

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dayane Aparecida Alves

**Análise da implementação e expansão da Rede Cegonha  
nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais**

Belo Horizonte  
2021

Dayane Aparecida Alves

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E EXPANSÃO DA REDE CEGONHA  
NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, planejamento e avaliação em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha

Belo Horizonte  
2021

Alves, Dayane Aparecida.

A474a

Análise da implementação e expansão da Rede Cegonha nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais [manuscrito]. / Dayane Aparecida Alves. - - Belo Horizonte: 2021.

102f.: il.

Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.

Coorientador (a): Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Enfermagem Materno-Infantil. 3. Atenção à Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Noronha, Kenya Valeria Micaela de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 310

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

# ATA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

## ATA DE NÚMERO 54 (CINQUENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DAYANE APARECIDA ALVES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 15 (quinze) dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO E EXPANSÃO DA REDE CEGONHA NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS", da aluna *Dayane Aparecida Alves*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Professora Mirela Castro Santos Camargos, Professora Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora Keli Bahia Felicíssimo Zocratto e Luiza de Marilac de Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
- APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

**Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2021.**

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos  
Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha  
Coorientadora (UFMG)

Profª. Drª. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto  
Membro Titular (UFMG)

Drª. Luiza de Marilac de Souza  
Membro Titular (Fundação João Pinheiro)

Davidson Luis Braga Lopes



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 21/12/2021, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora do Magistério Superior**, em 21/12/2021, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Keli Bahia Felicissimo Zocratto, Chefe de departamento**, em 22/12/2021, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiza de Marilac de Souza, Usuário Externo**, em 23/12/2021, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 23/12/2021, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1149860** e o código CRC **0CDFB841**.

## RESUMO

O Ministério da Saúde lançou, em 2011, uma estratégia estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, a Rede Cegonha. Esta rede temática tem por objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, dando ênfase ao componente neonatal e implementando novo modelo de atenção ao parto, à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da população de zero aos 24 meses. O Estado de Minas Gerais aderiu à Rede Cegonha no ano de 2011 e, desde então, sua implementação vem ocorrendo de forma gradativa. Do ponto de vista da gestão, ainda existem algumas lacunas como a identificação dos equipamentos de saúde, a avaliação dos recursos de investimento e de custeio repassados aos municípios e instituições, e a análise do alcance dos objetivos propostos pela política desde sua implementação. O presente estudo justifica-se pela necessidade de uma análise da implementação e expansão da Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais. Tal necessidade é reconhecida no cotidiano de trabalho na Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG). Nessa perspectiva, a relevância do estudo está na possibilidade de proporcionar reflexão sobre os avanços e desafios no atendimento de gestantes, crianças e puérperas e, então, contribuir para formulação de políticas públicas com ações eficientes voltadas para esta temática. Para avaliar os resultados do programa, realizou-se um resgate histórico por meio de uma análise documental e analisaram-se indicadores assistenciais relacionados à temática. Os resultados da pesquisa demonstraram que melhorias nos indicadores ocorreram no período, mas que ainda há alguns desafios a serem sanados para que todos os objetivos da Rede Cegonha sejam alcançados na íntegra.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha, Materno-Infantil, Redes de Atenção à Saúde e Avaliação.

## ABSTRACT

As a strategy to structure and organize the country's maternal and child health care in 2011, the Brazilian Ministry of Health launched the Rede Cegonha. This thematic network aims to reduce maternal and child mortality, emphasizing the neonatal component and implementing a new model of childbirth care, women's and child's health, focusing on care during childbirth, birth, child growth and development from zero to 24 months. The State of Minas Gerais joined the Rede Cegonha in 2011 and, since then, it has been gradually implemented in the state. From a management point of view, there are still some gaps that need attention such as the identification of health equipment, investment and cost resources evaluation transferred to municipalities and institutions, and analysis of the objectives' scope proposed by this policy since its implementation. This study is justified by the need to analyze the implementation and expansion of Rede Cegonha in the State of Minas Gerais. This necessity is recognized in the daily work at the State Health Department of the State of Minas Gerais (SES-MG). From this perspective, this study aims to provide reflection on advances and challenges in the care of pregnant women, children and postpartum women and, then, contributing to providing public policies with efficient actions.. To assess the results of the program, we performed a historical review through document analysis and care indicators related.. The survey results showed us that the improvements in the indicators occurred during the studied period, but that there are still some challenges to be solved so that all the objectives of Rede Cegonha are fully achieved.

Keywords: Cegonha Network, Maternal-Infant, Health Care and Evaluation Networks.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	-	Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
APS	-	Atenção Primária à Saúde
BLH	-	Banco de Leite Humano
CAGEP	-	Casa de Gestante e Puérpera
CGBP	-	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CPN	-	Centro de Parto Normal
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
GAR	-	Gestação de Alto Risco
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
ODS	-	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PAR	-	Plano de Ação Regional
PCLH	-	Posto de Coleta de Leite Humano
PDR	-	Plano Diretor Regional
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
SES/MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH	-	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	-	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TMI	-	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UCINCa	-	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo	-	Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## LISTA DE QUADROS E FIGURA

<b>Quadro 1</b> – Detalhamento de ações por componente da Rede Cegonha .....	22
<b>Quadro 2</b> – Relação de indicadores assistenciais, método de cálculo e fonte de informação .....	30
<b>Quadro 3</b> – Linha do tempo com as publicações de portarias do Ministério da Saúde e resoluções/deliberações da SES/MG referentes à implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais entre 2011 e 2020 .....	32
<b>Quadro 4</b> – Portarias com transferência de recursos federais para o componente I – pré-natal da Rede Cegonha de 2012 a 2020 .....	34
<b>Quadro 5</b> – Portarias de expansão da Rede Cegonha publicadas em 2016 e macrorregião de saúde contemplada .....	36
<b>Figura 1</b> – Principais marcos da Rede Cegonha em Minas Gerais de 2011 a 2020 .....	38
<b>Quadro 6</b> – Instituições beneficiárias da Rede Cegonha em Minas Gerais por macrorregião de saúde, município e ano de contemplação .....	41

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Detalhamento dos documentos estaduais encontrados relativos à Rede Cegonha.....	297
<b>Tabela 2</b> – Distribuição das instituições e microrregiões de saúde contempladas pela Rede Cegonha (RC), segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020 .	475
<b>Tabela 3</b> – Repasse de recursos estaduais e federais da Rede Cegonha em Minas Gerais, de 2012 a 2020.....	508
<b>Tabela 4</b> – Valor e percentual de recurso federal e estadual repassado por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020.....	50
<b>Tabela 5</b> – Comparativo entre leitos/componentes habilitados e qualificados pela Rede Cegonha, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Tabela 6</b> – Comparativo entre instituições para atendimento a gestantes de alto risco (GAR) e instituições Rede Cegonha, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020 .....	575
<b>Tabela 7</b> – Evolução da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	608
<b>Tabela 8</b> – Evolução da proporção de nascidos vivos de mães adolescentes por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2019 .....	60
<b>Tabela 9</b> – Evolução do percentual de casos de sífilis congênita por macrorregião de Saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	642
<b>Tabela 10</b> – Evolução da Taxa de cesárea por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	675
<b>Tabela 11</b> – Evolução da Taxa de mortalidade infantil por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	697

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Evolução da quantidade de instituições contempladas pela Rede Cegonha em Minas Gerais de 2011 a 2020 .....	464
<b>Gráfico 2</b> – Percentual de microrregiões com cobertura da Rede Cegonha, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020.....	497
<b>Gráfico 3</b> – Comparativo de nascidos vivos totais e nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, em Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	597
<b>Gráfico 4</b> – Evolução do percentual de nascidos vivos de mães adolescentes em Minas Gerais, entre 2008 e 2020.....	619
<b>Gráfico 5</b> – Evolução do percentual de sífilis congênita em Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	631
<b>Gráfico 6</b> – Evolução da Taxa de cesárea em Minas Gerais, entre 2008 e 2020.....	664
<b>Gráfico 7</b> – Evolução da taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, entre 2008 e 2020 .....	686

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 As Redes de Atenção no Brasil</b> .....	17
<b>2.2 Rede materno infantil – Rede Cegonha</b> .....	22
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais</b> .....	28
<b>3.2 Evolução da Rede Cegonha em Minas Gerais</b> .....	30
<b>3.3 Indicadores assistenciais</b> .....	31
<b>3.4 Aspectos Éticos em Pesquisa</b> .....	32
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1 A implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais</b> .....	33
<b>4.2 Evolução da Rede Cegonha em Minas Gerais</b> .....	42
<b>4.2.1 Evolução das instituições contempladas pela Rede Cegonha em Minas Gerais</b> .....	42
<b>4.2.2 Repasse de recurso para as instituições beneficiárias</b> .....	49
<b>4.2.3 Leitos para assistência obstétrica e neonatal</b> .....	53
<b>4.3 Indicadores assistenciais</b> .....	58
<b>4.3.1 Indicadores de acesso e qualidade</b> .....	58
<b>4.3.2 Indicador de atenção ao parto</b> .....	65
<b>4.3.3 Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)</b> .....	67
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>

## APRESENTAÇÃO

Iniciei os estudos na área da saúde, fazendo o curso técnico em enfermagem e, durante o curso, surgiu o interesse pela saúde da mulher e pela gestão em saúde. Cursei a graduação em Gestão em Serviços de Saúde. Minha trajetória acadêmica deu sequência a meu percurso profissional e desenvolvi atividades inerentes à gestão em saúde na Coordenação Materno Infantil da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Entre os anos de 2013 e 2020, fui referência técnica do Programa Rede Cegonha e assessora técnica especializada da coordenação. As principais atividades desenvolvidas eram: auxiliar a coordenação nas demandas internas; substituir a chefia em férias e em ausências rotineiras; conduzir as reuniões da Coordenação e do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha; coordenar as ações de alinhamento das diretrizes da Rede Cegonha junto ao Ministério da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais-COSEMS/MG; atuar na elaboração de Planos de Ação Regional da Rede Cegonha; monitorar os indicadores, projetos e processos em sistemas de informação em saúde; participar do planejamento de políticas públicas voltadas à saúde das mulheres e crianças; ser referência para condução do Plano Decenal de Políticas para as Mulheres 2019/2029, sendo a responsável indicada para representar a SES/MG; realizar visitas técnicas nas maternidades do Estado de Minas Gerais e monitorar a assistência nas instituições que recebem recursos da Rede Cegonha; conduzir estudos de necessidades de leitos da Rede Materno Infantil; emitir pareceres para habilitação de leitos neonatais; acompanhar pagamentos de prestadores e municípios; tabular dados em sistemas de informação em saúde; e elaborar documentos técnicos, resoluções e deliberações.

O tema do presente estudo foi diretamente relacionado às atividades e funções desenvolvidas como referência do programa. Porém, em abril de 2020, aceitei novo desafio profissional, fui desligada do quadro de colaboradores da SES/MG para ser Gerente de Projetos e conduzir um estudo de viabilidade técnica e econômica para

construção de um hospital nos moldes de Parceria Público Privada. Paralelo a esta experiência, fiquei também como referência técnica na Coordenação de Saúde das Mulheres e Perinatal do município de Belo Horizonte. Atualmente, não desenvolvo atividades relacionadas à temática do trabalho e que envolvam diretamente as ações propostas pela Rede Cegonha, pois minhas funções são relacionadas ao processo de cadastro e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde.

Será entregue, como planejamento futuro, uma cópia do estudo e do Produto Técnico para os gestores da SES/MG e para o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Além da entrega, será proposta uma oficina conjunta para se discutirem os resultados por macrorregião de saúde. Deixarei contatos e ficarei à disposição para apresentar os produtos, participar de discussões, relacionadas aos encaminhamentos, e de estratégias para utilização constante do instrumento de monitoramento proposto. Além disso, pretendo apresentar o estudo em eventos acadêmicos e científicos.

## 1. INTRODUÇÃO

As taxas e as causas de mortalidade materna e infantil estão entre os indicadores mais sensíveis para mensurar o desenvolvimento de uma sociedade. Nesse caso, altas taxas configuram-se como uma violação aos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública (COSTA *et al.*, 2021). Assim, a redução desses indicadores é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador sensível para avaliar os impactos de programas e intervenções na assistência obstétrica e neonatal (PEREIRA *et al.*, 2021). Apesar dos avanços globais nesse indicador, a análise da causalidade dos óbitos aponta para a necessidade real de se investir em estratégias e intervenções específicas. Por outro lado, a avaliação da morte materna possibilita, entre outros aspectos, estimar as inequidades (LAURENTI *et al.*, 2004).

Reivindicações para melhorias no trato da saúde materno-infantil começaram a ser pautadas na década de 1970, após interferência dos movimentos sociais e, desde então, os direitos à proteção começaram a ser regulamentados. No início dos anos 1980, a regulamentação sobre o alojamento conjunto, local de internação onde a mãe e o bebê saudável ficam juntos em tempo integral, fortalecia as ações e estratégias para ampliar os laços maternos com o recém-nascido. Em 1983, como consequência do movimento sanitário, foi implementado o Programa de Atenção integral à Saúde da Mulher (PAISM) que abordava questões relacionadas à gestação, parto e puerpério, considerando a saúde da mulher em sua totalidade (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Mesmo diante do subfinanciamento, até os anos 2000, pequenos avanços ocorreram na atenção à saúde das mulheres e crianças. Em 2000, destaca-se a implantação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN). Esse programa tem como objetivo reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, envolvendo ações e estratégias

dos entes federados e assegurando a integralidade da assistência com previsão de financiamento para investimentos e custeio (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Nos anos seguintes, a discussão de um modelo de atenção, que atendesse as demandas das condições crônicas, fortaleceu-se em muitos países, inclusive no Brasil. Desse modo, o cuidado integral e o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) ganha papel de destaque, redirecionando a assistência à saúde para uma estrutura integrada, com foco no fortalecimento das ações de prevenção e promoção. Nessa proposta, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a APS sendo ordenadora e coordenadora do cuidado (PEITER *et al.*, 2019).

Com o fortalecimento das ações de humanização e as RAS estabelecidas, a Rede Cegonha foi implementada em 2011, tendo como um dos principais focos o acesso com dignidade pelas gestantes. Viabilizando melhorias na assistência ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e assegurando acesso aos serviços de qualidade. Essa Rede prevê novas fontes de financiamento para manutenção de serviços e para a incorporação de novas tecnologias no cuidado ofertado (BRASIL, 2011).

Outro ponto abordado pela Rede Cegonha é a redução da razão de morte materna e da mortalidade infantil (BRASIL, 2017). Tal objetivo também foi contemplado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015 (Objetivo 3: Saúde e bem-estar). Os ODS compõem a Agenda 2030 e compreendem 17 objetivos e 169 metas que deverão ser alcançados por todos os países pactuantes entre 2016 a 2030.

Nos últimos anos, o Brasil observou melhorias expressivas nos níveis de mortalidade infantil. Dados do IBGE mostram que a TMI, no Brasil, passou de 69,1 em cada mil nascidos vivos, em 1980, para 11,9 em 2019. Em Minas Gerais, em 2019, a TMI era de 11,4 (SIM/DATASUS, 2021). Apesar dos ganhos observados no país e no Estado de Minas Gerais, os níveis de mortalidade infantil ainda superam



os de países de renda mais elevada (KROPIWIEC *et al.*, 2017). Dessa forma, reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das mulheres, além de ser um dos ODS, também são prioridades do Ministério da Saúde e do governo de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015; BRASIL, 2018a, BRASIL, 2018b).

Este trabalho teve por objetivo geral analisar a implementação da Política de Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha) em Minas Gerais de 2011 a 2020. Mais especificamente, procurou-se avaliar, por meio de um levantamento dos documentos regulatórios, a implementação da Rede Cegonha no Estado e sua evolução. A pesquisa documental incluiu a busca por portarias ministeriais e deliberações e resoluções estaduais. A síntese dos documentos encontrados permitiu traçar uma linha do tempo da implementação e evolução da Rede de Cegonha em Minas Gerais. Além disso, foi possível identificar as instituições contempladas pelo programa e rastrear os repasses de recursos federais e estaduais. A análise foi realizada tendo como unidade de análise a macrorregião de saúde.

Finalmente, foram analisados indicadores relacionados à qualidade do cuidado materno infantil e sua evolução entre 2008 e 2020, cobrindo um período antes e após a implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais. O entendimento da evolução dessa Rede permitiu detectar regiões em que a sua implementação ainda se encontra incipiente. Destaca-se ainda que, investigações como as do presente estudo possuem o potencial de instrumentalizar as discussões pela manutenção e incremento nos programas existentes. Além disso, permitiu gerar um banco de dados inéditos com o histórico dos instrumentos regulatórios da Rede Cegonha em Minas Gerais e suas principais medidas.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 As Redes de Atenção no Brasil

No Brasil, a assistência ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como proposta a construção de sistemas integrados de saúde e é organizada para funcionar por meio das redes (VIANA *et al.*, 2018). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. O sistema está organizado sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, em que todos os pontos de atenção possuem a mesma importância independente da complexidade do cuidado, e a concepção de hierarquia é substituída pela de Poliarquia (MENDES, 2011).

O processo de implementação das RAS no Brasil teve início no ano 2000, após publicação de legislação federal, com o objetivo de regionalizar o sistema de saúde (VIANA *et al.*, 2018). A partir de então, a ideia de região de saúde é atualizada pelo viés sanitário e torna-se premissa para direcionamento dos serviços e ações dentro de um mesmo território, podendo este ser inter-regional (SANTOS, 2017).

A região de saúde é a junção de municípios em um mesmo recorte territorial que tende a garantir a integralidade da atenção em pelo menos 90% das necessidades da população, ganhando escala e densidade tecnológica (SANTOS, 2017). Nessa perspectiva, a região possui características e serviços específicos, cuja principal finalidade é suprir as necessidades comuns dos municípios.

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (MENDES, 2011). De acordo com o autor, as RAS precisam ser estruturadas de forma a serem efetivas e ofertar serviços com qualidade, tendo, como princípio, os seguintes fundamentos:

economia de escala, suficiência e qualidade, acesso, disponibilidade de recursos, integração vertical e horizontal.

O Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, entre outras orientações, propõe que os serviços da rede tenham identificação semelhante de ações e serviços ofertados e que sejam organizados de modo a descomplicar o percurso assistencial entre os pontos de atenção (SANTOS, 2017).

É primordial, segundo Magalhães Júnior (2014), que os pontos de atenção sejam definidos, tenham sua missão assistencial conhecida e clareza na função do ordenador e facilitador dos fluxos regulatórios. Os fluxos regulatórios têm papel fundamental na defesa dos direitos dos usuários e no monitoramento do funcionamento da rede, pois instrumentalizam gestores no planejamento e na execução de intervenções.

As RAS fortalecem o SUS e se apresentam como oportunidade para a garantia do direito à saúde de forma integral, resolutiva e de qualidade (GONZAGA, FERREIRA, 2017). Portanto, o processo de implantação das RAS caracterizou-se como uma potencialidade para o SUS e contribuiu com o avanço da gestão pública na área da saúde. Além disso, as RAS otimizam os recursos disponíveis e são consideradas um fator de racionalização de gastos e de viabilidade para o aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em contrapartida, é preciso aprimorar o processo e ampliar os pactos de gestão para que sejam transparentes e com ações exequíveis.

Ademais, para desenvolver a integralidade da atenção e melhorar a qualidade de vida da população, é necessário a integração com outras políticas públicas, tais como: políticas da assistência social, da educação, da cultura e do esporte (GONZAGA, FERREIRA, 2017).

A qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, conforme Damasceno *et al.* (2020), é ampliada com a integração de serviços e sistemas de saúde, pois é possível garantir a integralidade do cuidado, melhorar a adesão ao tratamento, prevenir agravos e eventos adversos.

Para organização das RAS no país, após 10 anos de implementação da política, redes temáticas foram introduzidas e priorizadas. Entre elas, destacam-se a linha de cuidado da urgência e emergência, a materno-infantil, a de doenças crônicas, a de saúde mental e a de pessoa com deficiência (SANTOS-MELO *et al.*, 2018).

A partir do ano de 2011, cinco Redes Temáticas de Atenção à Saúde foram implementadas em âmbito federal e a adesão ficou a cargo dos Estados e Distrito Federal. O processo de adesão ocorreu após estudos epidemiológicos e de situações de saúde que demonstraram as regiões mais necessitadas do país, definindo os critérios de priorização (BRASIL, 2017).

