

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA — EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

INÊS THOMÉ POLDI TADDEI

**REDE MATERNO-INFANTIL: DISCUTINDO A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO
DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA — ES
2025**

INÊS THOMÉ POLDI TADDEI

**REDE MATERNO-INFANTIL: DISCUTINDO A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO
DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

T121r Taddei, Inês Thomé Poldi
Rede materno-infantil : discutindo a implantação do
protocolo de vinculação da gestante no estado do Espírito Santo
/ Inês Thomé Poldi Taddei. - 2026.
70 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2026.

1. Gestantes – serviços de saúde – Espírito Santo (Estado). 2.
Saúde materno-infantil. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Políticas de
Saúde. 5. Gestação - cuidados. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 618.24

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

INÊS THOMÉ POLDI TADDEI

**REDE MATERNO INFANTIL: DISCUTINDO A IMPLEMENTAÇÃO DO
PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)



Prof. Dra. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

gov.br

Documento assinado digitalmente
GRACIELLE KARLA PAMPOLIM ABREU
Data: 07/10/2025 17:38:55 -0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Gracielle Karla Pampolim Abreu
UNIPAMPA
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas bênçãos derramadas em minha vida — em especial, para alcançar mais essa conquista.

À minha família, pelo apoio e compreensão que sempre recebi ao longo de minha trajetória.

À minha orientadora, pelo acolhimento, compreensão, ensinamento e auxílio prestado para a conclusão desta dissertação.

Ao Ministério Público do Estado do Espírito Santo, instituição que me orgulho de pertencer. É um privilégio atuar na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, em especial na área da saúde.

Aos servidores do Centro de Apoio de Implementação das Políticas de Saúde do Ministério Público do Espírito Santo e do gabinete do 3º Promotor de Justiça da Promotoria de Justiça Cível de Vitória, pela dedicação e empenho.

RESUMO

Introdução: Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a proteção à maternidade foi inserida entre os direitos sociais. Para garantir esse direito, em 2011 foi instituída, no Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha, um programa que assegura à mulher o direito à atenção integral e humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, incluindo, entre seus componentes, o pré-natal e o sistema logístico. Conferiu-se, assim, todos os direitos necessários para garantir à gestante um ciclo gravídico puerperal seguro. Em 2017, foi elaborado o Protocolo de Vinculação da Gestante, que objetiva a implantação/implementação da Rede de Atenção Materno-Infantil nos municípios capixabas integrantes das regiões de saúde do Espírito Santo, de forma a subsidiar a sua organização e funcionamento. **Objetivo:** Analisar a implementação do Protocolo de Vinculação da Gestante na Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil no estado do Espírito Santo com o propósito de identificar eventuais falhas de implementação, de modo a fornecer subsídios para o aprimoramento da rede. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa e com análise documental. A coleta de dados, referentes ao Plano Geral de Ação 2018/2019 e 2020/2021, foi realizada no Ministério Público do Estado do Espírito Santo. Especificamente, foram analisados os questionários aplicados e elaborados pelo seu Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAOPS), encaminhados para os 78 municípios capixabas e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde. **Resultados:** Verificou-se que, no PGA 2018/2019, a vinculação das gestantes nas regiões central e metropolitana estavam abaixo de 90%, enquanto no PGA 2020/2021 estavam abaixo de 50% em todas as regiões de saúde. Em relação à classificação de risco, no PGA 2018/2019, as regiões central e sul não conseguiram atingir percentual acima de 90%, enquanto no PGA 2020/2021 a região metropolitana atingiu o patamar de somente 62,3%. Ao se considerar a disponibilização de transporte seguro para a gestante, no PGA 2018/2019 as regiões sul, central e metropolitana atingiram o percentual de 88,4%, 76,4% e 66,6%, enquanto a região norte atingiu exatamente 90%. Já no PGA 2020/2021, a região central alcançou o patamar de 94,4%, enquanto as regiões norte, sul e metropolitana se mantiveram em 76,3%, 52,04% e 37,65%, respectivamente, o que causa preocupação, pois a remoção das gestantes é a garantia de atendimento no trabalho de parto. **Conclusão:** A não observância do Protocolo de Vinculação da Gestante — em especial, a deficiência na realização do pré-natal nas gestantes (especificamente no tocante à classificação de risco e vinculação da gestante à rede hospitalar de referência) associada à precariedade do transporte seguro — está impactando diretamente o funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; serviços de saúde; atenção primária em saúde; política de saúde.

ABSTRACT

Introduction: With promulgation of the 1988 Federal Constitution, protection of maternity was included among social rights. To ensure this right, in 2011 the Rede Cegonha was established within Unified Health System, a program that guarantees women access to comprehensive and humanized care during pregnancy, childbirth, and puerperium, including prenatal care and a logistical support system among its components. Thus, all necessary rights were granted to ensure a safe pregnancy–puerperal cycle. In 2017, Protocol for Linking Pregnant Women was developed, aiming at implementation of Maternal and Child Health Care Network in municipalities of Espírito Santo that are part of state health regions, in order to support its organization and operation. **Objective:** To analyze implementation of Protocol for Linking Pregnant Women in State Maternal and Child Health Care Network in Espírito Santo, with purpose of identifying possible implementation gaps and providing support for improvement of the network. **Method:** Exploratory and descriptive study, with quantitative approach and document analysis. Data collection, referring to General Action Plans for 2018/2019 and 2020/2021, was conducted at Public Prosecutor's Office of Espírito Santo. Specifically, questionnaires designed and applied by its Operational Support Center for Implementation of Health Policies (CAOPS) were analyzed; these were sent to 78 municipalities in Espírito Santo and their respective Primary Health Care Units. **Results:** Findings showed that, in 2018/2019 plan, linkage of pregnant women in central and metropolitan regions was below 90%, whereas in 2020/2021 plan it fell below 50% in all health regions. Regarding risk classification, in 2018/2019 plan central and southern regions did not reach levels above 90%, while in 2020/2021 plan metropolitan region reached only 62.3%. Concerning availability of safe transportation for pregnant women, in 2018/2019 plan southern, central, and metropolitan regions reached 88.4%, 76.4%, and 66.6%, respectively, while northern region reached exactly 90%. In 2020/2021 plan, central region achieved 94.4%, whereas northern, southern, and metropolitan regions remained at 76.3%, 52.04%, and 37.65%, respectively, which raises concern, since transportation ensures access to care during labor. **Conclusion:** Lack of compliance with Protocol for Linking Pregnant Women—especially deficiencies in prenatal care (notably in risk classification and linkage of pregnant women to referral hospital network), combined with inadequate safe transportation—directly affects functioning of State Maternal and Child Health Care Network.

