



**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO
DA REDE CEGONHA**

MICRORREGIÃO

XXXXXX

JANEIRO 2014

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVO GERAL	4
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAISE A PROPOSTA DE REDE VIVAVIDA/CEGONHA	5
<i>Tabela 1 - Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	6
<i>Figura 2 – Municípios da Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	7
<i>Tabela 2: Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação.</i>	8
<i>Tabela 3: Tipologia das unidades perinatais.</i>	9
<i>Tabela 4 - Relação de maternidades de risco habitual, médio, alto e muito alto risco por Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	11
<i>Tabela 5 - Relação de locais para realização de pré-natal de alto risco das Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	13
4. DIAGNÓSTICO ATUAL	15
4.1 INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE	15
<i>Tabela 6 - indicadores de Morbidade e Mortalidade para cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	15
4.2 INDICADORES DE ATENÇÃO	17
<i>Tabela 7 - Indicadores relacionados à atenção à saúde de cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	17
5. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA MICRORREGIÃO	19
<i>Tabela 5.4 - Proposta de Vinculação entre Maternidades de referência para Alto Risco na Região Ampliada de Saúde XXX.</i>	19
REFERÊNCIAS	21
Anexo I Plano de ação Rede Viva Vida/ Rede Cegonha da Região Ampliada de Saúde XXX	22

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e infantil é um dos maiores desafios que se coloca aos países em desenvolvimento. No Brasil, as políticas públicas em saúde têm reduzido estes índices, especialmente nas duas últimas décadas. Entretanto, novos desafios são colocados para que se possa reduzir ainda mais a mortalidade materno-infantil.

Nos avanços ocorridos o acesso ao pré-natal atinge grande maioria das gestantes no País, porém a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. Os serviços de apoio diagnóstico ainda necessitam de melhoria para constituição de uma rede que garanta acesso e resultados em tempo oportuno.

As mulheres ainda peregrinam em busca do local para realizarem o parto e muitos serviços ainda não utilizam as boas práticas para assistência ao parto e nascimento preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996.

Dentro desse contexto e, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência à criança, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº. 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a **Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** estabelecendo diretrizes para implantação e organização desta rede.

O Estado de Minas possui como rede prioritária a Rede Viva Vida que propõe a organização da rede de atenção em processos descentralizados, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas distribuídas de forma a resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam a organização racional desta rede.

Neste contexto em cada um dos territórios de saúde (município, microrregião e macrorregião), conforme o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG 2003 - 2006), os pontos de atenção serão distribuídos de acordo com a densidade tecnológica de cada nível de atenção.

O projeto de organização da Rede Cegonha na Região Ampliada de Saúde XXX visa constituir a linha atenção às gestantes e crianças até dois anos promovendo a integralidade do cuidado nos diversos pontos de atenção que constituem esta rede.

Apresentaremos a seguir o diagnóstico situacional da atenção à mulher e à criança na Região Ampliada de Saúde de XXXX e a proposta de reestruturação desta rede na região de saúde tendo como norteador as diretrizes da Rede Viva Vida/Rede Cegonha, dentre elas a proposta de mudança deste modelo de atenção, buscando impactar numa mudança da cultura em nossa região que possibilite à mulher e à família vivenciar a experiência do parto e do nascimento como um momento de extrema beleza e de forma segura.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar e implementar a Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais na Região Ampliada de Saúde XXX.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reorganizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança na Região Ampliada de Saúde XXX segundo diretrizes da Rede Viva Vida/Rede Cegonha;
- Garantir vinculação da gestante, puérpera e criança de zero a vinte e quatro meses aos níveis de atenção;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.

3. REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS E A PROPOSTA DE REDE VIVAVIDA/CEGONHA

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG 2011) dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 Macrorregiões e 77 Microrregiões. A Região Ampliada de Saúde **XXX** é constituída em sua área de abrangência por **XX** municípios (PDR/MG 2011) totalizando **XXXX** habitantes (IBGE 2012) representando **XXX%** da população de Minas Gerais, agrupados em XX Regiões de Saúde. São elas: **listar micro**, sendo o(s) município(s) **listar** definido(s) como pólo da região de saúde (Figuras 1 e 2). Cada Região de Saúde possui um município pólo, descritos na Tabela 1.