No primeiro ano, após a publicação da Portaria que instituiu as RAS, foram implementadas: a Rede Cegonha, que tem por objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que visa reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, definindo fluxos e as referências adequadas; e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Em 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que tem como premissa criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para

peças com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Dois anos depois, em 2014, foi implementada a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Essa rede tem como objetivo estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com enfermidades crônicas, assim como definir conceitos importantes para a organização desta linha de cuidado.

O processo de conformação dessas redes apresentou fases distintas com pactuações específicas nas instâncias deliberativas do território. As fases que fazem parte do processo de instituição das RAS são: adesão e diagnóstico; desenho regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e certificação (SOUZA, SOUZA, 2018).

Albuquerque e Viana (2015) afirmaram que, naquele momento, na perspectiva de reformas universais, as RAS eram o alinhamento mais recente da política brasileira com as diretrizes internacionais. Além disso, em âmbito nacional, as RAS transformaram-se em consenso por suprir novo modelo de organização territorial do SUS e provocar a revisão regional de planejamento em saúde.

Conforme Nakata *et al.* (2020), não existe conceito que expresse, de forma total, as RAS em razão de sua abrangência e significado, fato esse que tem poder de influenciar na operacionalização, governança e avaliação de desempenho. As redes têm assumido um papel estratégico para minimizar a fragmentação do cuidado em saúde em diversos países. Desde a sua implementação, avanços importantes vêm sendo notados contribuindo para consolidar sistemas de saúde integrados, garantindo acesso, continuidade, e integralidade do cuidado, bem como racionalização no uso dos recursos (SHIMIZU, 2013).

Para o Brasil, as evidências em relação ao papel das Redes no SUS também são promissoras. Souza e Souza (2018) destacam que, nos municípios de pequeno porte da região de saúde, a estruturação de redes favorece o acesso aos serviços

de média e alta densidade tecnológica e possibilita a regionalização solidária e cooperativa.

Em estudo realizado com gestores municipais e diretores dos hospitais de pequeno porte, localizados em 14 municípios de até 20 mil habitantes do Estado do Paraná, identificou-se que mesmo sem cumprirem os requisitos, os gestores municipais julgaram importante o hospital está inserido na RUE. Eles afirmaram que, com a inclusão nessa rede temática, é garantida a solicitação de vagas nas centrais reguladoras, atendimento em hospitais maiores e de referência, bem como acolhimento dos anseios da população diante das situações que exigem atendimentos de maior complexidade (SOUZA *et al.*, 2019).

Assim como em todo território Nacional, Santos-Melo *et al.* (2018) afirmam que a implantação da RAS no Estado do Amazonas teve como proposta diminuir as causas e fatores que enfraquecem a qualidade dos serviços ofertados à população e foi uma experiência exitosa de fortalecimento do sistema de saúde local e de melhorias na assistência ofertada para a população.

Nessa mesma perspectiva, Damasceno *et al.* (2020) esclarecem que a RAS é uma estratégia de integração dos serviços de saúde e também é fundamental para superar as fragilidades assistências na racionalização e na otimização dos recursos disponíveis.

Destaca-se ainda que as redes têm caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde e que a região se configura como espaço de negociação, coordenação, regulação técnica e política de questões relacionadas à saúde (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

## 2.2 Rede materno infantil – Rede Cegonha

Ao longo das últimas décadas, o Brasil conquistou resultados importantes para proteger e promover a saúde materna e infantil. Visando fortalecer as RAS, o Ministério da Saúde vem priorizando a construção de redes temáticas dando ênfase em algumas linhas de cuidado, entre elas a Rede Cegonha (LEAL *et al.*, 2018).

Implementar práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, é uma das estratégias efetivas para melhorar os resultados maternos e neonatais, bem como para garantir os direitos sexuais e reprodutivos. Com impacto favorável, tais práticas são recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996 e, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, desde 2001, após publicação do manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”. Porém tais estas estratégias foram oficialmente incorporadas ao SUS somente em 2011, após implementação da Rede Cegonha (LOPES *et al.*, 2019). Até o ano de 2011, muitos dos esforços para qualificar a atenção ao grupo materno-infantil eram voltados para a média e alta complexidade. A partir do lançamento da Rede Cegonha, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, as ações e estratégias dessa linha de cuidado foram direcionadas também para a APS (BRASIL, 2017).

De acordo com a Portaria supracitada, a Rede Cegonha tem por objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, dando ênfase ao componente neonatal e implementação de novo modelo de atenção ao parto, à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses.

Com a implantação da Rede, busca-se a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2017). O programa visa melhorar os indicadores relacionados à temática e, principalmente, reduzir o elevado número de óbitos de mulheres e de crianças. As ações propostas pela Rede Cegonha buscam a

qualificação da atenção obstétrica e neonatal e melhorias assistenciais, ultrapassando as questões inerentes de financiamento (CAVALVANTE *et al.*, 2013).

Ofertar assistência ao pré-natal adequada, com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, é fundamental para se melhorar os indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher e à saúde do bebê. No entanto, para articular os pontos de atenção em uma rede de cuidado integral, é preciso que as diretrizes da Rede Cegonha sejam cumpridas (GUERRA *et al.*, 2016). Desse modo, os pontos de atenção deverão garantir o funcionamento integral de uma Rede (MENDES, 2011) e a construção de uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde da gestante, puérpera e do recém-nascido.

A Rede Cegonha, nos termos do art. 6º do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, organiza-se a partir de quatro componentes, sendo eles: I-Pré-Natal; II-Parto e nascimento; III-Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV-Sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2017). Em cada um dos componentes, a Rede Cegonha priorizou algumas ações (Quadro 1). No que se refere às boas práticas de atenção ao parto e nascimento (Componente II), por exemplo, as ações priorizadas foram:

- Assegurar o número suficiente de leitos obstétricos e neonatais, ambiência das maternidades e práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas;
- Garantir acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Realizar acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Promover a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estimular a implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão.



**Quadro 1** - Detalhamento de ações por componente da Rede Cegonha

<b>Pré-natal</b>	<b>Parto e nascimento</b>	<b>Puerpério e atenção integral à saúde da criança</b>	<b>Sistema logístico: transporte sanitário e regulação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca ativa de gestantes.</li> <li>- Pré-natal na UBS com captação precoce.</li> <li>- Garantia dos exames de pré-natal.</li> <li>- Vinculação da UBS ou do ambulatório de consulta especializada à maternidade.</li> <li>- Estratificação das gestantes conforme o risco.</li> <li>Vinculação ao pré-natal de alto risco.</li> <li>- Garantia de pré-natal de alto risco em tempo oportuno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suficiência de leitos.</li> <li>- Ambiência - RDC 36 de 2008.</li> <li>- Boas práticas de atenção e gestão: Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia - ACCR, acompanhante, gestão participativa.</li> <li>- Estímulo a boas práticas de cuidado.</li> <li>- Estímulo para funcionamento de equipe horizontal para o cuidado obstétrico e neonatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aleitamento materno.</li> <li>- Acompanhamento da criança.</li> <li>- Visita primeira semana.</li> <li>- Busca ativa de crianças vulneráveis.</li> <li>- Planejamento reprodutivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vinculação da UBS à maternidade.</li> <li>- Transporte seguro.</li> <li>- Vaga sempre.</li> <li>- Central de Regulação de Leitos.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Visando alcançar as ações de saúde as quais a Rede Cegonha se propõe, é necessário que seus componentes sejam organizados em um espaço regional ampliado, que considere as necessidades loco-regionais em consonância com os parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2018). Assim, a política orienta a construção de Planos de Ação Regional (PAR) e esses devem assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional (BRASIL, 2017).

Estudo realizado por Guerra *et al.* (2016) mostra que, alinhadas com os princípios do SUS, as ações implementadas da Rede Cegonha têm como premissas

organizacionais a regionalização e a integralidade. A condução efetiva da política tem potencial para promover mudanças no cenário da atenção ao parto e nascimento, e favorece a redução de cesarianas desnecessárias e de desfechos maternos e neonatais negativos. Da mesma forma, melhora a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto (LEAL *et al.*, 2021). De modo complementar, Santos *et al.* (2016) alegam que não existe humanização do nascimento sem o protagonismo da mulher.

Com a implementação da Rede Cegonha, ocorreram avanços na gestão do cuidado integral e na assistência à gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida. É importante destacar que este programa respeita os direitos sexuais e reprodutivos, partindo sempre do protagonismo da mulher, do recém-nascido e dos familiares (GUERRA *et al.*, 2016).

Vários estados e municípios aderiram à proposta da Rede Cegonha, a partir da implementação da política no país. Um estudo realizado por Leal *et al.* (2021), em 136 instituições contempladas, identificou que ocorreram mudanças significativas na assistência ao trabalho de parto, evidenciando que a intervenção desta proposta foi efetiva e que o aumento do acesso das usuárias do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento ficou evidente nos hospitais participantes do estudo. Observou-se a redução das desigualdades territoriais, etárias, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, no cumprimento das diretrizes da Rede Cegonha e do SUS. Desse modo, os autores concluíram que a Rede Cegonha é uma política efetiva ao promover equidade na atenção ao parto e nascimento no sistema público de saúde no Brasil. Além disso, é provável que haja aumento na satisfação das mulheres com a atenção recebida no parto (LEAL *et al.*, 2019).

As práticas obstétricas foram avaliadas por Lopes *et al.* (2019) em um hospital universitário, integrante da Rede Cegonha. Os autores identificaram que, ao longo do período avaliado, o uso de práticas baseadas em evidências é efetivo para

reforçar e garantir a continuidade de uma política governamental, porém insuficiente de maneira isolada para reverter o quadro de intervenções desnecessárias e danosas às gestantes, puérperas e seus bebês.

Um caminho consolidado mundialmente para mudanças positivas no cenário obstétrico e neonatal e reafirmado pela Rede Cegonha é a inserção de enfermeiras obstetras/obstettrizes na assistência e na tomada de decisão clínica. A inserção e atuação dessas profissionais permitem que o trabalho seja compartilhado e colaborativo. Ainda na perspectiva assistencial, Gama *et al.* (2021) identificaram obtenção de melhores resultados na humanização do trabalho de parto, a partir do trabalho colaborativo de enfermeiras e obstetras. Desse modo, a inserção dessas profissionais, após treinamento, educação e formação, influencia positivamente no modo de nascimento,. Assim, o modelo de atenção, proposto pela política, por ser embasado em evidências científicas, mostra-se positivo, mais uma vez para redução da morbimortalidade materna e neonatal, redução de intervenções desnecessárias e incorporação de tecnologias que aprimoram o cuidado.

Um estudo realizado em Alagoas mostra que, após a inclusão das estratégias da Rede Cegonha no Plano Estadual de Saúde de 2016 – 2018, houve melhorias no acesso aos serviços de saúde. Os dados demonstraram que aumentou o número de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. No entanto, o estudo observou maior ocorrência de óbitos fetais em partos vaginais em comparação ao parto cesáreo apesar de os indicadores apresentarem altas taxas de cesáreas e alta mortalidade materna (BARROS *et al.*, 2021).

Alguns estudos destacam que a Rede Cegonha tem possibilitado a minimização de problemas relacionados à oferta de leitos hospitalares, à qualidade da assistência médica e hospitalar e aos índices de mortalidade materna e infantil. Porém os mesmos autores afirmam que ainda são escassos os estudos que analisam a redução da mortalidade infantil associada à implementação da Rede Cegonha (PEREIRA *et al.* 2021).

É importante avaliar, segundo Hartz *et al.* (1997), a implantação de um programa, pois a avaliação é ferramenta indispensável para se ter conhecimento da totalidade das intervenções, no que se refere à validade de seu conteúdo e aos fatores que explicam as discrepâncias identificadas entre a concepção e a execução das ações.

Para aumentar a eficiência do gasto público, expandir a transparência e a governança da atuação governamental, Lima (2020) afirma que a avaliação de políticas públicas é fundamental. Entendendo que a avaliação é algo fundamental para manutenção e incrementos em políticas públicas, e avaliações relacionadas à Rede Cegonha são essenciais.

Embora existam alguns estudos de avaliação, em âmbito estadual, não foram encontrados estudos que avaliem a Rede Cegonha em Minas Gerais, principalmente avaliações relacionadas ao componente parto e nascimento. Além disso, a literatura existente aponta para efeitos ambíguos da Rede sobre alguns indicadores de qualidade da atenção, como proporção de partos cesáreos e contribuição da Rede Cegonha na redução da mortalidade materno-infantil.

### **3. METODOLOGIA**

Este estudo avalia a evolução da Rede Cegonha em Minas Gerais, no período de 2011 a 2020, e as respectivas instituições beneficiárias, tendo, como premissa, as legislações referentes à temática. O estudo é realizado para todo o Estado e desagregando segundo macrorregião de saúde. A metodologia adotada para a realização desta análise é composta por três etapas. A primeira descreve os passos para o levantamento e análise da legislação referente à implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais. A segunda etapa refere-se ao método de análise da evolução da política em Minas Gerais, incluindo o levantamento das instituições beneficiadas, repasses de recursos financeiros e quantitativo de leitos habilitados e qualificados pela Rede por macrorregião de saúde. A última etapa apresenta a definição dos indicadores de cobertura assistencial selecionados neste estudo.

#### **3.1 Implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais**

Foram levantados e pesquisados documentos e normativas federais e estaduais tais como portarias, deliberações e resoluções publicadas pelo Ministério da Saúde e pela SES/MG. Os documentos foram consultados no site da SES/MG por meio do endereço <https://www.saude.mg.gov.br/> utilizando, como chave de busca, o termo “Rede Cegonha”. Como resultado da busca, encontraram-se 89 documentos identificados como deliberações ou resoluções. Os assuntos abordados por esses documentos foram divididos em orientações/diretrizes, revisão do PAR, pagamento excepcional, dotação orçamentária e alterações (Tabela 1). Foram descartados 14 documentos que na ementa informavam aprovação em caráter excepcional de pagamento de incentivos financeiros estaduais. Os recursos excepcionais são recursos extras e pagos conforme a política e ações realizadas pela SES/MG, não sendo previstos em portarias.

**Tabela 1** – Detalhamento dos documentos estaduais encontrados relativos à Rede Cegonha

	Orientações/ Diretrizes	Revisão do PAR	Dotação orçamentária	Alterações	Pagamento excepcional (excluídos)	Total
Deliberação	4	7	0	28	8	61
Resolução	1	0	2	13	6	28
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>89</b>

Fonte: Elabora pela autora.

Após leitura da ementa dos 75 documentos restantes, selecionaram-se para análise 17 deliberações e 7 resoluções relativas à Rede Cegonha. Excluíram-se 51 documentos conforme relação do Anexo A. Os critérios de inclusão foram os documentos constando as expressões: aprova a adesão, aprova a região, inclui novos beneficiários no programa, altera o anexo, redefine as diretrizes de custeio, definição de novos indicadores e meta, e regras complementares. Os critérios de exclusão foram os documentos de aprovações de recursos excepcionais, com aprovação de PAR, de parâmetros, relacionados ao pagamento integral e constando inclusão de indicadores relativos à dotação orçamentária. Os documentos selecionados foram lidos na íntegra. Durante a leitura dos documentos estaduais, identificaram-se e, posteriormente, incluídas, no estudo, 24 portarias do Ministério da Saúde referentes à Rede Cegonha.

Uma busca adicional por Portarias foi realizada no site do Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS) disponível no endereço <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>, identificando aquelas que eram referências para a elaboração dos documentos estaduais. Verificou-se todas as Portarias publicadas, por ano, com a temática Rede Cegonha e que correspondiam a instituições ou municípios de Minas Gerais contemplados pelo programa. Essa análise buscou identificar todas as publicações e rastrear todos os recursos financeiros atinentes à Rede Cegonha. Nessa etapa da busca, incluíram-se 38 documentos (16 deliberações, 6 resoluções e 16 portarias

ministeriais) referentes aos repasses para instituições e municípios de Minas Gerais.

O levantamento realizado neste estudo permitiu identificar todas as legislações publicadas no período de 2011 a 2020. Durante esta análise documental, as legislações foram lidas, organizadas e construiu-se uma síntese dos achados. A análise dos arquivos foi realizada de forma artesanal, deste modo, elaborou-se um banco de dados personalizado e exclusivo, que será disponibilizado para o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, visando subsidiar as discussões e a tomada de decisão. As informações selecionadas possibilitaram a elaboração de uma linha do tempo com os principais marcos regulatórios, incluindo as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e as resoluções e deliberações estaduais.

### **3.2 Evolução da Rede Cegonha em Minas Gerais**

Por meio de uma análise documental, realizou-se um resgate histórico das legislações, buscando identificar cada uma das fases de implementação da política, os componentes do programa e o ano de contemplação de cada uma das instituições. Além disso, foram analisados os tipos de leitos contemplados e os respectivos repasses de recursos financeiros federais e estaduais. A cada documento analisado, buscou-se identificar os municípios e as instituições contempladas. Identificaram-se as seguintes instituições beneficiárias da Rede Cegonha: maternidades de risco habitual, maternidades de alto risco, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), as Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), Centros de Parto Normal (CPN), Casas de Gestante Bebê e Puérpera (CGBP), instituições de referência em cada uma das macrorregiões de saúde, instituições que realizam o maior volume de partos de risco habitual e partos de alto risco.

As informações sobre a cobertura da Rede Cegonha foram organizadas em quadro síntese, segundo macrorregião, identificando a microrregião de saúde, município e instituição contemplados. Para se verificar o alcance dos objetivos propostos e as principais ações, comparou-se a quantidade de leitos existentes em cada localidade, distinguindo o total de leitos habilitados (oferta disponível) e a quantidade de leitos qualificados pela Rede Cegonha (cobertura do programa). As informações sobre as instituições de saúde foram consultadas no Tabulador de Informações em Saúde no Portal da Vigilância em Saúde da SES/MG e no Tabnet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Para caracterizar as macrorregiões de saúde e qualificar a distribuição regional da oferta e cobertura da Rede Cegonha, utilizaram-se informações sobre o PIB *per capita* de 2013 medido em reais (R\$) a preços correntes e o contingente populacional para o ano de 2010 (último Censo disponível). Essas informações foram coletadas no DATASUS, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **3.3 Indicadores assistenciais**

Os indicadores assistenciais analisados neste estudo foram selecionados com base no rol de indicadores estratégicos da Rede Cegonha, elencados no Anexo I da Portaria nº 650/2011. Foram escolhidos aqueles referentes à assistência, mais especificamente, ao acesso e qualidade do pré-natal, à atenção ao parto e nascimento, e à taxa de mortalidade infantil. A análise desses indicadores visa subsidiar a identificação do cumprimento dos objetivos da Rede Cegonha. Realizaram-se os cálculos conforme o método de cálculo oficial, descritos no Quadro 2. Os indicadores foram calculados para o total de Minas Gerais e por macrorregião de saúde. Como o componente parto/nascimento foi implantado nas Macrorregiões, a partir de 2011, optou-se por uma análise dos indicadores com período de abrangência de 2008 a 2020. Destaca-se que os dados relativos aos anos de 2019 e 2020 são preliminares, portanto, poderão sofrer alterações.



**Quadro 2** – Relação de indicadores assistenciais, método de cálculo e fonte de informação

<b>Indicador</b>	<b>Método de cálculo</b>	<b>Fonte</b>
Proporção de gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal	(Nº de nascidos vivos de mães residentes no município com 7 ou mais consultas de pré-natal no período/ Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período)*100	SINASC
Proporção de gravidez na adolescência	(Nº total de recém-nascidos filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos/ Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período)*100	SINASC
Proporção de sífilis congênita em menores de 1 ano	(Nº total de casos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/ Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período)*100	SINAN e SINASC
Taxa de cesárea	(Nº de partos cesáreos/ Total de partos normais e partos cesáreos) x 100	SIH/SUS
Taxa de Mortalidade Infantil	(Nº de óbitos de residentes de 0 a 364 dias completos de vida/ Nº total de nascidos vivos de mães residentes) x 1.000	SIM e SINASC

Fonte: Elaborado pela autora

### 3.4 Aspectos Éticos em Pesquisa

Todas as informações utilizadas neste estudo, tanto para análise documental, quanto os relacionados às instituições e aos indicadores assistenciais, são de domínio público e disponíveis em portarias, deliberações, resoluções, e sistemas de informação do Ministério da Saúde e SES/MG. Por este motivo, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

## 4. RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados são apresentados em três seções. A primeira descreve cada uma das etapas de implementação e evolução da Rede Cegonha, por ordem cronológica da legislação (Portarias e Resoluções). Na segunda seção, é apresentada uma análise das instituições, mostrando a evolução do total de instituições contempladas, os repasses financeiros do Ministério da Saúde, o comparativo entre o número de leitos habilitados e o número de leitos qualificados, a cobertura assistencial por macrorregião e os pontos em destaque da política no Estado.