Keywords: Maternal and child health; health services; primary health care; health policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Fluxograma da Gestante	30
Figura 2 — Plano diretor de Regionalização da Saúde (2011)	35
Figura 3 — Plano Diretor de Regionalização da Saúde (2020).....	37
Figura 4 — Plano Diretor de Regionalização da Saúde (2024).....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Municípios participantes PGA 2018/2019	42
Tabela 2 — Percentual dos municípios, por região de saúde, que vinculam suas gestantes às maternidades de referência, realizam classificação de risco e disponibilizam transporte seguro.....	42
Tabela 3 — Municípios participantes PGA 2020/2021	44
Tabela 4 — Percentual dos municípios, por região de saúde, que vinculam suas gestantes às maternidades de referência, realizam classificação de risco e disponibilizam transporte seguro.....	44

LISTA DE SIGLAS

APN	Assistência Pré-Natal
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAe	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAOPS	Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEP/EMESCAM	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCS	Departamento de Ciências Sociais
DF	Distrito Federal
DST	Doença sexualmente transmissível
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HIFA	Hospital Infantil Francisco de Assis
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MM	Mortalidade materna
MPES	Ministério Público do Espírito Santo
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PGA	Plano Geral de Ação
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAM	Rede de Atenção Materna e Infantil
RJ	Rio de Janeiro
RMM	Razão de mortalidade materna
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TIA	Teste indireto de antiglobulina humana
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UMI	Unidade Mista de Internação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Breve histórico sobre as políticas voltadas para a mulher (1900-2000) ..	19
2.2 Novo modelo de saúde voltado para a mulher	21
2.3 Rede Cegonha no Espírito Santo	29
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos	33
4 MÉTODO	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Cenário do estudo	34
4.3 Coleta de dados	39
4.3.1 Dados coletados.....	40
4.4 Análise dos dados	41
4.5 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS	42
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	55
ANEXO A – Formulário para coleta de informações da Rede Materno-Infantil do município	60
ANEXO B – Formulário para coleta de informações da Rede Materno-Infantil do município – Atenção Básica.....	63
ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP.....	67

APRESENTAÇÃO

Após mais de três décadas do marco histórico constitucional que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e depois de mais de duas décadas de atuação no Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES) como Promotora de Justiça em diversos municípios capixabas, constatei, de forma não sistemática, que as gestantes, no período em que exigem cuidados especiais, não vêm obtendo o devido acesso ao SUS para a realização tanto de um pré-natal de qualidade quanto do parto. Muitas dessas mulheres, já em trabalho de parto, desconhecem a maternidade em que dará à luz, peregrinando à procura de uma vaga para ter seus bebês. Em sua grande maioria, quando admitidas nas maternidades, sequer realizaram o pré-natal de forma adequada.

A partir do ano de 2006, efetivamente atuando na área da saúde pública, verifiquei que os relatos das gestantes relacionados à falta de vagas nas maternidades capixabas para atendimento durante as intercorrências e no momento do parto passaram a ser mais frequentes, exatamente quando a atenção relacionada ao funcionamento da Rede Materno-Infantil (desde a confirmação da gravidez até o parto) passou a ser ainda mais intensificada.

Registre-se que, nessa época, a Rede Cegonha ainda não havia sido instituída pelo Ministério da Saúde e o Protocolo de Vinculação da Gestante sequer havia sido elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Por outro lado, o suporte para atuação ministerial fundamentava-se nas garantias previstas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal n. 11.634, publicada no ano de 2007, que dispunha sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência.

Dessa forma, a Lei Federal n. 11.634/2007, ao dispor sobre a obrigatoriedade da vinculação da gestante à maternidade — que deve estar apta para prestar assistência, conforme a situação de risco gestacional —, propiciou a ampliação da fiscalização tanto na prestação dos serviços realizados na atenção primária (vinculação) quanto na atenção hospitalar (maternidades).

No ano de 2011, assumi a titularidade do cargo de 3º Promotor de Justiça da Promotoria de Justiça Cível de Vitória, com atuação exclusiva na área da saúde pública, cargo que me permitiu contribuir ainda mais para fortalecer a fiscalização do funcionamento da Rede Materno-Infantil.

Neste mesmo ano (2011), a Rede Cegonha foi instituída no SUS (Portaria MS n. 1.459/2011), o que fez com que o estado do Espírito Santo aderisse a ela. Por sua vez, em 2017, além das garantias previstas na Constituição Federal de 1988, na Lei Federal n. 11.634/2007 e na Portaria MS n. 1.459/2011, foi publicado o Protocolo de Vinculação da Gestante, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) — inserido, portanto, no rol das normativas que baseavam as fiscalizações e que, inclusive, norteia o presente estudo.

Posteriormente, no ano de 2018, ao assumir a Direção do Centro de Apoio de Implementação das Políticas de Saúde do Ministério Público do Estado do Espírito Santo (CAOPS/MPES), colaborei para a inserção da Rede Estadual Materno-Infantil no Plano Geral de Ação (PGA) 2018/2019 no âmbito do MPES, ampliando, assim, a fiscalização dessa rede em todo o território capixaba.

Nesse ínterim, no ano de 2020, o mundo foi surpreendido com a pandemia da covid-19, assim declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, fazendo com que o Estado do Espírito Santo se reorganizasse, principalmente no âmbito da saúde pública, para o seu enfrentamento. Nessa ocasião, assumi também a Coordenação do Grupo de Acompanhamento da Pandemia da Covid-19 (GAP-Covid-19), criado no âmbito do MPES, para acompanhar e monitorar as ações empreendidas para o enfrentamento da pandemia. Desde então, as gestantes foram incluídas no grupo de risco mais suscetível da doença, com grau de letalidade elevado.