Figura 1 - Minas Gerais: Divisão Assistencial por Macrorregião



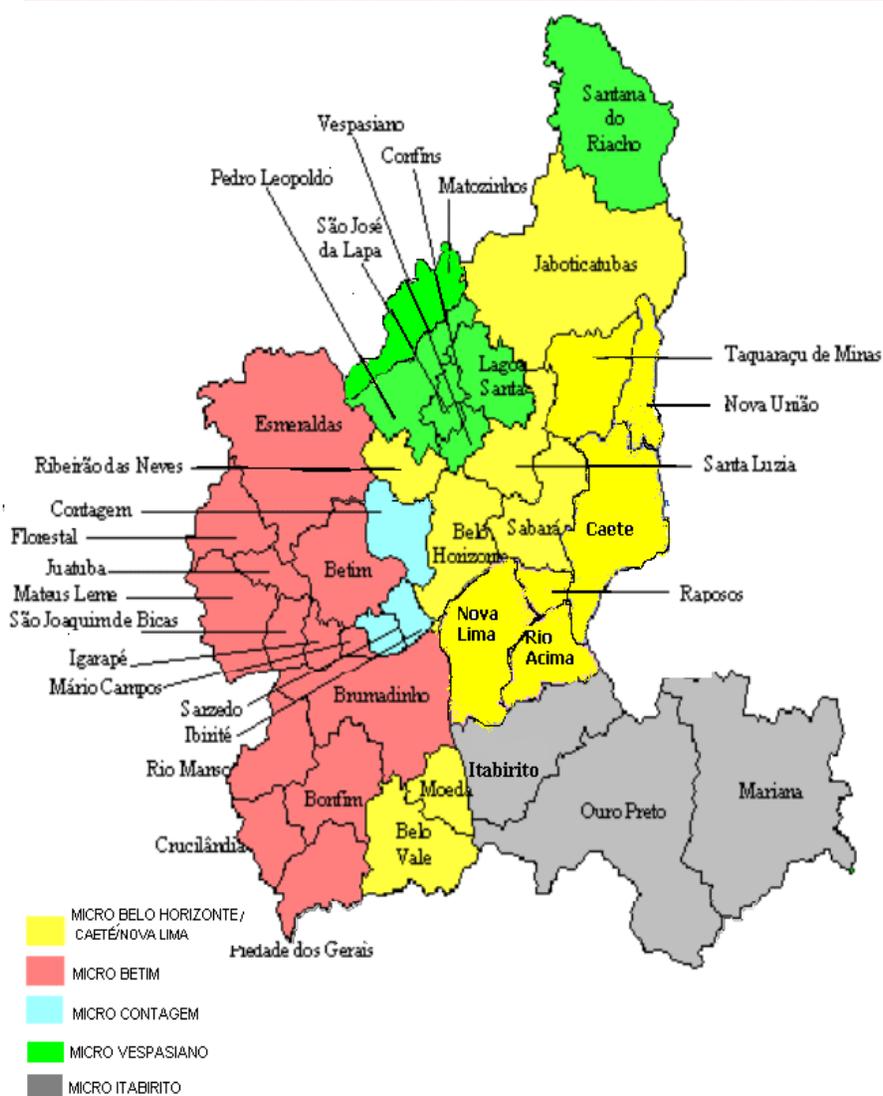
Fonte: SES/MG

Tabela 1 - Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde XXX.

Região de Saúde	Municípios	Municípios	População (IBGE, 2012)	Nascidos Vivos (SINASC 2011)
	Sede			
Micro XXXXX				
Micro XXXXX				
Micro XXXXX				
Micro XXXXX				
Micro XXXXX				

Fonte – PDR-MG/2011.

Figura 2 – Municípios da Região Ampliada de Saúde XXX



[DMB1] Comentário: Inserir Mapa damacro com divisões por micro e município.

As microrregiões e macrorregiões constituem os territórios sanitários onde a rede integrada deve ser constituída promovendo resolutividade para os níveis de atenção secundária e terciária, respectivamente nesses territórios, segundo a proposta do PDR. A atenção à saúde da mulher e da criança a Rede Viva Vida foi constituída nesta lógica da territorialização com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil em Minas Gerais.

Tabela 2: Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação

Estrato De Risco Gestacional	Pré-Natal	Parto
Risco Habitual	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Risco Médio	Unidade Básica de Saúde	Maternidade de Risco Habitual
Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária/ Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco	Maternidade de Alto Risco
Muito Alto Risco	Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência em Atenção Secundária / Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco + Serviço de Medicina Fetal	Maternidade de Muito Alto Risco

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.682, de 10 de dezembro de 2013.