Na última seção, é realizada uma análise dos seguintes indicadores assistenciais: proporção de nascidos vivos de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, proporção de sífilis congênita em menores de 01 ano, percentual de partos cesáreos e mortalidade infantil. Toda a análise é realizada para o total do Estado de Minas Gerais e por macrorregião de saúde.

### 4.1 A implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais

Acompanhando as diretrizes do Ministério da Saúde, a discussão acerca da organização da Rede Cegonha em Minas Gerais iniciou-se em 2011 (MINAS GERAIS, 2011). Desde então, o processo de implementação vem ocorrendo de forma gradativa em cada uma das Macrorregiões de Saúde do Estado. O Quadro 3 apresenta a linha do tempo com os principais marcos regulatórios<sup>1</sup> para a implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais, considerando as portarias ministeriais e as resoluções e deliberações estaduais. Destaca-se que cada portaria origina uma deliberação e, em caso de transferência de recursos financeiros, uma

---

<sup>1</sup> Definição dos documentos publicados pelos entes federados e considerados marcos regulatórios:

- Ministério da Saúde/ Federal - Portarias: Aprova todas as normas, os Plano de Ação Regional (PAR) e recursos federal;
- SES/MG / Estadual – Deliberação e resolução: Aprova as diretrizes, os PAR no Estado e aprova recursos estadual.

resolução. As publicações de portarias, resoluções e deliberações foram realizadas de forma gradual. Em 2015, houve apenas a publicação de documento estadual.

**Quadro 3** - Linha do tempo com as publicações de portarias do Ministério da Saúde e resoluções/deliberações da SES/MG referentes à implementação da Rede Cegonha em Minas Gerais entre 2011 e 2020

<b>Ano</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>SES/MG</b>
2011	Portaria 3062/2011	Deliberação 826/2011 Deliberação 896/2011 Deliberação 1021/2011
2012	Portaria 1228/2012 Portaria 930/2012 – UTI	Resolução 3526/2012
2013	Portaria 1020/2013 - GAR Portaria 113/2013	Deliberação 1681/2013
2014	Portaria 2048/2014	Deliberação 1836/2014
2015		Resolução 4880/2015
2016	Portaria 1944/2016; Portaria 1950/2016 Portaria 1951/2016 Portaria 1965/2016 Portaria 2054/2016 Portaria 2402/2016 Portaria 2934/2016 Portaria 3038/2016 Portaria 3297/2016	Deliberação 2327/2016 Deliberação 2433/2016 Resolução 5502/2016 Resolução 5520/2016
2017	Portaria 3841/2017 Portarias de consolidação 3 e 6	Resolução 5623/2017
2018	Portaria 4266/2018	Deliberação 2327/2016
2019	Portaria 3368/2019 Portaria 3354/2019 Portaria 3340/2019 Portaria 3357/2019	Deliberação 2907/2019 Resolução 6818/2019
2020		Deliberação 3125/2020 Resolução 7034/2020

Fonte: Elaborado pela autora

A primeira normativa estadual relacionada à Rede Cegonha em Minas Gerais foi a Deliberação CIB-SUS/MG nº 826, de 14 de junho de 2011, que aprovou a adesão do Estado e de seus municípios como também na Rede de Atenção às Urgências/Emergências. Nesse mesmo ano, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 896, de

17 de agosto, aprovou a região inicial de implementação da Rede Cegonha, os critérios para a apresentação de projeto ao Ministério da Saúde e a Rede de Maternidades e UTIs de Referência para a Gestante de Alto Risco (GAR) do Estado. Nesse documento, as regiões prioritárias foram publicadas, bem como os Planos de Ação Regional (PAR) dos respectivos territórios.

A adesão dos municípios obedeceu ao cronograma de organização da Rede Cegonha, que é dividido nos seguintes componentes: I pré-natal, II parto e nascimento, III puerpério e atenção integral à saúde da criança e IV sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Até o momento, foram implantados no Estado os componentes I, II e III. No Componente I (pré-natal), todos os 853 municípios mineiros aderiram à Rede Cegonha. Essa adesão é comprovada pelas diversas Portarias que aprovam a composição do teto financeiro dos municípios para realização de exames de pré-natal (Quadro 4).

Além de publicações com contemplação de recursos para realização de exames, o Ministério da Saúde repassa, para os municípios mineiros, financiamento para aquisição de teste rápido de gravidez, favorecendo a captação precoce da gestante e início imediato da assistência ao pré-natal. As Portarias que contemplam os recursos financeiros para o componente I foram publicadas de forma a garantir, em todos os anos, a destinação de recursos para a realização dos exames de pré-natal preconizados e aquisição de teste rápido de gravidez. O repasse anual para os municípios visa garantir a continuidade do cuidado e realização de exames, principalmente no primeiro trimestre gestacional. Nota-se que, desde a implantação da Rede Cegonha, somente em 2015 não foram encontradas portarias com transferência de recursos financeiros para este componente (Quadro 4).

Ainda para qualificação do pré-natal, o Ministério da Saúde realizou a doação de balanças antropométricas e detectores fetais nos primeiros anos de implementação da Rede Cegonha para todos os municípios mineiros. No entanto, a caderneta da

gestante e a caderneta da criança são distribuídas anualmente conforme as estimativas de gestantes e de nascidos vivos para todos os municípios.

**Quadro 4** – Portarias com transferência de recursos federais para o componente I – pré-natal da Rede Cegonha de 2012 a 2020

<b>Ano</b>	<b>Portaria</b>	<b>Resumo</b>
2012	Portaria 1.222	Exames de pré-natal
2013	Portaria 1.346	Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2013	Portaria 2.064	Exames de pré-natal
2013	Portaria	Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2013	Portaria 2.897	Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2013	Portaria 2.944	Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2013	Portaria 2.983	Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2014	Portaria 66	Altera Portaria 2897/2013 Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2014	Portaria 119	Altera Portaria 2944/2013 Exames de pré-natal e teste rápido de gravidez
2015	---	---
2016	Portaria 323	Teste rápido de gravidez
2017	Portaria 1.991	Exames de pré-natal e altera portaria 1459/2011
2017	Portaria 54	Altera a Portaria 323/2016 Teste rápido de gravidez
2017	Portaria 3.801	Exames do pré-natal, incluindo valor referente a um segundo exame de ultrassonografia obstétrica, teste rápido de gravidez e altera Anexo 2 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3/2017
2018	Portaria 4.095	Teste rápido de gravidez
2019	Portaria 2.082	Exames de pré-natal
2020	Portaria 2.138	Exames de pré-natal
2020	Portaria 3.485	Teste rápido de gravidez

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre o Componente II (parto e nascimento), sua implementação vem ocorrendo, de forma gradativa, em todo o território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos, tais como a taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (MINAS GERAIS, 2011; BRASIL, 2017).

Em Minas Gerais, a Deliberação CIB-SUS MG nº 1.021 de 20 de dezembro de 2011 aprovou o financiamento inicial da Rede de Cegonha e da Rede de Atenção

às Urgências. Especificamente em relação à Rede Cegonha, a CIB-SUS MG nº 1.021 (MINAS GERAIS, 2011) contemplou as macrorregiões de saúde Leste, Jequitinhonha, Nordeste e Norte por terem sido identificadas pela SES-MG como localidades de vazio assistencial. Foi também contemplada a macroCentro, por ser referência para outras regiões do Estado. Em 2012, a Resolução da SES/MG nº 3.526 de 27 de novembro aprovou as normas gerais para repasse do recurso estadual e federal da Rede Viva Vida / Rede Cegonha aos municípios que compõem essas macros contempladas na primeira fase. As instituições que receberam esses recursos passaram a ser referência para os atendimentos à gestação de alto risco de todo Estado.

Em 2013, foi aprovado o processo de expansão da Rede Cegonha no Componente II para as demais macrorregiões de saúde não contempladas na primeira fase: Noroeste, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Oeste, Sul, Centro-Sul, Sudeste, e Leste do Sul (MINAS GERAIS, 2013). O documento orientador deste processo foi a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.681, de 10 de dezembro de 2013.

Somente em 2014 foi iniciado o processo de expansão da Rede e a construção dos PAR das macrorregiões Leste do Sul, Centro Sul, Sudeste, Oeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. Nesse mesmo ano, realizou-se a revisão do PAR das regiões consideradas prioritárias.

Em 2015, fortaleceram-se as discussões em torno da revisão dos PAR das macrorregiões consideradas prioritárias pelo Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015). Em agosto de 2015, foi aprovada a Resolução SES/MG nº 4880 que, dentre outras medidas, permitiu consolidar, em um único documento, as informações das instituições integrantes da Rede Cegonha. Até então, essas informações estavam fragmentadas, disponibilizadas em vários documentos.

Um marco no monitoramento da Rede Cegonha ocorreu em 2016, com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.327, de 13 de abril, que aprovou a definição de novos

indicadores e metas da Rede Cegonha no Estado. Além da definição de novos indicadores e substituição dos até então utilizados para monitoramento, a resolução redefiniu os pesos, as metas e a periodicidade com que o monitoramento seria realizado.

A partir de 2016, houve uma importante expansão da Rede Cegonha no Estado. Nesse mesmo ano, definiu-se maior número de maternidades contempladas pelo Programa, desde a sua implementação em Minas Gerais. Publicaram-se portarias ministeriais definindo novas instituições beneficiárias nas macrorregiões de saúde do Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Noroeste, Oeste, Centro Sul, Sudeste, Leste do Sul e Sul (Quadro 5). Além disso, com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.433 e com a Resolução SES/MG nº 5.502 de 2016, novos municípios beneficiários no Programa Rede Cegonha foram definidos para receberem incentivo financeiro diferenciado do componente Parto e Nascimento.

A Resolução SES/MG nº 5.520 possibilitou a inclusão de repasse de recursos federais da Rede Cegonha para o município de Araçuaí referente ao custeio de leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Em 2017, houve incremento de recursos destinados à qualificação de leitos para uma instituição (BRASIL, 2017), e a Resolução SES/MG nº 5.623 incluiu novos beneficiários para o recebimento de incentivo financeiro diferenciado do componente Parto e Nascimento de forma a possibilitar o repasse do recurso estadual.

**Quadro 5** - Portarias de expansão da Rede Cegonha publicadas em 2016 e macrorregião de saúde contemplada

continua	
<b>Portaria</b>	<b>Macros contemplada</b>
Portaria 1944/2016	Sul
Portaria 1950/2016	Centro Sul
Portaria 1951/2016	Oeste
Portaria 1965/2016	Triângulo do Sul
Portaria 2054/2016	Leste do Sul

conclusão

<b>Portaria</b>	<b>Macros contemplada</b>
Portaria 2402/2016	Sul
Portaria 2934/2016	Sudeste
Portaria 3038/2016	Noroeste
Portaria 3297/2016	Triângulo do Norte

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 2018, publicou-se a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.742 que aprovou as propostas de revisão dos PAR da Rede Cegonha contemplando os leitos e serviços habilitados ou aqueles em funcionamento, mas não contemplados pela Rede Cegonha das Regiões Prioritárias (Centro, Leste, Jequitinhonha, Norte e Nordeste) (MINAS GERAIS, 2019). Este documento apontou inconsistências nos desenhos dos territórios que constavam nos PAR das regiões prioritárias e sinalizou inconsistências no número de leitos habilitados e em funcionamento e no montante de recursos repassados. Não houve, contudo, alteração no repasse de recursos vigente à época.

A Resolução SES/MG nº 6.818 de 21 de agosto de 2019, além de redefinir as diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento, consolidou todas as orientações de monitoramento, repasse de recursos, instituições beneficiárias, e corrigiu o número de leitos e de recursos repassados para as instituições. Nesse mesmo ano, novas contemplações foram publicadas por meio de portaria e novos serviços habilitados como pontos de atenção em regiões do Estado, tais como: qualificação de leitos GAR em Caratinga, em Diamantina, em Lavras e Uberaba; habitação do CPN em Contagem e habilitação de CGBP em Diamantina. Somente no ano seguinte, em 2020, o documento Estadual correspondente foi aprovado nas instâncias deliberativas, permitindo o repasse dos recursos para as instituições. Até a publicação desses documentos, as instituições não receberam os recursos correspondentes.



Ao longo de 2020, poucas medidas foram implementadas. No que se refere ao repasse de recursos e inclusão de novas instituições beneficiárias, identificou-se a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.125 que aprova a redefinição das diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222 e a CIB-SUS/MG Nº 3.279 trazem avanços importantes, tornando-se marcos para a Rede Cegonha do Estado. A primeira aprovou as diretrizes, parâmetros e etapas para a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do SUS em Minas Gerais, além de rever os Planos de Ação Regionais (PAR) da Rede. Com esta publicação, iniciaram as discussões sobre a reorganização assistencial nas macrorregiões de saúde e o processo de revisão dos PAR. Na sequência, após as discussões e aprovação nas instâncias deliberativas, como o Grupo Condutor e a CIB/SUSMG, foi aprovado o redesenho assistencial da macro Jequitinhonha. Assim, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.279, evidenciou-se que, mais uma vez, a macro Jequitinhonha foi definida como prioritária.

A Figura 1 apresenta, de forma sintética, a linha cronológica com as principais deliberações, resoluções e portarias publicadas entre 2011 a 2020. Destaca-se que, na fase de implementação da Rede Cegonha, identificou-se a publicação de 8 deliberações e resoluções e, na fase de expansão, publicaram-se 14 documentos, sendo que um deles trata da expansão para todo Estado, 8 PAR das regiões não contempladas na primeira fase e 5 deliberações constando alterações dos PAR.

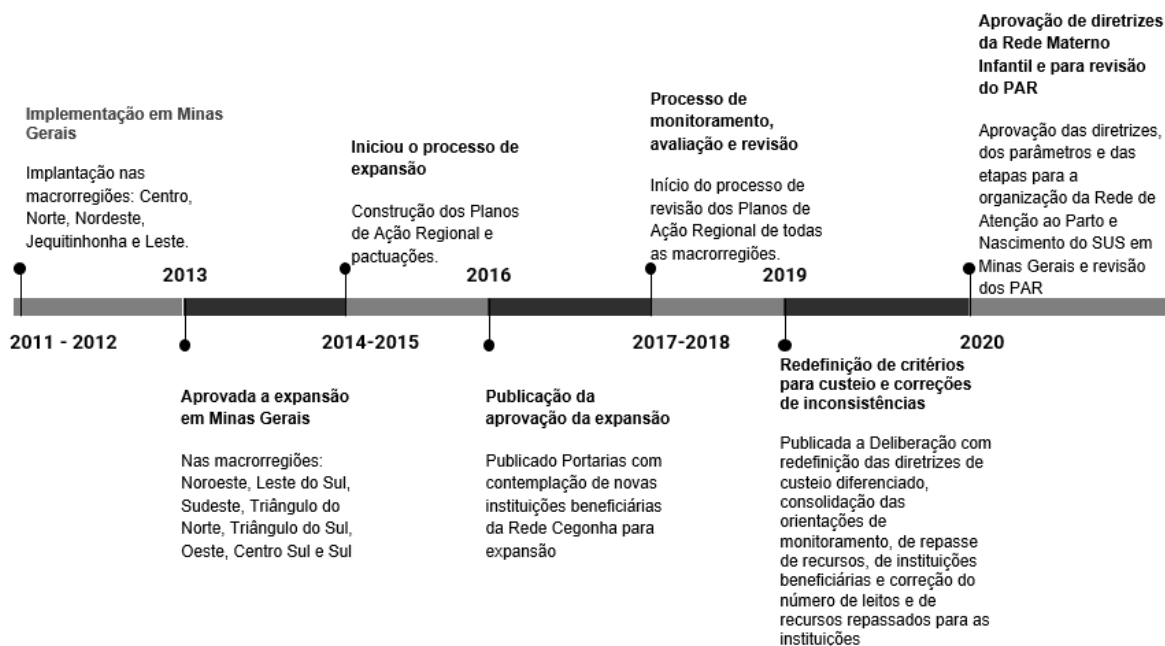
Antes da publicação de cada uma das deliberações e resoluções, principalmente as que envolvem recursos, são publicadas Portarias Ministeriais. Dessa forma, toda regulação estadual tem um documento federal como referência.

A gestão da política de monitoramento da Rede Cegonha em Minas Gerais é realizada pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha que tem por atribuições: I - mobilizar os dirigentes políticos do SUS; II - apoiar a organização dos processos

de trabalho voltados a implantação/implementação da rede Cegonha em Minas Gerais; III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e IV - monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da Rede Cegonha em Minas (MINAS GERAIS, 2015). Os encontros desse Grupo são realizados bimestralmente, podendo os membros serem convocados para reuniões extraordinárias.

Atualmente, as instituições beneficiárias do componente II são monitoradas quadrimestralmente. O repasse de recursos estadual é composto por uma parte fixa, compreendendo 70% do total, sendo os 30% restantes, variáveis, atrelados ao cumprimento dos quatro indicadores de monitoramento: proporção de gestantes com acompanhante de livre escolha durante internação para realização do parto; taxa de cesárea; atuação do Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbito Fetal, Infantil e Materno; e Proporção de recém-nascidos com 37 semanas ou mais de gestação com Apgar de 5º minuto  $\leq 7$ . Os recursos federais destinados ao custeio dos leitos são repassados integralmente para as instituições (MINAS GERAIS, 2019).

**FIGURA 1- PRINCIPAIS MARCOS DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS DE 2011 A 2020**



Fonte: Elaborado pela autora

## **4.2 Evolução da Rede Cegonha em Minas Gerais**

Esta seção apresenta a evolução da Rede Cegonha, analisando, por macrorregião de saúde, as instituições beneficiárias, o ano de entrada das instituições na Rede, o total de leitos habilitados destinados à assistência obstétrica e neonatal, o total de leitos qualificados pelo programa, os recursos financeiros repassados e a cobertura assistencial.

### ***4.2.1 Evolução das instituições contempladas pela Rede Cegonha em Minas Gerais***

O Quadro 6 apresenta as instituições por macrorregião de saúde e o ano das contemplações possibilitando identificar quando cada uma das instituições passou a compor a Rede Cegonha. O primeiro repasse financeiro foi em 2011, coincidindo com a implementação da política no país e com a adesão do Estado.

As primeiras instituições contempladas foram as maternidades públicas de Belo Horizonte e de Betim, localizadas na macrorregião Centro, em 2011. Em 2012, as instituições contempladas foram as localizadas nos municípios de Governador Valadares (Leste), Ibirité e Sete Lagoas (Centro), Ipatinga (Vale do Aço), Janaúba, Pirapora e Montes Claros (Norte) e Teófilo Otoni (Nordeste). Diante dessas inclusões na Rede, o cenário obstétrico de Minas Gerais começou a ser destaque em âmbito nacional, dado que as maiores maternidades públicas do Estado foram contempladas.

Em 2013, a única instituição contemplada foi a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Em 2014 e 2015, não houve novas contemplações em Minas Gerais. Durante esses anos, as instituições beneficiárias da Rede Cegonha concentraram-se nas regiões prioritárias.

No ano de 2016, houve expansão por todo o Estado, com 26 instituições sendo contempladas, localizadas nas macros Centro Sul, Oeste, Leste do Sul, Noroeste, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Sudeste e Sul.