Em meio à pandemia, também como dirigente do Centro de Apoio de Implementação das Políticas de Saúde do Ministério Público do Estado do Espírito Santo (CAOPS/MPES), mantive a Rede Estadual Materno-Infantil inserida no Plano Geral de Ação (PGA) 2020/2021 no âmbito do MPES — agora com foco na fiscalização da reestruturação dessa rede em todo território capixaba para atendimento das gestantes durante a covid-19.

Em meio a tais acontecimentos, ingressei no mestrado da EMESCAM com o objetivo de ampliar conhecimentos para melhor desenvolver meu trabalho na área da saúde pública, oportunidade em que escolhi a Rede Estadual Materno-Infantil como tema do presente estudo.

Além dos direitos garantidos à gestante tanto na Constituição como nas legislações infraconstitucionais em vigor, das políticas públicas de saúde traçadas no SUS para o período gravídico da mulher, da adesão à Rede Cegonha pelo Espírito

Santo e da vigência do Protocolo de Vinculação da Gestante elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, é de suma importância analisar as repercussões desse protocolo para o funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil. É fundamental identificar as falhas e deficiências no tocante ao atendimento que vem sendo prestado às gestantes, com o objetivo de propor melhorias/aprimoramento nesse serviço, desde a atenção primária à saúde até a hospitalar.

Em suma, não basta que essas gestantes tenham direitos garantidos na Constituição e em normativas esparsas; necessário se faz, inclusive para o funcionamento do SUS na sua integralidade, que estado e municípios cumpram os seus deveres constitucionais não só de elaborar políticas públicas que alcancem as gestantes, mas de implementá-las com efetividade, estabelecendo e organizando fluxos de referência e contrarreferência.

Este estudo está em consonância com a Linha de pesquisa 1 — Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais —, uma vez que busca analisar os aspectos de saúde de forma ampla, compreendendo a saúde como um direito, o que inclui a proteção à maternidade como um dos direitos sociais. Tem, ainda, como objetivo analisar a implementação do Protocolo de Vinculação da Gestante na Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil no estado do Espírito Santo, com o propósito de identificar eventuais falhas de implementação, de modo a fornecer subsídios para o aprimoramento da rede.

A dissertação traz contribuição particular à política voltada para a mulher, com destaque para o novo modelo de assistência à mulher, considerando o que é proposto pela Rede Cegonha e pelo Protocolo de Vinculação da Gestante na Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil no estado do Espírito Santo. Para atingir os objetivos da presente pesquisa, foi realizada uma pesquisa documental com base em informações já coletadas pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo nos anos de 2018/2019 e 2020/2021 acerca da observância do Protocolo de Vinculação da Gestante elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde no funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil.

A banca examinadora contou com a participação da orientadora Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame, fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), mestre em Reabilitação e doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente, é professora adjunta da EMESCAM e docente permanente do Programa de Pós-

Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. É pesquisadora e líder do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Ciclos de Vida e Cuidado Interdisciplinar, grupo certificado pelo Diretório do CNPq desde 2009. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Serviço Social da Saúde, atuando principalmente no tema de políticas públicas para os diferentes ciclos de vida.

Como membro interno, participou a Prof.^a Dr.^a Tassiane Cristina Morais, doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP e mestre em Imunologia e Parasitologia básicas e aplicadas da Universidade Federal de Mato Grosso. É graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Mato Grosso, *campus* Universitário do Araguaia (2008). Atualmente é pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e professora pesquisadora permanente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM. Tem experiência em pesquisas na área de saúde materno-infantil, obesidade e saúde pública.

Como membro externo, a banca teve a presença da Prof.^a Dr.^a Gracielle Pampolim, graduada em Fisioterapia, mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e doutora em Saúde Coletiva. É professora adjunta da Universidade Federal do Pampa, atuando no curso de graduação em Fisioterapia, nas residências multiprofissionais em Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva e na especialização em Gestão em Saúde. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Ciclos de Vida e Cuidado Interdisciplinar (NESPCI), da EMESCAM, e do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA), da UFES, atuou como coordenadora de grupo tutorial do PET-Saúde nas edições Gradua-SUS (2016-2018), Interprofissionalidade (2019-2021), Gestão e Assistência (2022-2023) e atualmente é Coordenadora de Projeto do PET-Saúde Equidade (2024-2026). Tem experiência nas áreas da Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, com ênfase na atenção à saúde da pessoa idosa, saúde da mulher e questões relacionadas às violências.

A fim de atingir os objetivos propostos para este estudo, a presente pesquisa foi estruturada da seguinte forma: o primeiro capítulo traz a introdução da pesquisa, seguido da revisão de literatura no capítulo 2, com os subtítulos “Breve histórico sobre as políticas voltadas para a mulher (1900-2000)”, “Novo modelo de saúde voltado para a mulher” e “Rede Cegonha no Espírito Santo”. Esse capítulo traz um breve histórico sobre as políticas públicas voltadas para as mulheres no período compreendido entre

1900 e 2000, discorrendo sobre o novo modelo de saúde voltado para a mulher e, por fim, tratando da rede cegonha no Espírito Santo. Como base teórica do capítulo, foram utilizados livros, dissertações, artigos e consultas a documentos públicos nacionais e estaduais, disponíveis no site do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, entre outros. Nos capítulos seguintes, 3 e 4, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. O capítulo 5 traz os resultados esperados do estudo proposto. As considerações finais são apresentadas no capítulo 6, seguidas das referências utilizadas, dos apêndices e anexos pertinentes.

1 INTRODUÇÃO

Na formulação de políticas públicas, do ponto de vista trazido pelo ciclo da política, nem todas as questões sociais serão objeto de planos, programas, projetos e/ou ações. O fator problema é fundamental nesse processo. Nesse ponto, a própria política, aliada à força ou à fraqueza dos movimentos sociais envolvidos, contribui para criar uma consciência coletiva acerca da necessidade de enfrentar um problema. (Secchi, 2020).

