho dos serviços com exigência de metas de redução. Com este trabalho, podemos avaliar que essa intervenção resultou em efeitos positivos para o alcance dos objetivos proposto pelo programa nos locais que aderiram ao incentivo financeiro do componente parto/nascimento causando um impacto positivo na região. No entanto isto não causou impacto na situação de saúde problemática para todo o estado, já que foram poucas as regiões que receberam incentivo financeiro.

7 CONCLUSÃO

Considerando que esta análise restringiu-se a um componente do programa RC e utilizou-se apenas das variáveis existentes nos sistemas de informação aberto, pode-se, ainda assim, concluir que investimentos no componente parto/nascimento da Rede Cegonha impacta positivamente para a redução do percentual de cesarianas nas regiões que recebem incentivo financeiro do programa. No entanto, é necessário um esforço para que o número de regiões contempladas pelo o programa seja de tamanho suficiente para causar impacto no estado como um todo.

Com os resultados da análise comparativa realizada neste estudo, também é possível identificar as regiões que apresentam resultados piores em relação aos indicadores analisados, quais sejam: regionalização do parto, taxas de parto normal, mortalidade infantil e mortalidade materna, o que pode orientar as necessidades de apoio e investimentos para qualificar a atenção materno infantil no estado. Portanto, estudos como este são importantes para avaliação de programas e para direcionar investimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, v. 134, n. 201, out. 1996. Seção 1, p. 21.082-21.085.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, versão de 2012. **Saúde**: Ministério da Saúde (*online*). Brasília, DF, Conselho Nacional da Saúde, 2012. Revisão. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 23 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. DataSUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 11 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. DataSUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun2011a. Seção 1, p. 109-111.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 MS/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. **Ministério da Saúde**: Biblioteca Virtual da Saúde (*online*). Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

Ministério da Saúde: Biblioteca Virtual da Saúde (*online*). Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de junho de 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23 set. 2015.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, set. 2005 .

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, nov. 2014.

FLEURY, S. M. T.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

GIOVANI, M. **Rede cegonha:** da concepção à implantação. 2013. 99 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, DF, 2013.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 50-55. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, out. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:** el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

PEREIRA, M. G. Mortalidade. *In: Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 105-143.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, 2013.

SANTOS, I.; CLOS, A. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. *In: GAUTHIER, J. H. M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. P. 1-17.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. *In: SILVA, S.F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.