**Quadro 6** - Instituições beneficiárias da Rede Cegonha em Minas Gerais por macrorregião de saúde, município e ano de contemplação

continua

<b>Macro</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>ANO</b>
Centro	Belo Horizonte	Maternidade Odete Valadares	2011
Centro	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	2013
Centro	Belo Horizonte	Hospital Julia Kubstichek	2011
Centro	Belo Horizonte	Hospital Odilon Berehns	2011
Centro	Belo Horizonte	Hospital Sofia Feldman	2011 e 2012
Centro	Betim	Hospital Professor Osvaldo Franco	2011 e 2012
Centro	Betim	Maternidade Municipal Haydee Espejo Conroy	2011 e 2012
Centro	Contagem	Centro Materno Infantil Juventina Paula de Jesus	2011, 2012 e 2019
Centro	Ibirité	Hospital Municipal de Ibirité	2012
Centro	Sete Lagoas	Hospital Nossa Senhora das Graças	2012
Centro Sul	Barbacena	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	2016
Centro Sul	São João Del Rei	Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei	2016
Jequitinhonha	Araçuaí	Hospital São Vicente de Paula	2012 e 2014
Jequitinhonha	Diamantina	Hospital Nossa Senhora da Saúde	2011, 2012 e 2019
Leste	Governador Valadares	Hospital Municipal	2012
Leste do Sul	Viçosa	Hospital São Sebastião	2016
Nordeste	Teófilo Otoni	Hospital Santa Rosália	2012
Noroeste	Patos de Minas	Hospital Regional Antônio Dias	2016
Noroeste	Patos de Minas	Hospital São Lucas	2016
Norte	Janaúba	FUNDAJAN	2012
Norte	Montes Claros	Santa Casa de Montes Claros	2012

continuação			
<b>Macro</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>ANO</b>
Norte	Montes Claros	HU Clemente de Faria	2012
Norte	Pirapora	Fundação Hospitalar Dr. Moisés M. Freire	2012
Norte	Taiobeiras	Hospital Santo Antônio - Fundação Taiobeiras	2018
Oeste	Divinópolis	Hospital São João de Deus - Fundação Geraldo Correa	2016
Oeste	Formiga	Hospital São Luiz de Formiga	2016
Sudeste	Carangola	Casa de Caridade de Carangola	2016
Sudeste	Juiz de Fora	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	2016
Sudeste	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	2016
Sudeste	Juiz de Fora	Hospital Regional João Penido	2016
Sudeste	Muriaé	Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo	2016 e 2017
Sudeste	Ubá	Hospital Santa Isabel	2016 e 2018
Sul	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano	2016
Sul	Itajubá	AISI Hospital Escola de Itajubá	2016
Sul	Lavras	Santa Casa de Misericórdia de Lavras	2016 e 2019
Sul	Passos	Santa Casa de Misericórdia de Passos	2016
Sul	Poços de Caldas	Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas	2016
Sul	Pouso Alegre	Hospital das Clínicas Samuel Libânio	2016
Sul	São Lourenço	Hospital da Fundação Casa de Caridade de São Lourenço	2016
Sul	São Sebastião do Paraíso	Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso	2016
Sul	Varginha	Hospital Regional do Sul de Minas	2014 e 2016
Triângulo do Norte	Araguari	Santa Casa de Misericórdia de Araguari	2016
Triângulo do Norte	Patrocínio	Irmandade Nossa Senhora do Patrocínio	2016
Triângulo do Norte	Uberlândia	Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro	2016
Triângulo do Norte	Uberlândia	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	2016

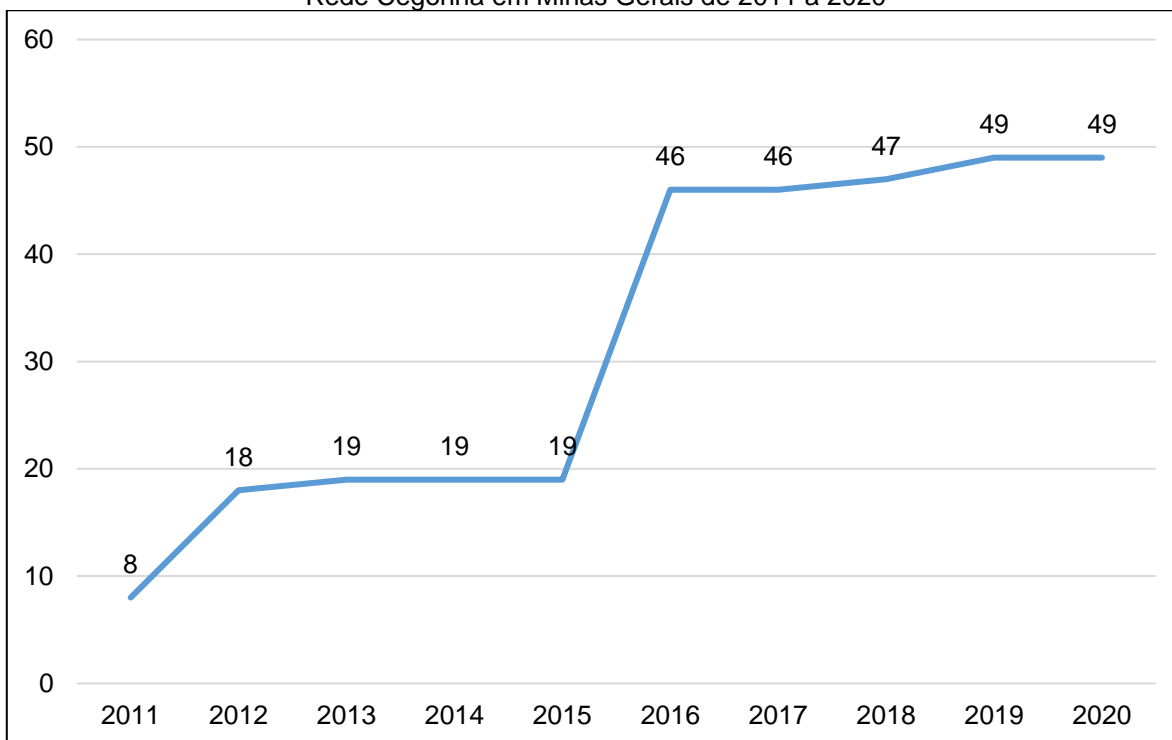
conclusão			
<b>Macro</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>ANO</b>
Triângulo do Sul	Uberaba	Hospital Universitário Mário Palmerio	2016
Triângulo do Sul	Uberaba	Hospital de Clínicas da UFTM	2019
Vale do aço	Caratinga	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	2019
Vale do aço	Ipatinga	Hospital Márcio Cunha	2012

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 2018, houve contemplação do Hospital Santo Antônio - Fundação Taiobeiras, localizado na macro Norte, para recebimento de recursos de custeio. No final do ano seguinte, 2019, foram contemplados o Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, localizado na macro Leste, e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro da macro do Triângulo do Norte.

Algumas instituições foram contempladas por mais de um ano para ampliação de leitos e de componentes (Quadro 6). Observa-se ainda que os municípios de Belo Horizonte, Betim, Patos de Minas, Montes Claros, Juiz de Fora, Uberlândia e Uberaba possuem mais de uma instituição contemplada, e uma vez contemplada, os recursos passam a ser repassados mensalmente para as instituições e/ou municípios pelos entes federados. O Gráfico 1 mostra a evolução do total das instituições beneficiadas pela Rede Cegonha entre 2011 a 2020.

**Gráfico 1** – Evolução da quantidade de instituições contempladas pela Rede Cegonha em Minas Gerais de 2011 a 2020



Fonte: Elaborada pela autora.

Em 2011, primeiro ano de Rede Cegonha no Estado, somente 8 instituições eram contempladas. Esse número cresceu de forma gradual ao longo dos anos. Há dois momentos de destaque na ampliação do número de instituições, 2011 e 2012, quando o quantitativo de instituições é ampliado de 8 para 18, e entre 2014 e 2015, quando passa de 20 para 46. Nesse último período de destaque, o aumento de 230% é resultado da aprovação da expansão da Rede Cegonha em Minas Gerais. Conforme apresentado no Gráfico 1, as demais ampliações foram discretas sendo incluídas uma ou duas instituições. Destaca-se que a última ampliação de instituições foi em entre 2018 e 2019 e este número permaneceu o mesmo até o término de 2020.

A Tabela 2 apresenta informações sobre a distribuição das instituições da Rede Cegonha por macrorregião de saúde em 2020. Para caracterizar cada macro, são

apresentados também o PIB *per capita* e a população total de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

**Tabela 2** – Distribuição das instituições e microrregiões de saúde contempladas pela Rede Cegonha (RC), segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020

Macrorregião	Total de microrregiões	Microrregiões com instituições RC	Total instituições RC		PIB <i>per capita</i> 2013	População feminina em idade fértil 2012	
			N	%		N	%
Centro	10	4	10	20	33.183,01	2.059.717	32
Centro Sul	4	2	2	4	21.025,02	237.286	4
Jequitinhonha	4	2	2	4	9.081,48	125.812	2
Leste	5	1	1	2	11.945,54	211.650	3
Leste do Sul	3	1	1	2	12.259,72	207.805	3
Nordeste	8	1	1	2	8.762,21	246.289	4
Noroeste	4	1	2	4	21.739,83	211.063	3
Norte	11	4	5	10	11.322,04	510.948	8
Oeste	8	2	2	4	20.979,73	377.597	6
Sudeste	9	4	6	12	17.763,43	494.471	8
Sul	14	9	9	18	20.954,50	821.272	13
Triângulo do Norte	3	2	4	8	33.003,28	387.021	6
Triângulo do Sul	3	1	2	4	33.656,98	225.431	4
Vale do Aço	3	2	2	4	21.507,41	258.165	4
<b>SUBTOTAL</b>	<b>89</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>23.646,21</b>	<b>6.374.527</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora

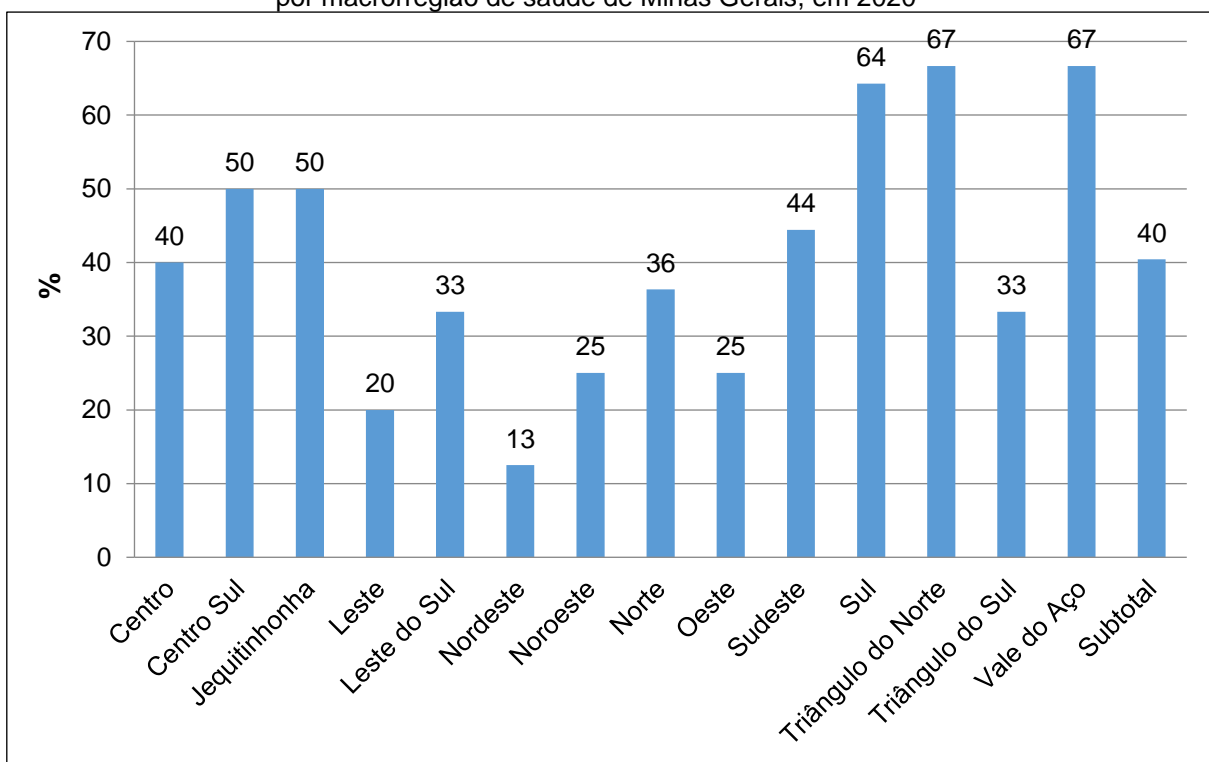
Como pode ser observado, em 2020, todas as macros tinham, pelo menos, uma instituição contemplada pela Rede Cegonha. A macro Centro, região que é sede da capital do Estado, destaca-se por apresentar o maior número de instituições, em contraposição com as macros Leste, Leste do Sul e Nordeste, com apenas uma instituição para atendimento da população contemplada pelo programa. Observa-se que a macro Centro responde por 32% da população de mulheres em idade fértil do Estado, mas concentra 20% das instituições contempladas pela Rede Cegonha.



Por outro lado, as macros Sudeste e Sul, que respondem respectivamente por 8% e 13% das mulheres em idade fértil, congregam 12% e 18% das instituições da rede. Essas duas regiões apresentam um PIB *per capita* próximo da média do Estado de Minas Gerais. Uma das macros com menores PIB *per capita*, a Nordeste, apesar de responder por cerca de 4% da população feminina em idade reprodutiva de Minas Gerais, concentra 2% das instituições da Rede. A macro Jequitinhonha, segunda mais pobre do Estado, responde por cerca de 2% da população de mulheres em idade fértil e concentram 4% das instituições da Rede. Esse resultado observado para a macro Jequitinhonha é um reflexo da política que inicialmente priorizou essa localidade.

O Gráfico 2 mostra o percentual de microrregiões com, pelo menos, uma instituição sendo referência da Rede Cegonha em cada uma das macros do Estado. Das 89 microrregiões, apenas 36 (40%) possuem, pelo menos, uma instituição da Rede Cegonha. As macros Sul, Triângulo do Norte e Vale do Aço destacam-se por apresentarem mais de 60% das microrregiões cobertas pela Rede Cegonha. Em contraposição, Nordeste, Leste, Oeste e Noroeste apresentam os menores percentuais, menos de 30%. Esse resultado evidencia a necessidade de se expandir o total de instituições beneficiárias da Rede Cegonha, uma vez que os serviços, por serem de média complexidade, deveriam ter sua oferta organizada no nível microrregional de saúde. Exceto a macro Noroeste, as localidades mais deficitárias do ponto de vista de cobertura microrregional são também as que apresentam os menores PIB *per capita*.

**Gráfico 2** - Percentual de microrregiões com cobertura da Rede Cegonha, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020



Fonte: Elaborado pela autora

A macro Nordeste, que possui a menor cobertura assistencial, com somente 13% das microrregiões com instituições contempladas pela Rede Cegonha, possui um PIB *per capita* igual a R\$ 8.762 (Tabela 2). Em contrapartida, Triângulo do Norte e Vale do Aço apresentam cada uma 67% das instituições credenciadas pela Rede e PIB *per capita* de R\$ 33.003 e R\$ 21.507, respectivamente (Tabela 2). A Macro Centro tem 40% das microrregiões com pelo menos uma instituição credenciada, muito embora apresente o maior número de instituições beneficiárias.

#### **4.2.2 Repasse de recurso para as instituições beneficiárias**

A Tabela 3 apresenta o montante de recursos financeiros destinados, por ano, para as instituições beneficiárias da Rede Cegonha. O repasse de recursos estaduais é atrelado ao cumprimento de indicadores, cuja periodicidade de monitoramento é

quadrimestral (MINAS GERAIS, 2019). Por essa razão, as informações relacionadas ao repasse desses recursos estaduais só estão publicamente disponíveis para o valor previsto.

**Tabela 3** – Repasse de recursos estaduais e federais da Rede Cegonha em Minas Gerais, de 2012 a 2020

<b>Ano</b>	<b>Federal</b>	<b>Estadual previsto</b>	<b>Total</b>
2012	26.763.344,40	11.129.580,00	37.892.924,40
2013	30.875.814,00	13.166.280,00	44.042.094,00
2014	30.875.814,00	13.166.280,00	44.042.094,00
2015	30.875.814,00	13.166.280,00	44.042.094,00
2016	56.978.217,41	27.857.895,00	84.836.112,41
2017	56.978.217,41	27.857.895,00	84.836.112,41
2018	57.716.299,97	28.252.095,00	85.968.394,97
2019	83.215.067,45	38.333.760,00	121.548.827,45
2020	87.869.147,45	39.227.280,00	127.096.427,45

Fonte: Elaborada pela autora.

Em 2011, como a política de implementação da Rede Cegonha foi aprovada no final do ano, não houve repasses financeiros para as instituições. Entre 2012 e 2020, o total de repasse de recursos teve um aumento expressivo, com o valor de 2020 superando em cerca de três vezes o de 2012. Esse crescimento é observado tanto em relação aos repasses dos recursos federais, como dos recursos estaduais. O maior volume de recursos financeiros para custeio dos leitos foi observado em 2016, passando de R\$ 44.042.094,00 (2015) para R\$ 84.836.112,41, representando um aumento de 93%. Esse aumento dos repasses em 2016 reflete a ampliação no número de instituições credenciadas na Rede. Como mencionado anteriormente, esse ano é um marco da expansão da Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais, no qual se observou um maior número de deliberações, regulamentações e portarias publicadas. O segundo maior aumento observado ocorreu entre 2018 e

2019, quando o total de recursos repassados teve um incremento de 40%. Nesse período, entre 2018 e 2019, a expansão do ponto de vista de instituições contempladas pelo programa foi mais restrita, sendo adicionadas apenas duas. Entre 2019 e 2020, observou-se um aumento de apenas 5% no total de recursos repassados. Em 2020, houve alterações nas legislações estaduais, verificando-se inclusive correções nos valores financeiros repassados.

O repasse dos recursos federais representa uma parcela maior do total de recursos, em torno de 70%. Essa composição é observada em todo o período analisado. A contrapartida estadual é repassada de acordo com o cumprimento das metas de cada um dos indicadores avaliados. Tanto o recurso federal quanto a contrapartida estadual são repassados mensalmente para as instituições.

A Tabela 4 apresenta o valor da contrapartida estadual e do incentivo financeiro federal por macrorregião de saúde em 2020.

Somando-se todas as fontes de recursos provenientes da Rede Cegonha, em Minas Gerais, foi investido no custeio e qualificação dos leitos contemplados o montante total de R\$ 127.096.427,45 no ano de 2020, sendo R\$ 87.869.147,45 de recurso federal e R\$ 39.227.280,00 de contrapartida estadual. Como esperado, a macro Centro recebe o maior volume de incentivo financeiro, 48% do total de recursos, refletindo o maior número de instituições contempladas pelo Programa (10 instituições) e o perfil das instituições, que são referências para toda população do Estado. Em contrapartida, as macros Leste, Leste do Sul e Oeste destacam-se por receberem os menores montantes, respondendo por respectivamente 0,3%, 1,3% e 1,8% do total. No que tange à cobertura populacional, a Leste e a Leste do Sul possuem, cada uma apenas, uma instituição e ambas são referências para 3% da população. A Oeste, por sua vez, com duas instituições beneficiárias, responde por 6% do total da população do Estado.

**Tabela 4** – Valor e percentual de recurso federal e estadual repassado por macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020

<b>Macrorregião</b>	<b>Recurso Federal</b>	<b>Recurso Estadual</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Centro	R\$ 44.731.313,12	R\$ 16.573.920,00	R\$ 61.305.233,12	48,2
Centro Sul	R\$ 2.265.657,20	R\$ 1.357.800,00	R\$ 3.623.457,20	2,9
Jequitinhonha	R\$ 2.226.625,92	R\$ 544.215,00	R\$ 2.770.840,92	2,2
Leste	R\$ 211.080,96	R\$ 131.400,00	R\$ 342.480,96	0,3
Leste do Sul	R\$ 1.049.088,84	R\$ 637.290,00	R\$ 1.686.378,84	1,3
Nordeste	R\$ 1.719.617,20	R\$ 1.059.960,00	R\$ 2.779.577,20	2,2
Noroeste	R\$ 2.510.627,68	R\$ 1.418.025,00	R\$ 3.928.652,68	3,1
Norte	R\$ 5.231.436,96	R\$ 3.035.340,00	R\$ 8.266.776,96	6,5
Oeste	R\$ 1.464.934,80	R\$ 880.380,00	R\$ 2.345.314,80	1,8
Sudeste	R\$ 5.534.695,84	R\$ 3.024.390,00	R\$ 8.559.085,84	6,7
Sul	R\$ 9.122.461,88	R\$ 5.168.400,00	R\$ 14.290.861,88	11,2
Triângulo do Norte	R\$ 6.621.678,89	R\$ 3.433.920,00	R\$ 10.055.598,89	7,9
Triângulo do Sul	R\$ 2.674.322,88	R\$ 904.470,00	R\$ 3.578.792,88	2,8
Vale do Aço	R\$ 2.505.605,28	R\$ 1.057.770,00	R\$ 3.563.375,28	2,8
<b>Total</b>	<b>R\$ 87.869.147,45</b>	<b>R\$ 39.227.280,00</b>	<b>R\$ 127.096.427,45</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora

Os recursos financeiros provenientes da Rede Cegonha estão sendo alocados, principalmente, para as regiões que concentram os pontos de atenção à saúde com maior densidade tecnológica do Estado de Minas Gerais. Fato que é reforçado quando é avaliada a quantidade de instituições beneficiárias, e a quantidade de leitos complementares tais como os de UTIN, UCINCo, UCINCa. Além disso, a macro Centro é a de maior fluxo e é onde está localizada a capital do Estado. Tal fato pode ser percebido desde o início da Rede Cegonha quando as primeiras instituições foram contempladas por serem as maiores maternidades do Estado e instituições de referência para outras regiões.