Para compreender a importância das políticas públicas na sociedade, é necessário entender, também, o problema público, considerado um distanciamento entre o estado atual e uma situação adequada à realidade pública, ou seja, só existirá o problema público quando ele afetar determinada quantidade ou qualidade de agentes. É exatamente nesse sentido que as políticas públicas atuam, enfrentando o problema público por meio de instrumentos como campanhas, impostos e taxas, leis, obras, prestação de serviço, programas e subsídios (Secchi, 2020).

As políticas públicas devem servir como uma sistematização teórica das abordagens a serem realizadas, contribuindo com a implantação de fórmulas de organização e estruturação do Poder Público. Devem ser capazes de otimizar sua intervenção, fazendo com que sejam efetivas, racionais e compreensíveis, tornando-as céleres no processo de modernização, redução da desigualdade e inclusão social (Bucci, 2021).

Na seara da saúde da mulher, as políticas públicas, até a década de 1970, voltavam-se para os cuidados relacionados ao ciclo gravídico-puerperal (Souto; Moreira, 2021). O ano de 1983 representa um marco histórico nas políticas públicas com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), resultado dos movimentos sanitário e feminista, em que a integralidade da mulher toma nova dimensão dentro da rede de serviço de saúde (Souto; Moreira, 2021). Rompeu-se, assim, com o termo materno-infantil e inseriu-se a integralidade na seara da saúde da mulher sob a perspectiva de gênero (Souto; Moreira, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, entende-se como assistência integral à saúde da mulher no PAISM as ações de saúde dirigidas para o planejamento familiar, assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato (Medeiros; Guareschi, 2009).

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988, que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), e com a entrada em vigor da Lei n. 8.080/1990, que organizou os serviços de saúde, e da Lei n. 8.142/1990, que tratou do controle social, os movimentos feministas, aliados aos movimentos sindicalistas, dentre outros, passaram a cobrar a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a questionar a importância de se estabelecer uma política nacional de atenção à saúde da mulher (Souto; Moreira, 2021).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), constituindo, assim, um marco do processo de democratização do Brasil e mais um dos espaços de participação social das mulheres (Souto; Moreira, 2021). Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS n. 1.459, criou a Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização da assistência à mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, além de garantir os direitos ao planejamento reprodutivo (Nascimento *et al.*, 2018).

A partir de então, a Rede Cegonha assumiu um papel relevante na organização da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil no Brasil, fazendo-se necessária a adesão dos municípios a essa nova forma de planejamento para melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher no período gravídico-puerperal (Nascimento *et al.*, 2018).

No mesmo ano, em 2011, o estado do Espírito Santo aderiu à Rede Cegonha por meio da Resolução CIB n. 162 (Espírito Santo, 2011a), elaborando, em 2017, o Protocolo de Vinculação da Gestante (Espírito Santo, 2017).

Diante do exposto, a presente pesquisa pretende responder as seguintes perguntas: “Quais as repercussões do Protocolo de Vinculação da Gestante para o funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil no estado do Espírito Santo?” e “Quais eventuais falhas de implementação, de modo a fornecer subsídios para o aprimoramento da rede?”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve histórico sobre as políticas voltadas para a mulher (1900-2000)

O século XX foi marcado por mudanças tecnológicas, políticas e sociais (Forattini, 2000). Segundo Mendes (1996 *apud* Forattini, 2000), a saúde pública no Brasil apresentava-se em três modelos preponderantes: no primeiro (início do século XX), ela foi marcada pelo ideário sanitarista-campanhista; no segundo (iniciado com a decadência da economia agrário-exportadora no país), foi marcada pelo modelo médico-assistencial-privatista; já no terceiro (iniciado a partir da década de 1980, com as mudanças no cenário político), foi marcada pelo modelo predominantemente neoliberal de assistência à saúde (Forattini, 2000).

No início do século XX, a população do Brasil era predominantemente rural, alicerçada na atividade agrário-exportadora, e suas prioridades eram voltadas para o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação e controle de doenças com o objetivo de não trazer prejuízo à exportação (Forattini, 2000).

Assim, a saúde pública, até a metade do século XX, voltava suas atenções especialmente para as doenças infectocontagiosas parasitárias transmissíveis. Dentre os fatos marcantes, pode-se citar a varíola no início do século XX, a gripe espanhola em 1918 e a febre amarela em 1928 (Forattini, 2000).

O modelo de saúde pública sanitarista-campanhista remete ao médico e cientista Oswaldo Cruz. As primeiras campanhas ocorreram entre 1898 e 1910, criando-se um aparato político e social para legitimá-las. A saúde pública dispensou incentivos financeiros e políticos para a pesquisa, o atendimento priorizava os programas de erradicação da febre amarela, cólera, varíola e malária. O governo brasileiro aprovou leis para conferir legitimidade jurídica às medidas sanitárias impostas e àqueles que as implementavam. Dentre elas, estavam a vacinação obrigatória, a extinção das moradias coletivas insalubres, a remodelagem das vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos (Carvalho, 2013).

Na década de 1910, o alargamento da discussão entre saúde e saneamento fez surgir no Brasil diversos movimentos nacionalistas, configurando-se o apogeu político da saúde pública, com uma mudança no ano de 1916 na evolução desse movimento (Carvalho, 2013).

A partir da década de 1920, adota-se, na saúde pública, o modelo assistencial-privatista, originário do sistema das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS),

organizadas com as contribuições dos trabalhadores e empregadores, gerenciadas pelos primeiros, que incluía, além da aposentadoria e pensões, a assistência médica extensiva aos seus familiares e dependentes, regulamentada em 1923 pela Lei n. 4.682, conhecida como Lei Eloy Chaves. As CAPS absorviam os assalariados urbanos no setor privado, excluindo-os do setor público (Carvalho, 2013).

Posteriormente, na década de 1930, as CAPS cederam espaço ao Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPS), que passaria a contar com contribuições dos trabalhadores e empregadores em âmbito nacional e do estado. Os anos compreendidos entre 1933 e 1938 unificaram as CAPS e os IAPS (Carvalho, 2013).

Em 1937, com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, o território brasileiro foi dividido em oito regiões, cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde para coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos estados (Carvalho, 2013).