Tabela 3: Tipologia das unidades perinatais

Tipologia	Descrição
Maternidade de Risco Habitual (MRH)	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição • Realização de acolhimento e classificação de risco da gestante • Identificação das gestantes com maior nível de gravidade, estabilização e transferência para maternidade de maior complexidade • Utilização do partograma para monitoramento do trabalho de parto • Prestação de assistência à parturiente com problemas não previsíveis que ocorrem durante o parto e o nascimento • Capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica • Disponibilidade de anestesia, radiologia, ultrassonografia, laboratório e serviço de banco de sangue 24 horas • Assistência às condições pós-parto • Assistência neonatal ao nascimento com um profissional capaz dos procedimentos de reanimação e um profissional facilmente alcançável, competente para todos os procedimentos de reanimação • Ressuscitação e estabilização de todos os recém-nascidos • Alojamento conjunto para todas as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis • Disponibilização de leitos neonatais de apoio para assistir e estabilizar recém-nascidos prematuros ou doentes antes da transferência para uma Unidade Neonatal • Regulação e transferência do neonato prematuro ou doente para a UNN • Registro de dados e monitoramento da assistência • Programas de melhoria da qualidade incluindo medidas de segurança do paciente • Observação: poderão ser selecionadas, após avaliação, algumas maternidades de risco habitual que tenham capacidade para atendimento de neonatos prematuros tardios, entre 34 e 36 semanas
Maternidade de Alto Risco	<p>Todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades • Estabilização de parturientes/puérperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior complexidade • Assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual • Obs.: Essas maternidades deverão ser as habilitadas para assistência às gestantes e ao RN de risco, segundo portarias ministeriais com garantia de estrutura física, recursos humanos e equipamentos, incluindo unidade neonatal de cuidados progressivos.

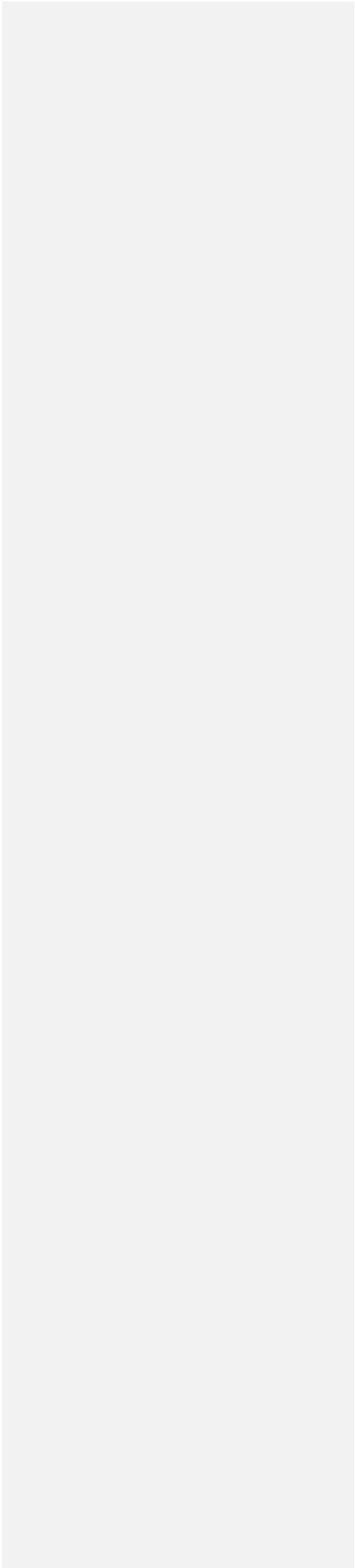
Tipologia	Descrição
Maternidade de Muito Alto Risco	<p>Todas as competências da Maternidade de Alto Risco, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco: gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado subespecializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita • Obs.: Maternidades habilitadas para assistência de risco (portarias ministeriais) com características gerenciais e assistenciais que possam garantir a demanda clínica acima especificada .
Maternidade de Muito Alto Risco para fluxos especiais	<p>Todas as competências da Maternidade de Muito Alto Risco acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN polimalformado e RN com malformações específicas: gastrosquise, onfalocele, cardiopatias que exigem abordagem complexa • Obs.: Maternidades habilitadas para assistência à população de risco e identificadas para responderem aos fluxos especiais

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.682, de 10 de dezembro de 2013.

A lógica para a constituição desta rede, quando se considera o maior nível de especialização e densidade tecnológica, é através da oferta de serviços concentrados nas regiões de saúde de forma que se beneficiam de economias de escala, dado que os recursos são mais escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2001).

Na Região Ampliada **XXX** os serviços de atenção à gestação, parto, nascimento e puerpério secundários e terciários estão distribuídos em **XX** maternidades de risco habitual e **XX** de alto risco, listadas na Tabela 3. O pré-natal de alto risco é realizado nas instituições listadas na Tabela **XX**.

Descrever, em 1 parágrafo como esses pontos de atenção cumprem seu papel na Rede, as dificuldades, carências, o fluxo preferencial dos usuários e o que já foi feito até então para solução dos problemas.



REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em 16 de novembro de 2011.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459*, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- 4- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida*. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.351*, de 05 de outubro de 2011. Que altera a portaria 1.459 de junho de 2011.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS nº 650*, de 05 de outubro de 2011. Que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipais da Rede Cegonha.
- 7- MENDES, Eugênio Vilaça. In *As Redes de Atenção à Saúde – 2ª Edição – 2011* - Brasília, DF.

Anexo I

Plano de ação Rede Viva Vida/ Rede Cegonha da Região Ampliada de Saúde XXX