### ***4.2.3 Leitos para assistência obstétrica e neonatal***

Para identificar a configuração e organização do número de leitos da rede assistencial, analisou-se o número de leitos habilitados e em funcionamento comparando com o número de leitos qualificados pela Rede Cegonha em 2020 (Tabela 5).

Em 2020, do total de leitos custeados com recursos financeiros diferenciados da Rede Cegonha em Minas Gerais, 238 eram leitos GAR (atendimento as gestantes de risco). No cuidado, nas unidades neonatais, a distribuição dos leitos compreendia 380 UTIN, 132 UCINCo e 73 UCINCA. Além dos leitos, 7 CGBP, que funcionam como casa de apoio a maternidade, e 3 CPN, que são exclusivos para atenção parto e nascimento, também são mantidos com recursos financeiros provenientes da política.

A Rede Cegonha também custeia leitos de UTI adulto para atendimento a gestantes e/ou puérperas que precisam de atendimentos de terapia intensiva. Esses, contudo, não foram contabilizados na análise por serem leitos que somente são custeados de forma diferenciada pela Rede Cegonha em unidades que são exclusivamente maternidades. Em hospitais gerais, esses leitos são custeados pela Rede de Urgência e Emergência. Ao verificar o perfil no CNES, foi possível identificar que das instituições que possuem UTI adulto, somente uma delas é exclusivamente maternidade.

**Tabela 5** – Comparativo entre leitos/componentes habilitados e qualificados pela Rede Cegonha, por macrorregião de saúde de Minas Gerais em 2020.

Componente	CGBP 10/ 20 LEITOS			Centro de Parto Normal (CPN)			Leitos Obstétricos para Gestante de Alto Risco (GAR)			Leitos de UTI Neonatal Tipo II e III (UTIN)			Leitos de UCI Neonatal Convencional (UCINCo)			Leitos de UCI Neonatal Canguru (UCINCa)		
	SUS	RC	% RC	SUS	RC	% RC	SUS	RC	% RC	SUS	RC	% RC	SUS	RC	% RC	SUS	RC	% RC
Macrorregião																		
Centro	4	4	100	3	3	100	645	85	13	180	152	84	151	106	70	56	51	91
Centro Sul	0	0	0	0	0	0	125	10	8	15	15	100	0	0	0	0	0	0
Jequitinhonha	1	1	100	0	0	0	65	5	8	8	3	38	3	7	233	1	5	500
Leste	0	0	0	0	0	0	232	0	0	31	0	0	16	0	0	8	0	0
Leste do Sul	0	0	0	0	0	0	127	3	2	18	8	44	0	0	0	0	0	0
Nordeste	0	0	0	0	0	0	219	2	1	9	8	89	5	0	0	4	0	0
Noroeste	0	0	0	0	0	0	110	8	7	33	16	48	3	3	100	0	0	0
Norte	0	0	0	0	0	0	316	18	6	54	30	56	4	0	0	2	2	100
Oeste	0	0	0	0	0	0	164	6	4	23	10	43	0	0	0	0	0	0
Sudeste	1	1	100	0	0	0	224	23	10	57	33	58	0	0	0	0	0	0
Sul	1	1	100	0	0	0	451	40	9	97	56	58	14	0	0	4	0	0
Triângulo do Norte	0	0	0	0	0	0	187	19	10	45	38	84	34	10	29	10	10	100
Triângulo do Sul	0	0	0	0	0	0	98	10	10	22	6	27	6	6	100	0	0	0
Vale do Aço	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0
Total	7	7	100	3	3	100	2963	238	8	592	380	64	236	132	56	85	73	86

Fonte: Elaborado pela autora.

No que diz respeito à distribuição dos leitos entre as macros, observa-se novamente uma desigualdade espacial marcante, detectando-se inclusive vazios assistenciais nesse cuidado, principalmente no que se refere aos Centros de Parto Normal (CPN) cuja oferta é verificada apenas na macro Centro (3 unidades), CGBP com oferta apenas em quatro macros (Centro, Jequitinhonha, Sudeste e Sul), e leitos UCINCo e UCINCa. Em relação a esses dois últimos tipos de leito, as macros Centro Sul, Leste do Sul, Oeste, Sudeste, e Vale do Aço não possuem oferta de leito habilitado ou qualificado pela Rede Cegonha (Tabela 5). Esse vazio assistencial pode implicar maior deslocamento de gestantes e de RN em busca de atendimento especializado em outras regiões do Estado, indo na contramão a um dos objetivos da Rede Cegonha que é reduzir a mortalidade materna e infantil garantindo, entre outras ações, a suficiência de leitos. A oferta de leitos GAR é fundamental em todas as macros e precisam ser em quantidade suficiente de acordo com o que é recomendado pela Política. Estima-se que cerca de 15% das gestantes são de alto risco e necessitam de atendimento nesses leitos. No que se refere aos leitos de

UCINCo e UCINCa são para atendimento à RN de risco, sendo preconizada a existência de 2 leitos de UCINCO e 1 UCINCa para cada 1.000 nascidos vivos. O CPN é para atenção ao parto normal e humanizado, por outro lado, as CGBP são para atendimento e apoio às gestantes de risco e às puérperas que, em muitos casos, estão com bebês retidos na unidade neonatal (BRASIL, 2017).

A Tabela 5 mostra também que nem todos os leitos destinados à assistência obstétrica e neonatal de Minas Gerais recebem recursos diferenciados da Rede Cegonha, apesar de estarem habilitados e em funcionamento. Mesmo as instituições cumprindo as exigências da política não estão sendo contempladas com recursos diferenciados para a qualificação do cuidado ofertado nos serviços.

Mais uma vez, a macro Centro chama atenção por ser a única que tem CPN habilitado e o maior número de CGBP. A região Leste, apesar de ter uma instituição beneficiada, possui apenas leitos de UTI adulto qualificados pela Rede Cegonha. A região Leste do Sul possui somente 11 leitos Rede Cegonha, sendo 3 leitos GAR e 8 leitos UTIN.

Ao avaliar o percentual entre o total de leitos qualificados pela Rede Cegonha e o total de leitos habilitados e em funcionamento, identificou-se que apenas 8% dos leitos são GAR. A diretriz ministerial informa que 15% do total de leitos obstétricos deverão ser leitos GAR (BRASIL, 2017), ou seja, em Minas Gerais o número de leitos GAR é menor que o recomendado.

A mesma situação ocorre com os leitos de UTIN onde apenas 62% dos leitos totais de UTIN habilitados são qualificados pela Rede Cegonha. O percentual de leitos UCINCo dentro da Rede Cegonha corresponde a 60% do total de leitos existentes. Os leitos de UCINCa apresentam o maior percentual qualificado pela Rede, igual a 86%. No entanto, como os leitos UCINCa são exclusivos da Rede Cegonha, espera-se que todos sejam contemplados pela Política e constem nas legislações específicas. Dessa forma, é necessária uma análise mais aprofundada e detalhada



para verificação de possíveis inconsistências, sendo as possibilidades: avaliar o valor e a quantidade de diárias por AIH registradas; verificar o ano das habilitações; e analisar os PAR para identificar se os leitos são previstos.

A Tabela 6 mostra o total de instituições da Rede Cegonha e maternidades habilitadas para GAR em cada uma das macrorregiões de saúde em 2020. Como proposto pela política, as instituições Rede Cegonha deverão ser referência para atendimento a GAR.

Do total de instituições beneficiárias da Rede Cegonha, 78% possuem a habilitação necessária para atendimento a casos complexos e cumprem os requisitos da política. Nas macros Centro Sul, Nordeste, Noroeste, Oeste, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, somente 50% das instituições são para atendimento ao alto risco. A macro Vale do Aço, além de não ter instituições da Rede Cegonha, também não possui serviços habilitados para atendimento GAR.

Na região Centro, uma das maternidades, apesar de não ser habilitada para atendimento ao alto risco, é beneficiária da Rede Cegonha. Essa maternidade que é Rede Cegonha é destinada a atender somente gestantes de risco habitual e os leitos custeados são para UCINCo e UCINca. A região Sul possui uma instituição habilitada como GAR, mas não faz parte do rol das instituições Rede Cegonha. Apesar de não haver registros sobre as razões pelas quais essas duas situações terem sido observadas, uma possibilidade é que a habilitação das instituições tenha ocorrido após a elaboração do PAR ou não ter sido prevista no desenho da Rede.

Conforme documentos orientadores da política, apesar de as instituições serem previstas nos PAR, as habilitações decorrem de processos de tramitações diferentes, sendo inclusive analisados por departamentos distintos do Ministério da Saúde. Além disso, as revisões do PAR não são processos constantes havendo muito espaçamento entre os anos de desenho da Rede e entre os anos de aprovação. A existência de instituições nessas situações é algo contrário ao

proposto pela política. Os serviços qualificados pela Rede Cegonha, por serem mais complexos, deveriam ser ofertados em maternidades habilitadas como alto risco e com estrutura física mais completa ofertando, principalmente, o cuidado progressivo neonatal.

**Tabela 5** – Comparativo entre instituições para atendimento a gestantes de alto risco (GAR) e instituições Rede Cegonha, segundo macrorregião de saúde de Minas Gerais, em 2020

<b>Macrorregião</b>	<b>Beneficiário da Rede Cegonha</b>	<b>Maternidades GAR</b>	<b>%GAR</b>
Centro	10	9	90
Centro Sul	2	1	50
Jequitinhonha	1	1	100
Leste	3	3	100
Leste do Sul	1	1	100
Nordeste	2	1	50
Noroeste	2	1	50
Norte	5	3	60
Oeste	2	1	50
Sudeste	6	4	67
Sul	9	10	111
Triângulo do Norte	4	2	50
Triângulo do Sul	2	1	50
Vale do Aço	-	-	
<b>Subtotal</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>78</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise realizada demonstra que, além de vazio assistencial em relação à quantidade de maternidades GAR, sugere-se que o financiamento dos atendimentos GAR são insuficientes, dado que a única forma de pagamento diferenciado para este tipo de leito é eles serem qualificados pela Rede Cegonha. Nas análises realizadas, além dos critérios assistenciais exigidos para habilitações, não foi possível identificar como são elencados a ordem de habilitações e os motivos de priorizações.

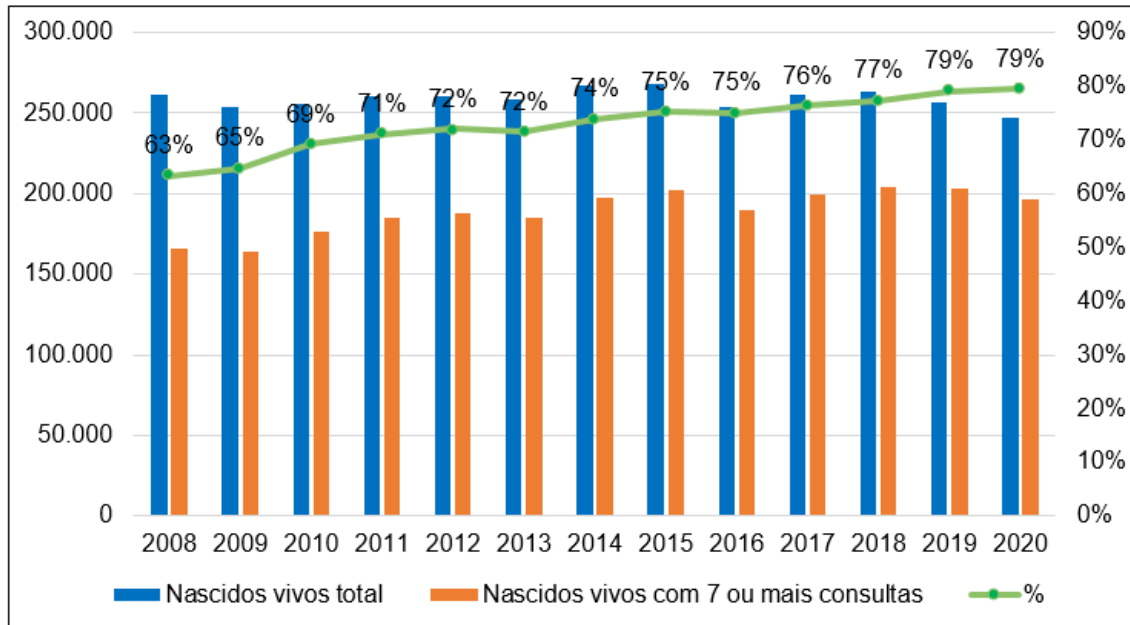
### **4.3 Indicadores assistenciais**

Nesta seção, são apresentados os indicadores assistenciais selecionados. No primeiro momento, é realizada a análise dos indicadores de acesso e qualidade do pré-natal com base nos indicadores de proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, nascidos vivos de mães adolescentes e sífilis congênita. A segunda parte da seção analisa a taxa de cesárea por macrorregião de saúde e por último a taxa de mortalidade infantil.

#### ***4.3.1 Indicadores de acesso e qualidade***

O Gráfico 3 apresenta a proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal por ano. Observa-se que, ao longo dos anos, o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal vem aumentando, saindo de 63% em 2008 para 79% em 2020, representando um aumento de 25%. Esse aumento ocorre de forma contínua no período, mas de forma mais acentuada no primeiro e segundo quadriênio do período de análise, ou seja, entre 2008 e 2011 e entre 2011 e 2014, quando essa proporção aumenta 12,7% e 4,2%, respectivamente. Nestes períodos, houve o maior quantitativo de portarias (9 portarias), com a incorporação de recursos financeiros para os novos exames de pré-natal e teste rápido de gravidez e, coincidentemente, estes foram os anos de implementação e expansão da Rede Cegonha. Por serem os anos iniciais, a busca por melhorias assistenciais era pauta constante entre os gestores.

**Gráfico 3** - Comparativo de nascidos vivos totais e nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, em Minas Gerais, entre 2008 e 2020



Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 7 apresenta a evolução dessa proporção por macrorregião de saúde. Os resultados mostram ganhos em todas as macros no período de análise, entre 2008 e 2020, sobretudo para Nordeste e Jequitinhonha. Na macro Nordeste, entre 2008 e 2020, a proporção de nascidos vivos, cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, saiu de 37% para 72%, representando um ganho acumulado de 95%. No Jequitinhonha, esse aumento foi de 82%, saindo de uma cobertura de 46% em 2008 para 83% em 2020. No primeiro triênio, o aumento da cobertura adequada de consultas de pré-natal nessas duas macros foi de 57% e 33%, respectivamente. Essas macros estão entre as escolhidas para implantação inicial da Rede Cegonha e demonstram resultados positivos ao longo dos anos.

Nas macros com maior percentual de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, como a do Triângulo do Norte e a Sul, a variação percentual do indicador entre 2008 e 2020 foi menor, sendo 10% e 14%, respectivamente. Diante desse resultado, é perceptível que a melhoria deste indicador foi maior em regiões cujo percentual de cobertura no início do período era menor.

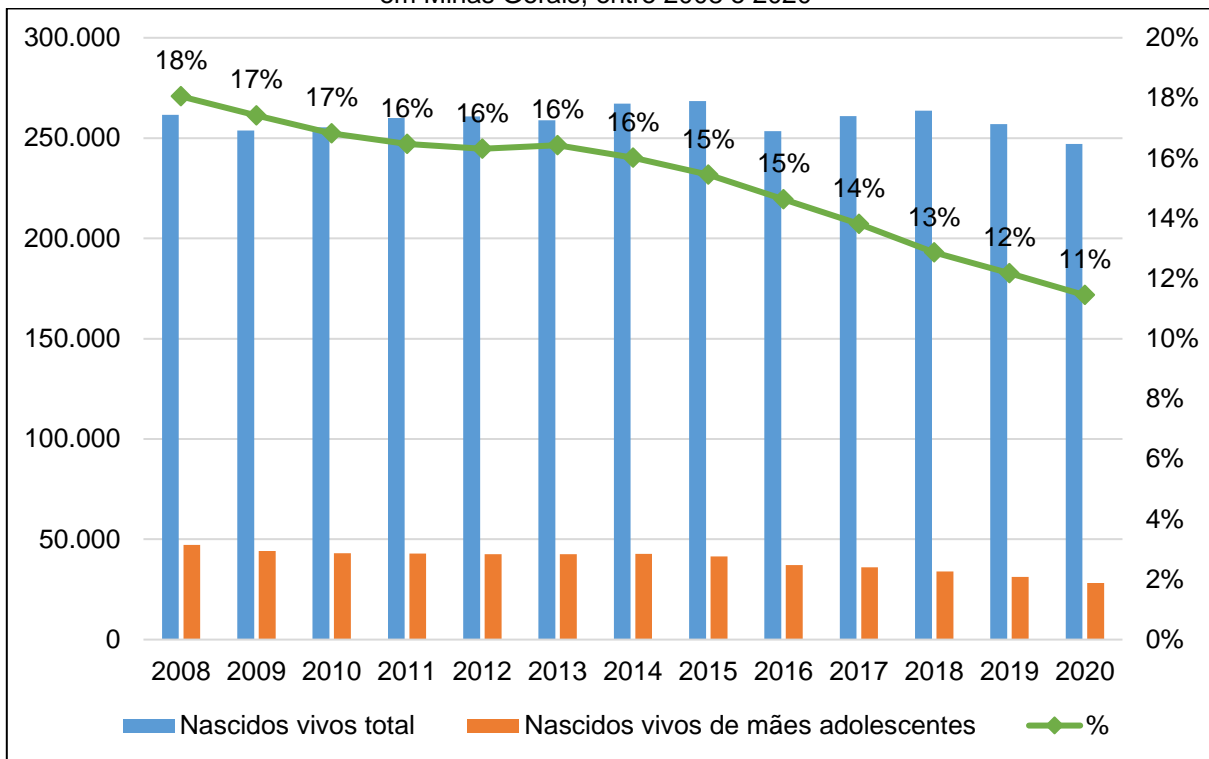
**Tabela 6** - Evolução da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Macro	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sul	73,0	74,3	77,7	78,5	78,7	78,5	79,5	80,6	80,5	81,1	81,6	83,3	82,9
Centro Sul	61,8	57,8	63,3	68,0	67,4	67,0	69,8	71,4	70,1	71,4	73,1	74,9	74,5
Centro	65,7	69,1	70,0	70,3	71,1	70,8	72,3	73,5	74,0	75,6	76,4	77,9	78,9
Jequitinhonha	43,6	45,7	54,8	61,6	70,0	72,7	76,9	78,5	79,3	80,1	83,6	84,2	83,3
Oeste	60,6	65,7	74,9	75,3	76,7	74,7	75,9	76,1	76,3	78,4	78,5	80,5	82,3
Leste	47,7	47,6	54,5	63,7	61,4	62,2	66,6	69,9	67,1	65,3	69,2	72,2	72,3
Sudeste	71,8	69,2	75,9	74,4	74,0	70,8	73,8	74,8	74,4	76,5	77,6	78,9	77,7
Norte	55,5	55,4	62,3	68,2	70,3	68,8	73,5	75,6	74,1	74,8	76,2	78,4	78,9
Noroeste	55,9	61,8	68,8	67,8	72,2	69,1	72,4	74,9	75,4	74,6	76,3	78,4	79,5
Leste do Sul	59,3	56,7	68,1	69,1	69,3	70,8	74,1	74,9	75,6	77,9	78,7	79,2	78,4
Nordeste	39,0	42,6	50,5	58,4	61,7	61,2	68,0	70,8	69,0	68,6	70,5	73,1	71,7
Triângulo do Sul	68,1	62,6	68,5	67,8	71,9	69,4	70,2	72,8	72,5	73,2	76,1	78,9	77,7
Triângulo do Norte	81,3	79,0	81,4	80,6	79,8	81,9	83,4	84,5	82,9	85,3	85,0	86,9	89,6
Vale do Aço	55,0	57,1	60,5	68,2	67,1	69,3	71,8	71,1	72,6	74,6	74,0	77,7	75,8

Fonte: Elaborado pela autora.