Com a redemocratização, novas demandas surgiram da classe média em ascensão e a saúde foi exigindo pauta na nova política (Carvalho, 2013).

O processo de industrialização no Brasil, intensificado na década de 1950, deu origem a polos econômicos importantes, que trouxeram para os centros urbanos uma massa operária necessitada de atendimento no sistema de saúde, iniciando, assim, na política de saúde brasileira, o modelo assistencial privatista, assistência médica da Previdência Social, que deu origem em 1955 à criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), estendendo o sistema de seguridade para a maioria da população brasileira. O INPS posteriormente cedeu lugar para o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e, em 1970, foi estendido aos trabalhadores autônomos (Carvalho, 2013).

Em 1975, a Lei n. 6.229 instituiu o modelo médico de assistência privada, que definiu a competência das instituições privadas e públicas, consolidando a divisão entre as ações de saúde pública e a atenção médica, ficando a primeira (saúde pública) sob a responsabilidade do governo e a segunda (atenção médica) ao setor privado, sob a intervenção e apoio do Sistema Nacional de Saúde (Carvalho, 2013).

A crise econômica ocorrida em meados de 1970 no Brasil afetou a saúde pública, e as medidas compensatórias adotadas foram a de uma atenção primária de baixo custo e de simples tecnologia estendida para toda a população não inserida no modelo de assistência privada, a saber, a rural e a da periferia urbana. Essas medidas instigaram movimentos políticos e institucionais, principalmente em universidades e

em instituições de saúde, contra o sistema público de saúde vigente à época, o que serviu de fundamento para a reforma sanitária ocorrida nos anos de 1980, em paralelo ao processo de redemocratização brasileiro, culminando com a falência do modelo de assistência privada (Carvalho, 2013).

Em 5 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

As mulheres tornaram-se iguais aos homens em direitos e obrigações (art. 5º, inciso I), requerendo, dessa forma, atenções próprias. A proteção à maternidade e à infância foram inseridas entre os direitos sociais (art. 6º) e o direito à licença à gestante foi garantido para as trabalhadoras urbanas e rurais, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias (art. 7º, inciso XVIII) (Brasil, 1988).

Antes da entrada em vigor da chamada Constituição Cidadã, concebida no processo de redemocratização iniciado no Brasil com o encerramento da ditadura militar, o olhar da saúde para a mulher voltava-se exclusivamente para a maternidade — a mulher era vista apenas no seu papel de procriar e cuidar dos filhos.

2.2 Novo modelo de saúde voltado para a mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (Brasil, 2004).

As primeiras políticas públicas materno-infantis eram voltadas apenas para a saúde infantil, e as mulheres não eram vistas como uma meta a ser alcançada. Graças ao movimento feminista, foi possível ganhar mais espaço em relação aos direitos das mulheres, que passaram a ser atendidas em outros períodos de vida, não apenas na fase reprodutiva. O cuidado com a saúde da mulher começou a se consolidar a partir

de 1975, com a elaboração do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (Santos; Simoura; Sogame, 2018).

Em 1983, o movimento sanitário que se instalou contra o sistema público de saúde vigente à época, juntamente com o movimento feminista, conduziu à implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde, tornando-se a primeira política pública voltada especificamente para o público feminino (Silva; Silveira, 2020).

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar.

[...]

Em relação a atenção à mulher — objeto primordial desta proposta — os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (Brasil, 1984).

O programa, em sumário diagnóstico, identificou, na época, entre outros principais problemas de saúde na população feminina, a baixa cobertura do acompanhamento pré-natal, associada à baixa qualidade de atendimento e à questão da assistência ao parto, sendo fato corriqueiro nas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto (Brasil, 1984). Entre os objetivos programáticos traçados, o PAISM elencou o aumento da cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população e a melhoria da qualidade da assistência ao parto. Ampliou ainda a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), diminuindo os índices de cesárias desnecessárias (Brasil, 1984).

No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou um manual técnico para a assistência pré-natal que orienta no tocante ao acolhimento que cabe à equipe de saúde ao entrar em contato com uma mulher na unidade de saúde ou na comunidade,

a fim de compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, demonstrando que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (Brasil, 2000).

Ainda, de acordo com o manual, as visitas domiciliares devem ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, no mínimo duas vezes por gestação, buscando reforçar o vínculo entre a gestante e a unidade básica de saúde. As visitas têm como objetivo: captar gestantes não inscritas no pré-natal; reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações; acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário; completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar e reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde (Brasil, 2000).

Por fim, no tocante às condições básicas para a organização da assistência pré-natal, o manual determina que as ações devem estar voltadas para a cobertura de toda a população da área de abrangência da unidade de saúde, elencando que, para uma assistência pré-natal efetiva, deve ocorrer: a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade com o início do acompanhamento pré-natal no 1º trimestre da gravidez, garantindo a realização do teste de gravidez na unidade de saúde; o acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e o zelo pela eficiência na referência e contrarreferência, de forma a garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde — o cartão da gestante deve conter todas as informações necessárias tanto para o encaminhamento a um nível de atenção mais complexo quanto para o retorno à unidade básica de saúde (Brasil, 2000).

Com o diagnóstico da gravidez, que pode ser feito tanto em consulta médica ou de enfermagem, inicia-se o acompanhamento da gestante com o registro do nome, da idade e do endereço da gestante; da data da última menstruação; da idade gestacional e do trimestre da gravidez no momento em que foi iniciado o pré-natal¹.

¹ Abaixo de 13 semanas: 1º trimestre; entre 14 e 27 semanas: 2º trimestre; acima de 28 semanas: 3º trimestre.

No registro deve constar também a avaliação nutricional, utilizando a curva de peso/idade gestacional e/ou medida do perímetro braquial. Ainda no atendimento, a gestante receberá as orientações sobre as consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares e as reuniões educativas. Além disso, serão entregues a ela o cartão da gestante, com a identificação preenchida e orientações, o calendário de vacinas e suas orientações, a solicitação dos exames de rotina e as orientações sobre a participação nas atividades educativas — reuniões em grupo e visitas domiciliares (Brasil, 2000).

Em 2004, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com base no PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983. O novo programa para a saúde da mulher incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar e nos casos de doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004).

Na elaboração do PNAISM, muito embora não aparecesse na época entre as dez primeiras causas de óbito na faixa etária de mulheres em idade fértil (dez a 49 anos), a mortalidade materna (MM), associada ao ciclo gravídico-puerperal, chamou atenção por não se tratar de doença, por estar associada à vivência da sexualidade e pelo fato de as mortes serem evitáveis em 92% dos casos (Brasil, 2004). Dessa forma, tornou-se um bom indicador para análise das condições de saúde da população, principalmente no tocante ao acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, concentrando, assim, todos os esforços na redução da mortalidade materna (Brasil, 2004).

Segundo Leal *et al.* (2018), entre os anos de 1990 e 2000, verificou-se um declínio importante no Brasil na razão de mortalidade materna (RMM), com taxa anual de decréscimo de 5,5% e queda de 143,2 para 81,5 por 1000 nascidos vivos (NV). Na década de 2000, a RMM teve redução inferior a 2,0% ao ano. Nos anos posteriores, até 2010, a razão de mortalidade materna (RMM) teve redução de 2,4%, um pouco melhor que em relação à década passada. Em 2015, a RMM alcançou o seu valor mínimo, de 59,7 por 1000 NV. Apesar da redução visível da RMM, as taxas de MM ainda são consideradas muito altas (Leal *et al.*, 2018).

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la (Brasil, 2004).

As principais causas dos óbitos maternos no Brasil, nos anos de 2000 a 2009 foram: outras doenças da mãe que complicaram a gravidez, o parto e o puerpério (17,10%), eclampsia (11,9%), hipertensão gestacional com proteinúria significativa (6,2%), hemorragia pós-parto (5,9%), infecção puerperal (5,2%) e descolamento prematuro de placenta (4,3%) (Martins; Silva, 2018).

Em 2015, 20,7% dos óbitos foram devidos a transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, 17,5% por complicações no trabalho de parto e no parto, e 13,2% por complicações predominantemente do puerpério. Os agravos provocados por abortos aparecem em quinto lugar como causa de morte materna, correspondente a 7,0%, enquanto o primeiro lugar coube às afecções obstétricas sem especificação, causa atribuída a 29,7% dos óbitos maternos (Leal *et al.*, 2018).

Outro ponto de destaque na PNAISM está focado na atenção básica, no tocante ao acesso às consultas de pré-natal de qualidade. Os dados levantados na época apontaram no sentido da precariedade da atenção obstétrica no Brasil, principalmente para as mulheres residentes nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país (Brasil, 2004).

Considerando que mais de três milhões de crianças nascem no Brasil anualmente, no ano de 2015, 98% das suas mães receberam algum tipo de assistência pré-natal (APN) e, levando em conta a cobertura para sete ou mais consultas, verificou-se que houve aumento de 49% para 67% entre 1995 e 2015 (Brasil, 2004).

Segundo Leal *et al.* (2018), apenas 60% das gestantes do país são orientadas quanto à maternidade de referência para a internação para o parto, apesar da existência de legislação federal disciplinando a respeito. Das que tiveram essa orientação, 84,5% tiveram seu parto assistido na maternidade indicada e 16% peregrinaram em busca de assistência em mais de uma maternidade (Leal *et al.*, 2018).

No ano de 2007, a publicação da Lei n. 11.634, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência

no SUS, veio somar-se aos demais instrumentos vigentes, com mudanças profundas implantadas na saúde da mulher, voltadas, em especial, para o seu período gravídico (Brasil, 2007).

Registra-se ainda que, em 2011, foi criada no SUS, pela Portaria MS n. 1.459 a Rede Cegonha, um programa que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, incluindo, entre um de seus componentes, a garantia de transporte sanitário, conferindo, assim, todos os direitos necessários para garantir à gestante um ciclo gravídico puerperal seguro (Brasil, 2011).

Entre os objetivos da Rede Cegonha, ressalta-se a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo, assim, a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011). Já as diretrizes envolvem a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, além de garantia da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha tem como um de seus componentes de organização o pré-natal, que deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS). As orientações para essa etapa são: captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto seguro (Brasil, 2017).

Os municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, podem aderir à Rede Cegonha no componente pré-natal, desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), devendo garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes enquadradas em risco habitual ou alto risco ao local de ocorrência do parto (Brasil, 2017).

Outro componente de organização da Rede Cegonha é o parto e nascimento. Nele, há a previsão de suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e

Canguru), de acordo com as necessidades regionais, e a garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2017).

No ano de 2017, foi publicada a Portaria de Consolidação MS-GM n. 3, que consolidou todas as normas que tratavam sobre as redes no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a rede temática da Rede Cegonha (art. 3º, inciso I), revogando, por consolidação, os artigos 1º a 9º e 12 da Portaria MS-GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011 (art. 6º) (Brasil, 2017). Dessa forma, o conteúdo restante da Portaria MS-GM n. 1.459, que instituiu a Rede Cegonha, restou absorvido e mantido na sua íntegra pela Portaria de Consolidação MS-GM n. 3 (Brasil, 2017).

As diretrizes da Rede Cegonha foram ampliadas, incluindo acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e garantia ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso às ações de planejamento reprodutivo (Brasil, 2017).

A portaria prevê, entre os objetivos da Rede Cegonha, a promoção da implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, e a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2017).

No ano de 2022, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS-GM n. 715, de 4 de abril de 2022, que alterou a Portaria de Consolidação MS-GM n. 3 para instituir a Rede Materna e Infantil (RAMI) em substituição à Rede Cegonha (Brasil, 2022). Essa portaria foi alvo de reações por parte do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que, em nota conjunta, pleitearam a revogação da portaria, questionando a publicação unilateral por parte do Ministério da Saúde, sem qualquer discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Somam-se a essa questão a ênfase dada à atuação do médico obstetra, sem contemplar ações e serviços voltados às crianças, a atuação dos médicos pediatras e a exclusão dos enfermeiros obstetras (CONASS, 2022).