Outro ponto positivo observado é a redução na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (com idade até 19 anos), que caiu de 18% em 2008 para 11% em 2020, representando uma queda de 39% no período (7 pontos percentuais). A maior queda ocorreu na segunda parte do período, entre 2014 e 2020, acumulando uma redução de 31%, enquanto no primeiro período, entre 2008 e 2014, essa redução foi de 11%. Uma das ações da Rede Cegonha refere-se à educação sexual e reprodutiva, sobretudo para as adolescentes (Gráfico 4).

**Gráfico 4** – Evolução do percentual de nascidos vivos de mães adolescentes em Minas Gerais, entre 2008 e 2020



Fonte: Elaborado pela autora.

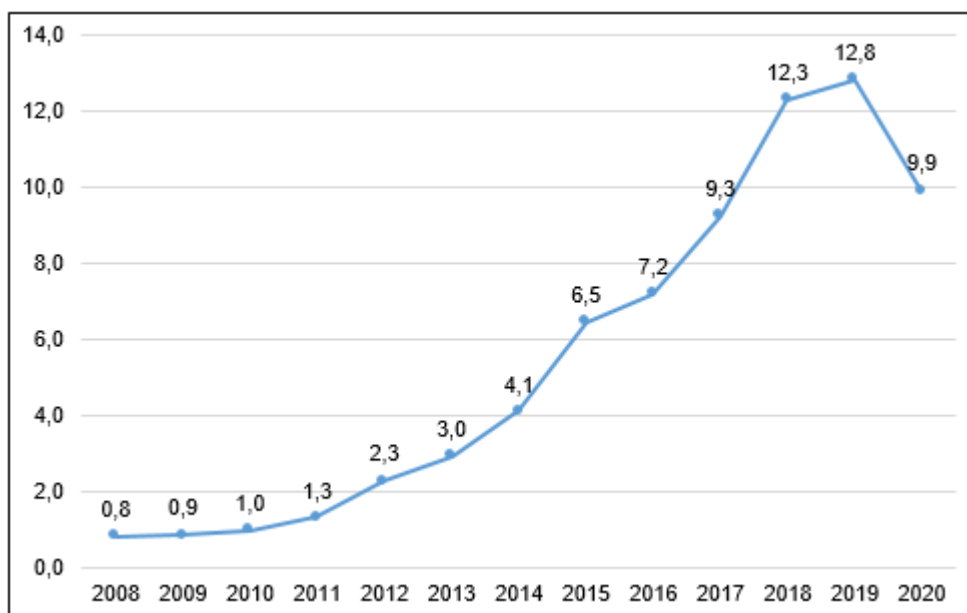
A Tabela 8 apresenta a evolução do percentual de nascidos vivos de mães adolescentes por macrorregião de saúde. Destacam-se as reduções observadas em todas as macros no período de análise, entre 2008 e 2020, sobretudo na Noroeste e na Centro Sul. Na macro Noroeste, entre 2008 e 2020, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes passou de 23% para 13%, representando uma queda acumulada de 44%. Na Centro Sul, essa redução foi de 43%, passando de 17% em 2008 para 9% em 2020. No primeiro quadriênio, a redução nessas duas macros foi de 13% e 9%, respectivamente. A menor redução percentual (26%) foi observada na macro Nordeste, passando de 24% em 2008 para 18% em 2020.

**Tabela 7** - Evolução da proporção de nascidos vivos de mães adolescentes por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2019

Macrorregião	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sul	17,9	17,5	16,9	16,7	16,2	16,5	15,9	15,1	14,5	13,6	12,5	12,0	11,4
Centro Sul	16,5	15,9	14,9	15,0	14,7	14,0	13,8	13,7	12,5	11,4	11,0	10,4	9,4
Centro	15,5	14,7	14,4	14,0	14,1	14,1	13,9	13,4	12,7	11,9	10,8	10,3	9,7
Jequitinhonha	20,5	22,3	21,2	20,1	19,3	19,2	19,1	18,2	16,5	15,2	13,7	13,2	12,7
Oeste	15,7	15,7	15,1	14,7	14,7	14,9	14,9	14,3	12,6	12,2	11,5	10,1	9,9
Leste	20,4	19,5	18,8	18,7	18,0	18,4	17,6	17,4	16,4	15,7	15,3	14,3	13,8
Sudeste	17,1	16,9	16,6	16,2	16,2	17,1	16,3	15,9	14,7	14,6	13,7	12,4	11,9
Norte	22,2	21,4	21,0	21,0	20,1	19,9	19,2	18,5	18,2	16,4	15,7	14,8	14,1
Noroeste	22,6	20,6	19,9	19,7	19,4	18,7	19,6	17,9	17,2	16,5	14,8	14,5	12,7
Leste do Sul	18,6	18,1	17,4	16,8	17,6	17,7	16,7	17,0	16,3	15,7	14,1	14,2	12,5
Nordeste	24,0	23,1	22,9	22,1	23,0	22,6	21,7	22,0	20,5	20,8	20,1	18,7	17,7
Triângulo do Sul	21,1	20,0	19,3	18,9	18,1	18,6	17,7	17,8	16,2	14,5	14,2	13,4	12,9
Triângulo do Norte	18,6	18,6	17,6	16,5	16,9	18,1	17,2	15,8	15,0	13,9	12,9	12,1	11,2
Vale do Aço	16,9	16,0	14,3	14,3	14,3	14,1	14,0	14,3	13,9	13,2	12,0	11,7	11,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Para avaliar a qualidade do pré-natal, utilizou-se o indicador de proporção de nascidos vivos com sífilis congênita (Gráfico 5). No período de análise, houve um aumento expressivo da proporção de crianças que nasceram com sífilis. Durante o pré-natal, a realização do teste rápido de sífilis, que também possui recursos destinados da Rede Cegonha, tem como objetivo fazer o diagnóstico e viabilizar o tratamento precoce. Acredita-se que ainda existe alguma barreira para realização dos testes rápidos de sífilis em gestantes ou no tratamento precoce quando a doença é diagnóstica. Desse modo, apesar do aumento no número de consultas de pré-natal a qualidade do acompanhamento precisa ser aprimorada.

**Gráfico 5** – Evolução do percentual de sífilis congênita em Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 9 apresenta a evolução do percentual de casos de sífilis congênita por macrorregião de saúde. Houve um aumento acentuado em todas as macros no período de análise, sobretudo para a macro Jequitinhonha e a Leste. Na macro Jequitinhonha, entre 2008 e 2020, a proporção de sífilis congênita passou de 0% para 2%. Na Leste, esse indicador aumentou de 0,4% em 2008 para 15% em 2020. Na macro Leste, o pico de proporção de nascidos vivos com sífilis congênita ocorreu em 2019, com o percentual de 22%, e na Jequitinhonha, o pico de 4% foi observado em 2018. Em 2020, as macros que apresentavam os maiores percentuais, acima de 10%, foram Leste, Vale do Aço (ambas com 15%), Centro (13,5%), Sudeste e Triângulo do Sul (ambas com cerca de 12%) e Nordeste (10%).



**Tabela 8** – Evolução do percentual de casos de sífilis congênita por macrorregião de Saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Macrorregião	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sul	0,4	0,2	0,7	1,0	1,8	1,9	2,3	4,1	3,6	4,1	4,9	6,0	5,8
Centro Sul	1,0	0,1	0,4	0,9	1,3	2,1	1,8	4,4	6,5	8,9	10,0	11,7	6,5
Centro	1,7	1,5	1,7	2,0	3,5	4,3	6,3	9,6	11,4	14,0	17,8	18,4	13,5
Jequitinhonha	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,7	0,7	2,0	0,5	1,5	4,2	3,9	2,1
Oeste	0,2	0,3	0,4	0,5	1,1	2,2	3,4	3,0	4,4	5,6	7,2	7,6	4,9
Leste	0,4	1,9	1,8	2,3	3,7	5,1	7,4	9,9	7,6	12,5	20,7	22,4	15,2
Sudeste	0,5	1,1	1,2	2,0	3,1	4,1	5,2	6,5	7,2	9,1	15,6	13,6	11,8
Norte	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4	0,8	1,1	3,5	3,8	6,6	8,2	8,7	9,2
Noroeste	0,5	0,4	0,4	0,8	1,1	0,2	1,7	2,6	2,4	5,6	11,3	9,9	9,9
Leste do Sul	0,2	0,9	0,2	0,6	0,9	2,3	2,8	3,9	5,4	4,9	8,6	6,8	4,4
Nordeste	0,6	0,6	0,8	1,6	1,2	3,7	3,8	6,0	5,9	6,0	10,1	13,4	10,2
Triângulo do Sul	0,9	0,5	0,8	1,2	1,2	1,8	3,8	7,8	8,2	12,0	16,3	16,1	11,6
Triângulo do Norte	0,7	1,0	0,8	1,0	2,9	2,5	2,8	4,2	4,7	8,1	6,3	6,6	4,3
Vale do Aço	0,1	0,2	0,1	0,2	2,4	2,3	3,8	7,9	9,1	9,3	13,5	16,8	15,1

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados encontrados para Sífilis são preocupantes. Segundo Lorenzi *et al.* (2001), a análise do indicador de sífilis congênita é importante para avaliar a assistência ao pré-natal por ser totalmente evitável com o cuidado pré-natal adequado. Os autores também encontram um alto percentual de sífilis congênita entre as mães que realizaram pré-natal, e apontam a necessidade de reformulação da assistência durante as consultas ao longo da gestação.

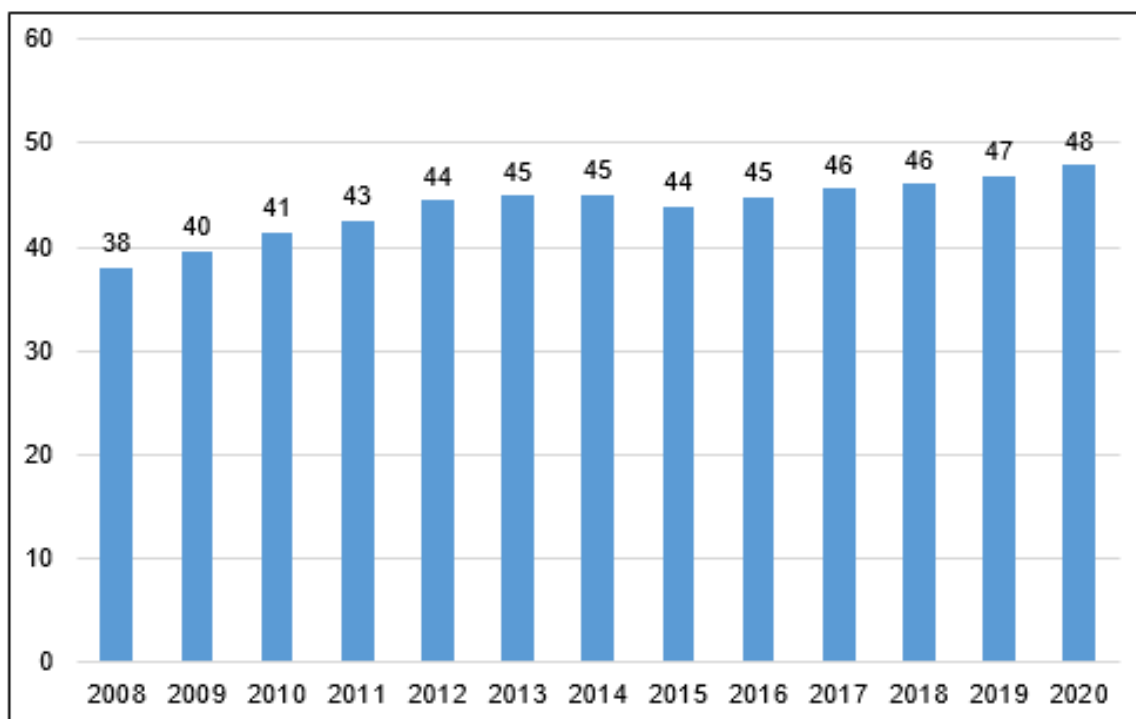
Existem várias limitações ao avaliar o indicador, não devendo ser avaliado de forma isolada. Nonato *et al.* (2013), em um estudo realizado para Belo Horizonte, elencaram as limitações na avaliação deste indicador, destacando a qualidade dos registros, a subnotificação dos dados e as informações sobre o tratamento da gestante. Apesar das limitações apontadas, a análise da prevalência de sífilis congênita mantém-se importante para identificar falhas na assistência ao pré-natal. Além disso, os autores mencionam que este é um problema longe de ser eliminado na Saúde Pública (NONATO *et al.*, 2013).

Há anos o Governo Federal implementa ações e iniciativas para reduzir o número de casos de sífilis no país (COSTA *et al.*, 2017). Assim, a eliminação da sífilis congênita, como proposto pela Rede Cegonha e em outras políticas, ainda permanece como um problema a ser enfrentado por todas as esferas governamentais e um desafio para gestores, trabalhadores e população. Para diminuir os casos, algumas estratégias são fundamentais como a detecção precoce, o aconselhamento, o manejo adequado dos casos, incluindo o tratamento da gestante e do parceiro; junto à conscientização do uso do preservativo.

Mesmo diante de algumas limitações, estes resultados demonstraram o aumento dos casos ao longo dos anos e sugerem a necessidade de estudo aprofundado das informações, sobretudo das mudanças na qualidade do registro que podem ter ocorrido ao longo do tempo.

#### **4.3.2 Indicador de atenção ao parto**

Uma das propostas da Rede Cegonha é a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento e, conseqüentemente, a redução do número de partos cesáreos. Observa-se que a taxa de cesárea em Minas Gerais passou de 38% em 2008 para 48% em 2020, representando um aumento de 26%. Esse aumento ocorre de forma contínua no período, mas é mais acentuado na primeira metade do período de análise, ou seja, entre 2008 e 2014, quando essa proporção aumenta cerca de 18%, saindo de 38% para 45%. Destaca-se que em nenhum dos anos, a taxa de cesárea preconizada para o atendimento ao alto risco de 35% foi alcançada, permanecendo sempre acima desse valor (Gráfico 6).

**Gráfico 6** – Evolução da taxa de cesárea em Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante destacar que nenhuma macrorregião de saúde alcançou satisfatoriamente a taxa de cesárea preconizada. Todas sofreram aumento desse indicador entre 2008 e 2020, exceto a macro Triângulo do Norte que, apesar de se manter em patamar elevado, a taxa sofreu um leve declínio, saindo de 67,6% para 61,3%. O crescimento foi mais acentuado nas macros Nordeste, Oeste e Noroeste, cuja taxa em 2020 foi 73,5%, 57,8% e 53% mais elevada que a observada em 2008, respectivamente. As macros que registraram o menor aumento foram Vale do Aço (aumento de 7,1%), Sudeste (12,2%) e Centro (17,7%). Em 2020, as macros que apresentavam as maiores taxas de cesárea foram Centro Sul (65,1%), Triângulo do Norte e Noroeste (ambas com cerca de 61%), e Sul (60%). As menores taxas foram verificadas em Jequitinhonha (33,4%), Centro (36,6%) e Nordeste, que, apesar de ter sofrido um aumento expressivo no período, chegou a 2020 com uma taxa igual a 39,9% (Tabela 10).

De modo geral, mesmo sendo a taxa de cesárea um dos indicadores monitorados para repasse de recursos estadual, não houve uma redução importante nas macrorregiões após a implementação da Rede Cegonha.

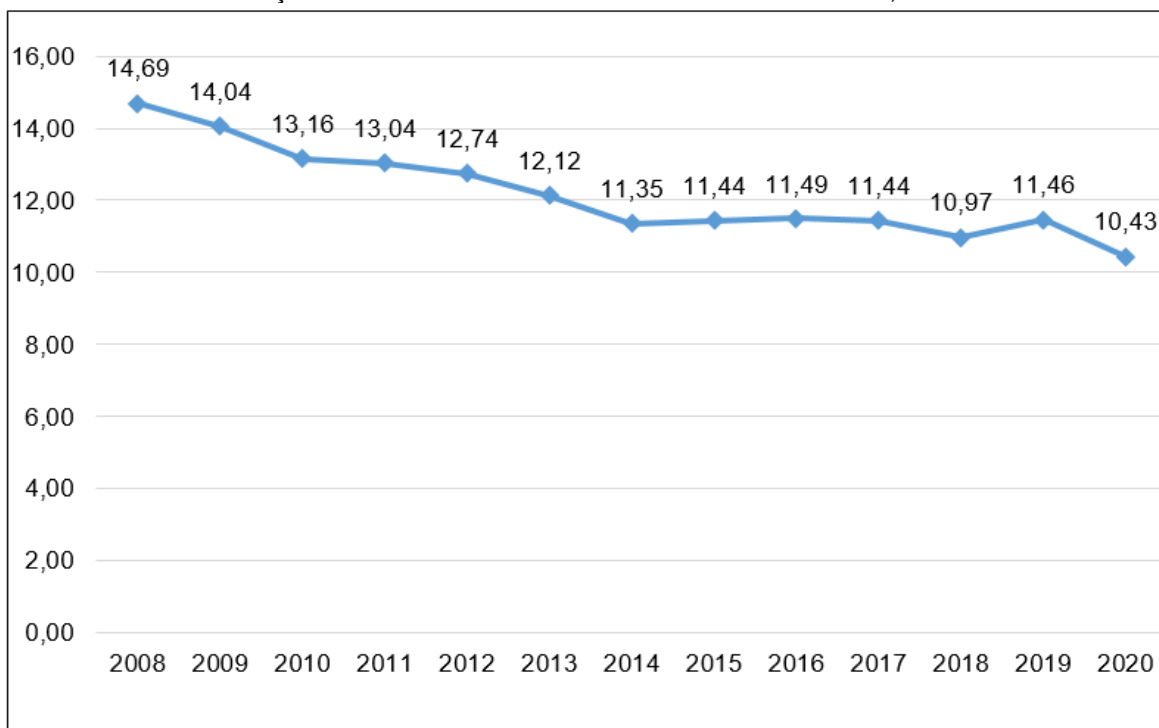
**Tabela 9** – Evolução da taxa de cesárea por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Macrorregião	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sul	47,3	48,7	50,7	51,6	54,2	56,3	56,0	56,0	57,6	58,8	58,3	58,4	59,7
Centro Sul	49,2	52,9	55,5	59,4	58,8	58,7	59,1	59,9	59,2	61,6	62,7	63,8	65,1
Centro	31,1	31,3	32,6	34,6	34,8	35,0	34,7	33,7	34,2	34,5	34,5	35,4	36,6
Jequitinhonha	24,4	25,4	26,1	29,5	31,1	33,8	32,8	33,7	33,9	32,4	33,0	32,9	33,4
Oeste	33,9	36,8	38,7	40,9	45,4	46,3	47,6	48,9	50,8	51,1	51,1	52,8	53,5
Leste	39,4	45,2	48,2	49,9	52,1	52,9	53,8	51,9	52,6	53,0	56,2	53,6	55,2
Sudeste	48,2	51,3	53,4	55,8	59,5	57,6	57,8	53,7	53,0	53,7	53,4	53,3	54,1
Norte	31,5	31,9	32,8	33,1	35,4	35,8	37,8	37,2	38,9	41,2	41,3	40,7	41,0
Noroeste	39,7	42,1	44,3	44,4	46,0	47,7	51,3	49,1	50,6	51,6	55,7	58,3	60,7
Leste do Sul	40,3	43,8	46,4	47,2	53,8	54,2	55,0	46,6	48,1	48,8	51,8	53,3	55,9
Nordeste	23,0	25,0	27,0	29,0	31,6	32,9	34,0	33,7	33,7	36,3	37,9	39,9	39,9
Triângulo do Sul	39,3	41,2	44,4	45,0	47,3	48,7	49,2	49,7	50,3	52,9	53,8	53,9	56,6
Triângulo do Norte	67,6	71,4	72,4	69,7	68,1	67,1	65,4	61,0	61,3	59,6	58,4	60,0	61,2
Vale do Aço	40,8	43,7	45,2	41,7	42,9	42,9	42,2	43,0	44,1	41,6	42,9	45,9	43,7

Fonte: Elaborado pela autora.