No ano de 2023, por meio da Portaria GM/MS n. 13, de 13 de janeiro de 2023, o Ministério da Saúde revogou a RAMI, retomando com a Rede Cegonha (Portaria de Consolidação MS-GM n. 3, de 28 de setembro 2017) (Brasil, 2023).

Recentemente, na data de 12 de setembro de 2024, foi publicada a Portaria GM/MS n. 5.350, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne (Brasil, 2024a).

O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, carioca, preta, de origem humilde, que morreu grávida de seis meses por desassistência no município de Belford Roxo em 2002. Por conta disso, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação de direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura (Brasil, 2024b).

A Rede Alyne substituiu a Rede Cegonha para aprimorá-la e tem como principal objetivo reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% — em especial, a mortalidade materna de mulheres negras em 50% — até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças (Brasil, 2024b). A Rede Alyne, entre outras ações, busca reestruturar os serviços de urgência e emergência:

[...] Para o fim da peregrinação das gestantes, o Ministério da Saúde vai implementar custeio mensal de R\$ 50,5 mil para ambulâncias destinadas à transferência de gestantes e recém-nascidos graves, com estruturação de equipes especializadas em atendimento materno e infantil, com cobertura 24 horas, 7 dias da semana no Complexo Regulatório do SUS (Reis, 2024).

A rede propõe ainda outras inovações, como novos exames incorporados no pré-natal, triplicando o repasse para estados e municípios (Reis, 2024).

A trajetória dos modelos de saúde da mulher pode ser sintetizada da seguinte forma: após a Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, cujo olhar voltava-se para a mulher na sua integralidade, no tocante ao período gravídico. As políticas avançaram no ano 2000, com o Programa de Humanização e o Manual Técnico para a Assistência Pré-Natal, ambos do Ministério da Saúde. Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Posteriormente, no ano de 2011, a Rede Cegonha foi instituída no SUS, objetivando atenção humanizada à gravidez e ao parto e a garantia de transporte sanitário, sendo substituída no ano de 2022 pela Rede Materna e Infantil (RAMI) e

retomada no ano de 2023. Em 2024 foi reformulada, sendo substituída pela Rede Alyne.

2.3 Rede Cegonha no Espírito Santo

A adesão à Rede Cegonha no SUS pelo estado do Espírito Santo aconteceu no ano de 2011, por meio da Resolução CIB n. 162, de 20 de outubro de 2011, com a aprovação do grupo condutor estadual e tendo a região de saúde norte como prioritária.

A adesão à Rede Cegonha poderia ocorrer de duas formas, regional e facilitada. As características de cada tipo são descritas a seguir:

Adesão Regional

Essa modalidade de adesão é voltada para o conjunto de municípios da(s) Região(ões) de Saúde priorizada(s) pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE/RC) a partir de critérios epidemiológicos e populacionais. Nesse tipo de adesão, são pactuadas ações para os quatro componentes da Rede Cegonha. Para realizar esse tipo de adesão, cada município deve procurar o GCE/RC de seu estado para participar da discussão das regiões prioritárias a serem eleitas por esse grupo.

Adesão Facilitada

Na adesão municipal facilitada é possível programar os componentes de Pré-natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Essa modalidade é voltada para os municípios que estão fora da região de saúde prioritária. Esse é um tipo de adesão inicial de cada município, até que venha a compor uma região de saúde prioritária (Brasil, 2013).

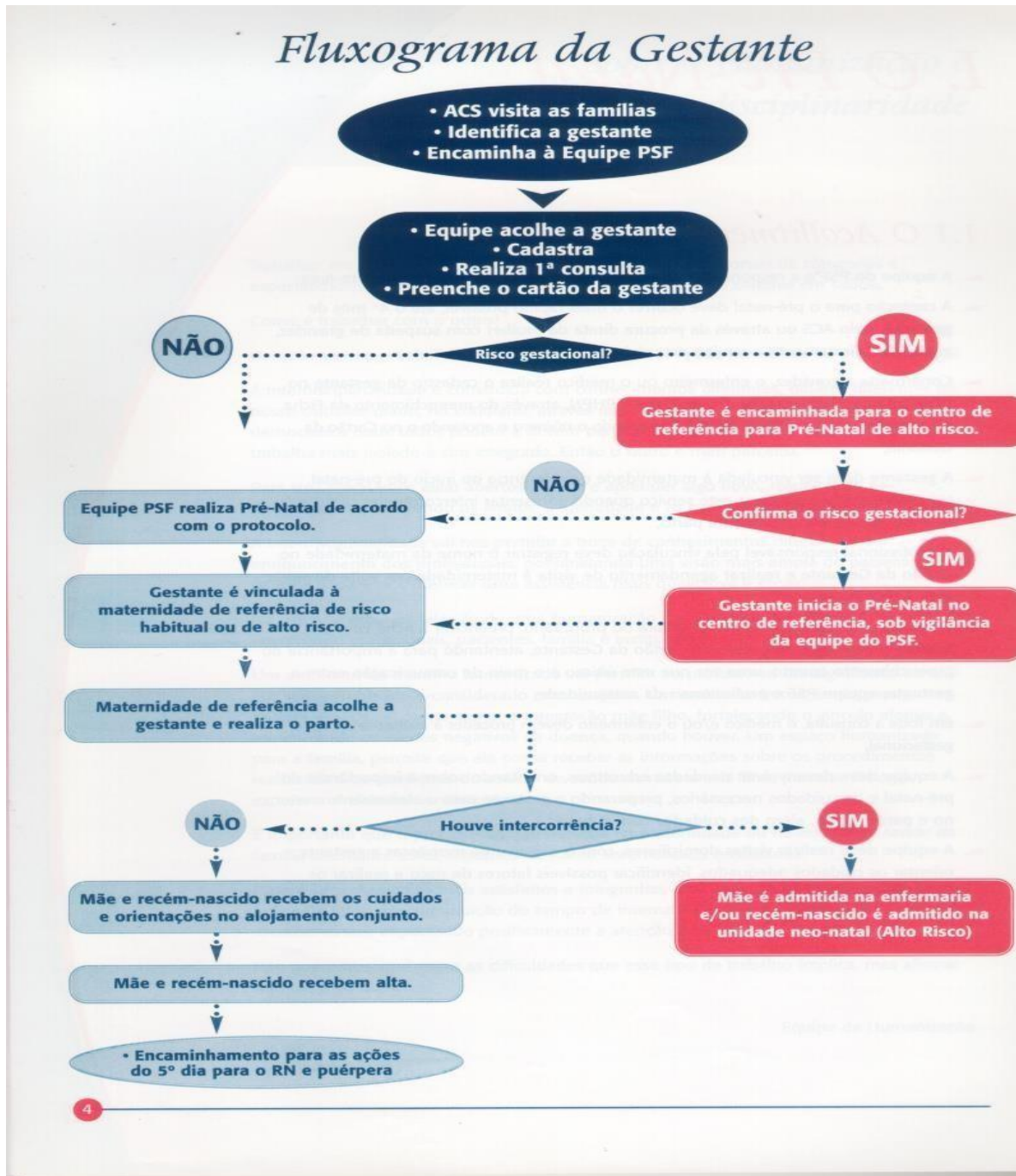
O estado do Espírito Santo realizou a adesão regional, que culminou na elaboração do Protocolo de Vinculação da Gestante no ano de 2017. O objetivo do referido protocolo foi a implantação/implementação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil nos municípios capixabas, que integram as quatro regiões de saúde do Espírito Santo, de forma a subsidiar a sua organização e funcionamento (Espírito Santo, 2017).