#### **4.3.3 Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)**

A redução dos indicadores de mortalidade é um dos principais objetivos da Rede Cegonha. Observa-se que, ao longo dos anos, a taxa de mortalidade infantil vem reduzindo em Minas Gerais, saindo de 14,7 para cada 1000 nascidos vivos em 2008 para 10,4 em 2020, representando uma redução de 41%. Essa redução ocorre de forma contínua no período, mas de forma mais acentuada no primeiro e segundo quadriênio do período de análise, ou seja, entre 2008 e 2011 e entre 2011 e 2014, quando essa taxa reduz 11,2% e 12,9% (Gráfico 7). Esse resultado fez com que o Estado alcançasse a meta do ODS que é de 12 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos. Ainda de acordo com os dados apresentados, apesar do pequeno aumento na TMI em 2019, pode-se considerar que o proposto pela Política está sendo efetivo no que tange à redução de óbitos infantis.

**Gráfico 7** - Evolução da taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Fonte: Elaborado pela autora.

Em todas as regiões, houve redução significativa nesse indicador. As regiões que apresentaram as maiores reduções foram a Leste do Sul e a Centro Sul, ambas contempladas na fase de expansão da Rede Cegonha no Estado. Na macro Leste do Sul, entre 2008 e 2020, a mortalidade infantil passou de 19,0 para cada 1000 nascidos vivos para 9,8, representando diminuição acumulada de 48%. Na Centro Sul, essa diminuição foi de 45%, saindo de 17,7 por mil em 2008 para 9,8 por mil em 2020. A região que registrou a menor redução foi Vale do Aço (queda de 17%), cuja TMI em 2008 era de 13,8 por mil, passando para 11,5 em 2020 (Tabela 11).

Em 2020, a TMI era mais elevada na macro Leste (14,7 por mil nascidos vivos) e na Nordeste (13,3 por mil nascidos vivos). Essas regiões, sobretudo a Nordeste, são caracterizadas por apresentarem vazios assistenciais, com carência de instituições que realizam partos de alto risco e insuficiência de leitos neonatais. A macro Centro apresenta o maior número de instituições contempladas pelo programa e uma das menores TMI de Minas Gerais (9,9 por mil nascidos vivos).

**Tabela 10** – Evolução da Taxa de mortalidade infantil por macrorregião de saúde de Minas Gerais, entre 2008 e 2020

Macro	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sul	14,6	12,8	11,2	12,6	12,0	11,3	11,2	11,6	11,2	12,0	9,9	10,3	9,5
Centro Sul	17,7	19,2	14,4	15,2	14,0	13,8	11,2	11,5	9,9	16,1	11,3	10,9	9,8
Centro	12,7	12,4	12,2	11,0	11,2	11,0	10,5	10,4	10,1	10,4	10,2	10,9	9,9
Jequitinhonha	16,2	21,1	15,4	18,6	15,6	17,2	12,1	14,3	11,3	10,7	10,5	13,9	9,8
Oeste	12,5	10,9	12,8	14,7	12,1	10,3	9,7	10,4	11,7	10,3	10,3	9,9	9,9
Leste	18,2	14,6	13,5	13,0	15,2	15,0	12,8	13,7	15,3	12,6	13,4	14,1	14,7
Sudeste	17,6	16,3	16,6	14,1	15,8	13,3	13,5	11,5	12,4	11,2	10,9	11,6	12,1
Norte	15,2	14,0	13,7	14,0	13,6	14,9	12,5	13,1	14,4	12,3	11,5	12,2	11,0
Noroeste	13,8	11,3	12,8	12,2	13,5	13,9	10,6	12,9	10,5	12,8	13,7	14,6	11,1
Leste do Sul	19,0	15,6	15,9	15,1	14,7	11,9	11,8	10,4	10,9	11,6	10,9	11,8	9,8
Nordeste	21,3	23,4	18,0	19,3	19,9	16,6	17,1	15,8	16,7	14,7	15,3	14,7	13,3
Triângulo do Sul	14,0	12,0	10,4	13,9	10,8	12,9	11,3	10,9	10,5	10,2	11,9	12,8	9,5
Triângulo do Norte	12,0	13,2	11,4	10,0	10,7	9,2	8,9	10,2	11,0	11,4	10,8	10,3	9,2
Vale do Aço	13,8	15,5	14,1	14,7	11,5	10,7	11,1	11,3	11,1	10,3	10,9	11,3	11,5

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo avaliar a implementação e expansão da Política de Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha) em Minas Gerais. Realizou-se a análise considerando o período de 2011 a 2020, por macrorregião de saúde. Fez-se o levantamento e a sistematização da legislação atinente ao programa, incluindo desde portarias publicadas pelo Ministério da Saúde até deliberações e resoluções publicadas pela SES/MG. O levantamento dessa regulação permitiu realizar um histórico da implementação da Rede Cegonha no Estado, identificando as instituições e municípios beneficiados pelo programa, o repasse dos recursos, bem como a cobertura do programa nas macrorregiões de saúde. A análise possibilitou avaliar ainda o total de leitos habilitados e a proporção de leitos qualificados pela Rede Cegonha. Posteriormente, avaliou-se a evolução de indicadores assistenciais e de mortalidade infantil entre os anos de 2008 e 2020, de forma a contemplar um período antes e depois da implementação da Rede.

A implementação da Rede Cegonha, em Minas Gerais, ocorreu em três etapas. A primeira é caracterizada pela adesão dos municípios ao componente I do programa. A segunda envolve a elaboração dos PAR, e a terceira, a aprovação dos PAR e as contemplações (componente II). Na primeira etapa, verificou-se que todos os municípios do Estado aderiam à Rede Cegonha. O presente estudo identificou, com base nas principais portarias, ações e recursos financeiros direcionados para APS, sobretudo para exames de pré-natal e para aquisição de testes rápidos de gravidez.

Para qualificação da assistência, houve por parte do Ministério da Saúde a doação de detectores fetais e balanças antropométricas e o envio anual de cadernetas da gestante e para as crianças. Essa expansão permitiu ampliar o acesso ao cuidado pré-natal. De acordo com os resultados encontrados por este estudo, entre 2008 e 2020, houve melhorias significativas no percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.

Para avaliar a implementação do componente II, foram identificadas as contemplações anuais direcionadas para as instituições que realizam partos e maternidades. Nessa etapa, identificaram-se dois momentos de destaque da Rede Cegonha. O primeiro ocorre no início da implementação do programa em Minas Gerais, em 2011. Nesse momento, as contemplações ocorreram, principalmente, nas regiões prioritárias do Estado. O segundo momento importante é observado em 2016 que caracteriza a fase de expansão. Nesse período, há um aumento expressivo das portarias, resoluções e deliberações publicadas, refletindo na ampliação do total de instituições contempladas, bem como do repasse de recursos financeiros federais e estaduais.

Ao longo de todo o período analisado, observou-se um aumento no total de microrregiões contempladas, no número de instituições e no total de leitos beneficiados. No último ano avaliado, todas as macrorregiões de saúde tinham, pelo menos, uma instituição contemplada pela Rede Cegonha. Apesar de sua expansão no período, verificou-se um baixo percentual de microrregiões contempladas.

Em 2020, considerando a média do Estado, o programa cobria apenas 40% das microrregiões de saúde. Além disso, foram identificadas somente 49 instituições como beneficiárias da Rede Cegonha. Esse universo de instituições beneficiárias é pequeno diante da dimensão territorial de Minas Gerais. Os resultados também apontam para uma quantidade de leitos GAR e de leitos para o cuidado progressivo neonatal insuficientes no Estado, ficando abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. Afinal, apenas 8% do total de leitos para atendimento obstétrico do Estado é de alto risco, valor inferior ao definido pela diretriz do programa que é de 15%.

A baixa cobertura da Rede Cegonha nas microrregiões de saúde reflete uma desigualdade regional do programa no Estado. As macros Leste, Leste do Sul, Nordeste e Jequitinhonha, por exemplo, tinham apenas uma instituição contemplada pela Rede. Há vazios assistenciais na oferta do cuidado materno-infantil, principalmente na macro Vale do Aço, Jequitinhonha e Nordeste. Nessas



localidades, a oferta de leitos GAR, UTIN, UCINCo e UCINCa é incipiente ou ausente. Essas macros se caracterizam por serem mais pobres, com baixo PIB *per capita*. Em contraposição, a macro Centro destacou-se por apresentar o maior número de instituições e de leitos qualificados pela Rede, além de receber uma parcela maior dos recursos financeiros repassados tanto pelo governo federal quanto estadual.

Em relação aos indicadores assistenciais, houve redução na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (com idade até 19 anos) e na taxa de mortalidade infantil em todas as macrorregiões. Por outro lado, verificou-se um aumento na proporção de nascidos vivos com sífilis congênita e na taxa de partos cesáreos. Esses resultados sugerem que, apesar dos investimentos realizados pela política, há ainda a necessidade de implementar ações que permitam melhorias na qualidade da assistência ao pré-natal. É importante salientar a importância de priorizar a APS no que se refere a investimentos e processos com foco na saúde das mulheres.

Os documentos regulatórios levantados por esta dissertação evidenciaram que o acompanhamento e monitoramento dos resultados da política são fragilizados. Um exemplo é o espaçamento de tempo observado entre as legislações, o que pode comprometer a avaliação periódica da política. Sugere-se que estudos específicos sejam realizados para investigar crescimento na proporção de nascidos vivos com sífilis congênita e na taxa de partos cesáreos.

Os resultados desta dissertação podem contribuir para a gestão em saúde do Estado, pois permitiram compilar e sintetizar o histórico da implementação e expansão da Rede Cegonha em Minas Gerais. A partir deste estudo, os gestores da Rede Cegonha, bem como o grupo condutor, poderão refletir sobre efetividade das ações por macrorregião e sobre o alcance do princípio da equidade em saúde buscando favorecer regiões mais carentes. Mais do que gerar um grande número de dados para conferir qualidade aos processos decisórios e aos serviços ofertados,

é importante a gestão da informação e do conhecimento. É fundamental a adoção de instrumentos de gestão que facilitem o monitoramento dos indicadores assistenciais e dos recursos financeiros repassados por macrorregião, bem como por instituição beneficiária.

Nenhum dos documentos utilizados neste estudo possuía, anteriormente, uma consolidação das informações estratégicas das instituições e das macrorregiões de saúde contempladas.

Assim, complementando os resultados deste estudo, foi proposto um Produto Técnico que consiste na construção de um instrumento de fácil manuseio, composto por fichas síntese por instituição e por macrorregião de saúde (Apêndice I). Dentre as informações disponibilizadas por esse instrumento, destacam-se a identificação da instituição e sua localidade; identificação dos componentes contemplados pela Rede Cegonha; a quantidade de leitos qualificados pelo programa; total de recursos federais e estaduais repassados; e indicadores de acesso e qualidade do pré-natal, taxa de cesárea e de mortalidade infantil. Esse instrumento poderá ser utilizado pelas referências técnicas e gestores como ferramenta de gestão estratégica e assistencial.

O instrumento proposto como produto técnico desta dissertação, entretanto, não será suficiente para garantir avaliação e monitoramento do programa no Estado. Será necessário, do ponto de vista da gestão, repensar em melhorias na qualidade das informações necessárias para o preenchimento adequado desse instrumento. Além disso, é fundamental refletir sobre formas de se desenvolverem processos colaborativos entre assistência, vigilância em saúde e a gestão, de forma a desenhar estratégias para o monitoramento e avaliação periódicos das ações e resultados da Rede Cegonha. Uma estratégia importante é simplificar o processo de revisão dos PAR, adotando mecanismos que busquem a transparência em todas as etapas e processos. Por fim, será necessário articular e sistematizar todas as

ações propostas pela Rede Cegonha com seu adequado financiamento de forma a garantir resultados satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, v. 39, p. 28-38, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdtHTyYPC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BARROS, M. C. S. *et al.* Rede Cegonha e seus impactos sobre os nascimentos em um estado do nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e30810313166-e30810313166, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13166>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 05 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.228, de 13 de junho de 2012**. Aprova Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implementação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.062, de 21 de dezembro de 2011**. Aprovou a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Minas Gerais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 650, de 5 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS), para o atendimento   mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da rede cegonha, e dispõe sobre os respectivos

incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html). Acesso: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Brasília. 2018b. 26 p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Agenda 2030 – ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília-DF. 2018a. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801\\_ods\\_metas\\_nac\\_dos\\_obj\\_de\\_desenv\\_susten\\_propos\\_de\\_adequa.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf). Acesso em: 07 out. 2019.

COSTA, D. R. *et al.* Taxa de mortalidade infantil no Piauí e determinantes sociais. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 80, 2020. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/250/353>. Acesso em: 11 nov. 2021.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 919-929, 2021. <https://www.scielo.br/j/csc/a/45jmN5Lrvb9hjnN5nj3YnVj/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

GONZAGA, C. B., FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional De Debates Da Administração & Públicas - RIDAP**, 2(1), 12-26. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 25 out. 2020.

GUERRA, S. H. *et al.* Análise das ações da Rede Cegonha no cenário Brasileiro. 2016. **Iniciação Científica Cesumar**. jan-jun2016, Vol. 18 Issue 1, p73-80. 8p. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=15181243&AN=116813781&h=beq%2Ff2jCv8Gya34LV%2BX>

[L1rSeC84zaaRk22CJ8Ehx1E%2FK7ZBA6K5QJ5jau8X3KP3uJLfHIZ7LhJhBA234pFo9g%3D%3D&crl=f](http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191). Acesso em: 15 ago. 2018.

GUERRA, H. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos catarinenses de medicina*, v. 46, n. 3, p. 194-202, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>. Acesso em: 22 jan. 2022.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; LEAL, M. C. L. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz Z, organizadora. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zctf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

KROPIWIEC, M. V. *et al.* Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, p. 391-398, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/x84JKrDFxCyfWGHKxwx8cFQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LAURENTI, R. *et al.* A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 449-460, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HbTsjc3kb367HZtTrcFDr7y/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, June 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2019.

LEAL, M.C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciênc. saúde coletiva** **26 (3)** 15 Mar 2021 Mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8nR78PnmfFQssDDgTggTjz/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

LIMA, E. C. P. Avaliação de políticas públicas: um imperativo para o aperfeiçoamento do setor público. **Revista IBEDAFT**. Ano 1, Vol II – Jul/dez/2020 -São Paulo – SP – Brasil. Disponível em: <https://edilbertoponteslima.com.br/wp-content/uploads/2021/04/REVISTA-IBEDAFT-VOL-II-jul-dez-20201-paginas-3311-327-1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LOPES, G. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100327&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2021.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 23, p. 647-652, 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/j8tvmvPSKV9qvV7DdS3KycB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 25 out. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS MG nº 1.021, de 20 de dezembro de 2011**. Aprova o financiamento inicial da Rede de Cegonha e o financiamento da Rede de Atenção as Urgências no âmbito do Estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 826, de 14 de junho de 2011**. Aprova a adesão do Estado de Minas Gerais e de seus municípios na Rede Cegonha e na Rede de Atenção às Urgências/Emergências conforme normatização do Ministério da Saúde.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 896, de 17 de agosto de 2011**. Aprova a região inicial de implementação da Rede Cegonha, os critérios para a apresentação de projeto ao Ministério da Saúde e a Rede de Maternidades e UTIs de Referência para a Gestante de Alto Risco.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.681, de 10 de dezembro de 2013**. Aprova a expansão da Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais, incluindo os pontos de atenção referentes à saúde materno-infantil e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.458, de 15 de maio de 2013**. Aprova a expansão das Casas de Apoio à Gestante de Alto Risco e à Puérpera (CAGEP), no âmbito do Estado de Minas Gerais e estabelece as Normas do Custeio das CAGEP em funcionamento. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201458%20-%20VIVAVIDA%20-%20CAGEP%20Casa%20de%20Apoio%20à%20Gestante%20de%20Alto%20Risco.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.327, de 13 de abril de 2016**. Aprova a definição de novos indicadores e metas

da Rede Cegonha no âmbito do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/DEL2327SUBPASSA%C3%9ADEDAMULHERIndicadoresMetasRedeCegonha.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.742, de 22 de junho de 2018**. Aprova as propostas de revisão dos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha contemplando os leitos/serviços habilitados e em funcionamento que não foram qualificados e/ou contemplados com recursos de custeio diferenciado da Rede Cegonha das Regiões Centro, Leste, Jequitinhonha, Norte e Nordeste (Regiões Prioritárias); e de remanejamento de recursos financeiros da Rede Cegonha. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202742%20-%20Revis%C3%A3o%20dos%20PAR%20Rede%20Cegonha%20-%20Centro%20Leste%20Norte%20Jequitinhonha%20Nordeste%20e%20Remanejamento%20de%20recurso%20formatada%20CIB.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.991, de 21 de agosto de 2019**. Aprova a alteração do Anexo V da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.742, de 22 de junho de 2018, aprova as propostas de revisão dos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha contemplando os leitos/serviços habilitados e em funcionamento que não foram qualificados e/ou contemplados com recursos de custeio diferenciado da Rede Cegonha das Regiões Centro, Leste, Jequitinhonha, Norte e Nordeste (Regiões Prioritárias); e de remanejamento de recursos financeiros da Rede Cegonha. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202991%20-%20SUBPAS\\_CEGONHA%20-%20Alter%C3%A7%C3%A3o%20Anexo%20V%20da%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%202742%20-%20vers%C3%A3o%20CIB%20-%20final.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202991%20-%20SUBPAS_CEGONHA%20-%20Alter%C3%A7%C3%A3o%20Anexo%20V%20da%20Delibera%C3%A7%C3%A3o%202742%20-%20vers%C3%A3o%20CIB%20-%20final.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.125, de 13 de fevereiro de 2020**. Aprova a alteração da Deliberação CIBSUS/MG nº 2.985, de 21 de agosto de 2019, que aprova a redefinição das diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/REPUBLICA%C3%87%C3%83O%20Del%203125%20-%20R%20-%20SUBPAS\\_CEGONHA%20-%20Alter%20Del%202.985\\_2019%20Parto%20e%20Nascimento%20Comentada%20AE%20SEI%20-%20final%20\(002\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/REPUBLICA%C3%87%C3%83O%20Del%203125%20-%20R%20-%20SUBPAS_CEGONHA%20-%20Alter%20Del%202.985_2019%20Parto%20e%20Nascimento%20Comentada%20AE%20SEI%20-%20final%20(002).pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222, de 16 de setembro de 2020**. Aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG) e para revisão dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203222%20-%20SUBPAS\\_SRAS\\_DATE\\_CMI%20-%20Parto%20e%20nascimento%20-%20](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203222%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Parto%20e%20nascimento%20-%20)



[%20vers%C3%A3o%20final%20CMI%20e%20ASSJUR.doc.pdf](#). Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.279, de 10 de dezembro de 2020**. Aprova o desenho da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento da Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Disponível em:

[https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203279%20-%20SUBPAS\\_SRAS\\_DATE\\_CMI%20-%20Revis%C3%A3o%20dos%20PAR%20Rede%20Cegonha%20-%20%20Jequitinhonha%20CIB%20-%20alterada%20CMI%20\(1\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203279%20-%20SUBPAS_SRAS_DATE_CMI%20-%20Revis%C3%A3o%20dos%20PAR%20Rede%20Cegonha%20-%20%20Jequitinhonha%20CIB%20-%20alterada%20CMI%20(1).pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – Desenvolvimento Econômico e Sustentável de Minas Gerais 2016 a 2027**. Minas Gerais. Volume 1. 2015. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/planejamento\\_orcamento\\_publico/pmdi/pmdi/2015/documentos/pmdi\\_2015\\_vol\\_I.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/pmdi/pmdi/2015/documentos/pmdi_2015_vol_I.pdf). Acesso em: 07 out. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 4.880, de 17 de agosto de 2015**. Estabelece regras complementares e altera o Anexo II e o Anexo III da Resolução SES/MG nº 3.526, de 27 de novembro de 2012, que aprova as normas gerais do repasse do recurso federal da Rede Cegonha dos municípios sob gestão estadual e do incentivo financeiro estadual complementar para custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (Rede Viva Vida) das Macrorregiões Regiões Ampliadas de Saúde contempladas pela Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o\\_4880.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4880.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG Nº 6.818, de 21 de agosto de 2019**. Redefine as diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O\\_6818.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6818.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

NAKATA, L. C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc. Anna Nery [online]**. 2020, vol.24, n.2, 2020. ISSN 2177-9465. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000200701&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000200701&script=sci_arttext). Acesso em: 25 out. 2020.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 681-694, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n4/681-694/pt/>. Acesso: em 17 jan. 2022.

ODS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>. Acesso em: 15 ago. 2018.

PEITER, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8V3GKbxjSp3VdpbR3s78HDb/abstract/?lang=pt.ç>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PEREIRA, F. Z. *et al.* Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3331-3348, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24957>. Acesso em: 20 set. 2021.

SANTOS, A. L. M. *et al.* Rede cegonha e o protagonismo ao gestar: uma revisão narrativa da literatura. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 17, n. 2, p. 319-329, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2039>. Acesso em: 04 nov. 2021.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, Apr. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401281&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401281&script=sci_arttext). Acesso em: 01 nov. 2021.

SANTOS-MELO, G. Z. *et al.* Organização da rede de atenção à saúde no estado do amazonas-brasil: uma pesquisa documental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37963>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 107-119, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/5PvTNwTTfRSXwXRtJFXTwCd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 out. 2021.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601791](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601791)>. Acesso em: 11 out. 2020.

## **APÊNDICE A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dayane Aparecida Alves

**Produto Técnico do estudo análise da implementação e expansão da Rede  
Cegonha nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais**

Belo Horizonte  
2022

Dayane Aparecida Alves

**Produto Técnico do estudo análise da implementação e expansão da Rede  
Cegonha nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais**

Produto Técnico apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, planejamento e avaliação em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

Belo Horizonte  
2021

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Indicadores a serem monitorados, método de cálculo e fonte de formação .....	90
<b>Quadro 2</b> - Ficha de caracterização da instituição beneficiária .....	91
<b>Quadro 3</b> - Ficha síntese de caracterização dos serviços por Microrregião de Saúde.....	93
<b>Quadro 4</b> - Ficha síntese de caracterização dos serviços por Macrorregião de Saúde.....	96

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

BLH	-	Banco de Leite Humano
CAGEP	-	Casa de Gestante e Puérpera
CGBP	-	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CPN	-	Centro de Parto Normal
GAR	-	Gestação de Alto Risco
MS	-	Ministério da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PCLH	-	Posto de Coleta de Leite Humano
SES/MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH	-	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	-	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINASC	-	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UCINCa	-	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo	-	Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>2. QUADROS .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Este Produto Técnico é parte integrante da dissertação de Dayane Aparecida Alves, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos e coorientada pela professora doutora Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.

A dissertação teve, por objetivo geral, analisar a implementação e expansão da Política de Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha) em Minas Gerais de 2011 a 2020. Por objetivos específicos apresentam-se: avaliar a implementação e a evolução da Rede Cegonha e analisar indicadores relacionados à qualidade do cuidado materno infantil.

O objetivo deste Produto Técnico é sugerir um mecanismo de monitoramento e avaliação dos indicadores estratégicos, dos leitos qualificados e dos recursos repassados pela Rede Cegonha em Minas Gerais, e propor uma síntese por instituição, por microrregião e por macrorregião de saúde.

Para facilitar o monitoramento e avaliação, apresentam-se quatro Quadros. O primeiro apresenta, de forma resumida, indicadores estratégicos preconizados pela Rede Cegonha (Quadro 1), incluindo método de cálculo e fonte. O segundo é a proposta de síntese com as principais informações de cada instituição beneficiária (Quadro 2), o terceiro é o compilado por microrregião de saúde (Quadro 3) e o quarto e último, a síntese por macrorregião de saúde (Quadro 4). Na descrição dos Quadros 2, 3 e 4 há informações que deverão ser acrescentadas na confecção de cada uma das fichas.

A base com os indicadores estratégicos auxiliará o processo de monitoramento e avaliação das ações e dos equipamentos de saúde; permitirá a confecção de relatórios com gráficos e tabelas e mostrará os valores de referência, as metas e os resultados alcançados.

As metas deverão ser discutidas na primeira reunião ordinária anual do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha; os resultados dos indicadores deverão ser apurados por quadrimestre de acordo com a periodicidade de monitoramento da SES/MG. Além disso, deverá ser realizado monitoramento anual de todos os indicadores visando à continuidade da série histórica e comparação da variação percentual entre os anos. Sugere-se que este monitoramento seja realizado pela Coordenação Materno Infantil com os membros designados do Grupo Condutor.

O ideal é que o planejamento desta estratégia adotada passe por uma revisão anual, pois, segundo Kurcgant *et al.* (2006), com o processo contínuo de monitoramento e avaliação das ações pactuadas, pode-se realizar a adoção de ações corretivas caso os planos se tornem inadequados ou haja mudança na situação. Assim, o processo de planejamento estratégico auxilia a tomada de decisão e a elaboração de políticas internas e externas eficazes.

Sugere-se que sejam realizadas reuniões, com pauta previamente definida, para apresentação da síntese dos indicadores por macrorregiões de saúde. Além disso, seria importante a realização de uma oficina para apresentar os resultados do estudo e induzir reflexões sobre a evolução da política, estratégias para melhorias assistenciais e a consolidação da Rede Cegonha.

Assim, seguem os Quadros: Indicadores a serem monitorados, método de cálculo e fonte de informação; Ficha de caracterização da instituição beneficiária; Ficha síntese de caracterização dos serviços por Microrregião de Saúde; Ficha síntese de caracterização dos serviços por Macrorregião de Saúde.

## 2. QUADROS

**Quadro 7-** Indicadores a serem monitorados, método de cálculo e fonte de informação.

<b>Indicador</b>	<b>Método de cálculo</b>	<b>Fonte</b>
Proporção de gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal	(Nº de nascidos vivos de mães residentes no município com 7 ou mais consultas de pré-natal no período/Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período) *100	SINASC
Proporção de gravidez na adolescência	(Nº total de recém-nascidos filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos/ Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período) *100	SINASC
Proporção de sífilis congênita em menores de 1 ano	(Nº total de casos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade/ Nº de nascidos vivos de mães residentes no município e período) *100	SINAN e SINASC
Taxa de cesárea	(Nº de partos cesáreos/ Total de partos normais e partos cesáreos) x 100	SIH/SUS
Taxa de Mortalidade Infantil	(Nº de óbitos de residentes de 0 a 364 dias completos de vida/ Nº total de nascidos vivos de mães residentes) x 1.000	SIM e SINASC

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da Portaria nº 650/2011.

Quadro 8 - Ficha de caracterização da instituição beneficiária

<b>SÍNTESE INSTITUIÇÃO - ANO _____</b>	
Item	Descrição
<b>Identificação da Instituição</b>	
Nº do CNES	Número de registro da instituição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Nome	Identificação da instituição
Município	Localidade da instituição
Microrregião	Microrregião de origem
Macrorregião	Macrorregião de origem
Regional de Saúde	Regional de saúde correspondente a área de abrangência da instituição
<b>Caracterização da instituição</b>	
Tipo da Maternidade	Maternidade Risco Habitual ou Maternidade Alto Risco
Tipologia Hospitalar	Classificação por Tipologia e Função
Banco de Leite Humano (BLH)	Informar se possui BLH e ano do início do funcionamento
Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH)	Informar se possui PCLH e ano do início do funcionamento
Hospitais Amigos da Criança (IHAC)	Informar se é IHAC e o ano de reconhecimento
<b>Portarias, deliberações e resoluções</b>	
Leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR)	Informar portaria de habilitação e/ou reabilitação
Centro de Parto Normal (CPN)	Informar portaria de habilitação
Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	Informar portaria de habilitação
IHAC	Informar portaria de habilitação
Leitos de UTI Neonatal Tipo II e III (UTIN)	Informar portaria de habilitação
Leitos de UCI Neonatal Convencional (UCINCo)	Informar portaria de habilitação
Leitos de UCI Neonatal Canguru (UCINCa)	Informar portaria de habilitação
Rede Cegonha	Informar portaria de contemplação e deliberações e resoluções
Incentivos financeiros excepcionais	Informar todas as legislações de incentivos excepcionais
Outras publicações	Publicações de recursos relacionados a outros programas ou incentivos

continua

<b>Componentes e número de leitos</b>		conclusão
CGBP	Informar quantidade	
Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEP)	Informar quantidade	
CPN	Informar quantidade	
Leitos obstétricos	Informar quantidade	
Leitos para GAR	Informar quantidade	
Leitos de UTIN	Informar quantidade	
Leitos de UCINCo	Informar quantidade	
Leitos de UCINCa	Informar quantidade	
Leitos de UTI adulto	Informar quantidade	
<b>Recursos financeiros</b>		
Contra partida estadual mensal	Informar quantidade de recursos mensais	
Contra partida estadual anual	Informar quantidade de recurso anual	
Recurso federal mensal	Informar quantidade de recursos mensais	
Recurso federal anual	Informar quantidade de recurso anual	
<b>Indicadores assistenciais</b>		
Total de Partos	Informar quantidade total de partos no quadrimestre e anual	
Número de Partos Risco Habitual	Informar quantidade total de partos risco habitual no quadrimestre e anual	
Número de Partos Alto Risco	Informar quantidade total de partos alto risco no quadrimestre e anual	
Taxa de cesárea	Informar taxa de cesárea no quadrimestre e anual	
<b>Observações importantes</b>		
Descrever pontos importantes e de destaque envolvendo a instituição		
Data de atualização:		

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 9** - Ficha síntese de caracterização dos serviços por Microrregião de Saúde

<b>SÍNTESE MICRORREGIÃO DE SAÚDE - ANO _____</b>	
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>
<b>Identificação da macrorregião</b>	
Microrregião	Nome da microrregião
Macrorregião	Nome da macrorregião
Municípios	Quantidade e nome dos municípios
Regional de Saúde	Quantidade e nome das regionais de saúde
<b>Dados populacionais</b>	
População total IBGE	Número total de habitantes
População com assistência médica	Número total de habitantes com plano de saúde
População SUS Dependente	Número de habitantes que utilizam somente o SUS
% População SUS Dependente	(População total - população SUS dependente) / população total *100
PIB <i>per capita</i>	Valor do PBI per capita de acordo com dados do IBGE
<b>Portarias, deliberações e resoluções</b>	
GAR	Informar portaria de habilitação e/ou reabilitação
CPN	Informar portaria de habilitação
CGBP	Informar portaria de habilitação
IHAC	Informar portaria de habilitação
UTIN	Informar portaria de habilitação
UCINCo	Informar portaria de habilitação
UCINCa	Informar portaria de habilitação
Rede Cegonha	Informar portaria de contemplação e deliberações e resoluções
Incentivos financeiros excepcionais	Informar todas as legislações de incentivos excepcionais
Outras publicações	Publicações de recursos relacionados a outros programas ou incentivos
<b>Componentes e número de leitos</b>	
Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	Informar quantidade
Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEP)	Informar quantidade
Centro de Parto Normal (CPN)	Informar quantidade

continua

SÍNTESE MICRORREGIÃO DE SAÚDE - ANO _____	
Item	Descrição
Nº de instituições habilitadas GAR	Informar quantidade
Nº de instituições que realizam mais de 300 partos/ano	Informar quantidade
Nº de instituições beneficiárias Rede Cegonha	Informar quantidade
Nº de leitos obstétricos	Informar quantidade
Nº de leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR)	Informar quantidade
Nº de leitos de UTI Neonatal Tipo II e III	Informar quantidade
Nº de leitos de UCI Neonatal Convencional (UCINCo)	Informar quantidade
Nº de leitos de UCI Neonatal Canguru (UCINCa)	Informar quantidade
Nº de leitos de UTI adulto	Informar quantidade
<b>Recursos financeiros</b>	
Contra partida estadual mensal	Informar quantidade de recursos mensais
Contra partida estadual anual	Informar quantidade de recurso anual
Recurso federal mensal	Informar quantidade de recursos mensais
Recurso federal anual	Informar quantidade de recurso anual
<b>Indicadores assistenciais</b>	
Total de Partos	Informar a meta, a quantidade total realizada de partos no quadrimestre e anual
Nº de Partos Risco Habitual	Informar a meta, a quantidade total realizada de partos risco habitual no quadrimestre e anual
Nº de Partos Alto Risco	Informar a meta, a quantidade total de partos alto risco no quadrimestre e anual
Taxa de cesárea	Informar a meta, a taxa de cesárea no quadrimestre e anual
Quantidades de nascidos vivos	Informar a meta, quantidade de realizada por quadrimestre e anual
Proporção de recém-nascidos de parto prematuro	Informar a meta, a proporção realizada por quadrimestre e anual
Proporção de gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal	Informar a meta, a proporção por quadrimestre e anual
Proporção de sífilis congênita	Informar a meta, a proporção por quadrimestre e anual

SÍNTESE MICRORREGIÃO DE SAÚDE - ANO _____		conclusão
Item	Descrição	
Taxa de mortalidade infantil	Informar a meta, a taxa por quadrimestre e anual	
<b>Observações importantes</b>		
Descrever pontos importantes e de destaque envolvendo a microrregião		
Data de atualização:		

Fonte: Elaborado pela autora.



**Quadro 10** - Ficha síntese de caracterização dos serviços por Macrorregião de Saúde

<b>SÍNTESE MACRORREGIÃO DE SAÚDE - ANO _____</b>	
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>
<b>Identificação da macrorregião</b>	
Macrorregião	Nome da macrorregião
Microrregiões	Quantidade e nome das microrregiões
Municípios	Quantidade de municípios
Regional de Saúde	Quantidade e nome das regionais de saúde
<b>Dados populacionais</b>	
População total IBGE	Número total de habitantes
População com assistência médica	Número total de habitantes com plano de saúde
População SUS Dependente	Número de habitantes que utilizam somente o SUS
% População SUS Dependente	(População total - população SUS dependente) / população total *100
PIB <i>per capita</i>	Valor do PBI per capita de acordo com dados do IBGE
<b>Portarias, deliberações e resoluções</b>	
GAR	Informar portaria de habilitação e/ou reabilitação
CPN	Informar portaria de habilitação
CGBP	Informar portaria de habilitação
IHAC	Informar portaria de habilitação
UTIN	Informar portaria de habilitação
UCINCo	Informar portaria de habilitação
UCINCa	Informar portaria de habilitação
Rede Cegonha	Informar portaria de contemplação e deliberações e resoluções
Incentivos financeiros excepcionais	Informar todas as legislações de incentivos excepcionais
Outras publicações	Publicações de recursos relacionados a outros programas ou incentivos
<b>Componentes e número de leitos</b>	
Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	Informar quantidade
Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEP)	Informar quantidade
Centro de Parto Normal (CPN)	Informar quantidade
Nº de instituições habilitadas GAR	Informar quantidade
Nº de instituições que realizam mais de 300 partos/ano	Informar quantidade

continua

conclusão	
<b>SÍNTESE MACRORREGIÃO DE SAÚDE - ANO _____</b>	
Item	Descrição
Nº de instituições beneficiárias Rede Cegonha	Informar quantidade
Nº de leitos obstétricos	Informar quantidade
Nº de leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR)	Informar quantidade
Nº de leitos de UTI Neonatal Tipo II e III	Informar quantidade
Nº de leitos de UCI Neonatal Convencional (UCINCo)	Informar quantidade
Nº de leitos de UCI Neonatal Canguru (UCINCa)	Informar quantidade
Nº de leitos de UTI adulto	Informar quantidade
<b>Recursos financeiros</b>	
Contra partida estadual mensal	Informar quantidade de recursos mensais
Contra partida estadual anual	Informar quantidade de recurso anual
Recurso federal mensal	Informar quantidade de recursos mensais
Recurso federal anual	Informar quantidade de recurso anual
<b>Indicadores assistenciais</b>	
Total de Partos	Informar a meta, a quantidade total realizada de partos no quadrimestre e anual
Nº de Partos Risco Habitual	Informar a meta, a quantidade total realizada de partos risco habitual no quadrimestre e anual
Nº de Partos Alto Risco	Informar a meta, a quantidade total de partos alto risco no quadrimestre e anual
Taxa de cesárea	Informar a meta, a taxa de cesárea no quadrimestre e anual
Quantidades de nascidos vivos	Informar a meta, quantidade de realizada por quadrimestre e anual
Proporção de recém-nascidos de parto prematuro	Informar a meta, a proporção realizada por quadrimestre e anual
Proporção de gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal	Informar a meta, a proporção por quadrimestre e anual
Proporção de sífilis congênita	Informar a meta, a proporção por quadrimestre e anual
Taxa de mortalidade infantil	Informar a meta, a taxa por quadrimestre e anual
<b>Observações importantes</b>	
Descrever pontos importantes e de destaques envolvendo a macrorregião	
Data de atualização:	

Fonte: Elaborado pela autora.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 650, de 5 de outubro de 2011.** Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

KURCGANT, P. *et al.*, O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 351, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/303964335.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

**ANEXO A**

Relação de documentos excluídos da análise conforme os critérios de exclusão

1. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.279, de 10 de dezembro de 2020.
2. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.258, de 09 de novembro de 2020.
3. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.146, de 06 de abril de 2020.
4. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.079, de 04 de dezembro de 2019.
5. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.899, de 20 de fevereiro de 2019.
6. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.886, de 27 de dezembro de 2018.
7. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.820, De 13 De Novembro De 2018.
8. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.847, De 05 De Dezembro De 2018.
9. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.799, de 12 de novembro de 2018.
10. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.742, de 22 de junho de 2018.
11. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.737, de 22 de maio de 2018.
12. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.627, de 06 de dezembro de 2017.
13. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.590, de 23 de novembro de 2017.
14. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.459, de 15 de fevereiro de 2017.
15. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.458, de 15 de fevereiro de 2017.
16. Resolução SES/MG nº 5138 de 05 de fevereiro de 2016
17. Resolução SES/MG nº 4722, de 2015 de abril de 2015.
18. Resolução SES/MG nº 4728 de 15 de abril de 2015.
19. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.030, de 09 de dezembro de 2014.
20. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.029, de 09 de dezembro de 2014.
21. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.028, de 09 de dezembro de 2014.
22. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.027, de 09 de dezembro de 2014.
23. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.026, de 09 de dezembro de 2014.
24. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.013, de 09 de dezembro de 2014.
25. Resolução SES/MG nº 4622, de 19 dezembro de 2014.
26. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.946, de 16 de setembro de 2014.
27. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.945, de 16 de setembro de 2014.
28. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.905, de 20 de agosto de 2014.
29. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.904, de 20 de agosto de 2014.
30. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.903, de 20 de agosto de 2014.
31. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.902, de 20 de agosto de 2014.
32. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.893, de 16 de julho de 2014.
33. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.892, de 16 de julho de 2014.
34. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.891, de 16 de julho de 2014.
35. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.879, de 16 de julho de 2014.
36. Resolução SES/MG nº 4384 de 03 de julho de 2014

37. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.836, de 21 de maio de 2014.
38. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.789, de 27 de março de 2014.
39. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.755, de 18 de fevereiro de 2014.
40. Resolução SES/MG nº 4163 de 07 de fevereiro de 2014.
41. Projeto de implantação da rede cegonha
42. Projeto de implantação rede cegonha 2014
43. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.629, de 07 de novembro 2013.
44. Resolução SES nº 3676 de 22 de março de 2013
45. Resolução SES nº 3662 de 07 de março de 2013
46. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.295, de 08 novembro de 2012.
47. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.247, de 12 de setembro de 2012.
48. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.185, de 18 de julho de 2012.
49. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.183, de 09 de julho de 2012.
50. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.069, de 20 de março de 2012.
51. Deliberação CIB-SUS/MG nº 852, de 20 de julho de 2011

**ANEXO B**

Mapa do Estado de Minas Gerais com os componentes da Rede Cegonha por  
localidade