O Protocolo de Vinculação da Gestante trata do pré-natal e da captação precoce da gestante:

O pré-natal é o acompanhamento realizado pela equipe médica de uma Unidade de Saúde que tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto. Durante a gestação são realizados exames laboratoriais para identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou do feto. É importante que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada, ou antes, de completarem três meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce [...] (Espírito Santo, 2017, p. 6).

O documento dispõe ainda do seguinte Fluxograma da Gestante (Figura 1):

Figura 1 — Fluxograma da Gestante



Fonte: Espírito Santo (2017)

Além do pré-natal e da captação precoce da gestante, o protocolo trata da estratificação de risco da gestante:

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato (Espírito Santo, 2017, p. 7).

Observa-se que, após o acolhimento da gestante pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cadastramento e realização da primeira consulta, o cartão da gestante deve ser preenchido com identificação do risco gestacional, seguido dos devidos encaminhamentos. Em ambos os casos (havendo ou não risco gestacional), o pré-natal deve ser iniciado e a gestante vinculada à maternidade de referência de acordo com seu risco, estabelecendo, dessa forma, o vínculo da gestante com o serviço de referência ambulatorial e a maternidade no início do pré-natal, com organização dos fluxos de referência e contrarreferência (Espírito Santo, 2017).

O protocolo enfatiza que, já na primeira consulta, a gestante deve ser preparada para a vinculação à maternidade e para receber informações sobre seus direitos e deveres durante o pré-natal, sendo que a vinculação ocorre quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) encaminha todas as informações da gestante ao agente vinculador municipal, que as enviará para a maternidade de referência de acordo com o risco gestacional, garantindo, dessa forma, que a maternidade tenha conhecimento da nova gestante para melhor se organizar e gerenciar os leitos (Espírito Santo, 2017).

Consta, ainda, que, nas primeiras consultas, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, a gestante deve ser informada formalmente sobre o direito de visita à maternidade após a trigésima semana de gestação. A maternidade de referência deve manter um agente vinculador institucional para interagir com o agente vinculador municipal, dentre outras necessidades, sobre o agendamento da visita da gestante (Espírito Santo, 2017).

O Protocolo de Vinculação da Gestante também dispõe que os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção quando for necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da

gestante e o transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências (Espírito Santo, 2017).

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos termos do protocolo, compete, entre outras atribuições, instituir ferramentas de referência e contrarreferência; preencher o Mapa de Vinculação da Gestante e estabelecer o vínculo da gestante com o serviço referência ambulatorial e a maternidade no início do pré-natal, com organização dos fluxos de referência e contrarreferência (Espírito Santo, 2017).

Ainda, aos profissionais da UBS, compete vincular a gestante à maternidade de referência no início do pré-natal, orientando-a a procurar esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado. É importante lembrar que alguns municípios definiram que a porta de entrada para qualquer intercorrência durante a gestação é a UPA (Espírito Santo, 2017).

Em resumo, a adesão dos municípios capixabas à Rede Cegonha iniciou-se em 2011, culminando, no ano de 2017, na elaboração do Protocolo de Vinculação da Gestante, que, além de relacionar as maternidades de referência tanto para risco habitual como para alto risco, trata do pré-natal e da estratificação de risco da gestante.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a implementação do Protocolo de Vinculação da Gestante na Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil no estado do Espírito Santo com o propósito de identificar eventuais falhas de implementação, de modo a fornecer subsídios para o aprimoramento da rede.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar quais aspectos do Protocolo de Vinculação da Gestante estão sendo contemplados pelos municípios capixabas quanto à vinculação das gestantes aos hospitais/maternidades de referência para risco habitual e alto risco e quanto à realização da classificação de risco e à disponibilização do transporte seguro para as gestantes;
- b) Discutir como as falhas no Protocolo de Vinculação da Gestante por parte dos municípios capixabas estão impactando no funcionamento da Rede Estadual Materno-Infantil.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de análise documental, com coleta de dados retrospectivos.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no estado do Espírito Santo, localizado na região Sudeste do Brasil, compondo área litorânea e fazendo divisa com os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, com uma população de 3.833.712 habitantes, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2022 (IBGE, 2022).

O estado do Espírito Santo, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) de 2011, estava dividido em quatro regiões de saúde, a saber:

- a) Região Norte: totalizando 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão), com uma população de 384.861 habitantes;
- b) Região Central: totalizando 18 municípios (Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério), com uma população de 571.302 habitantes;
- c) Região Metropolitana: totalizando 20 municípios (Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória), com uma população de 1.935.393 habitantes; e
- d) Região Sul: totalizando 26 municípios (Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São

- a) Região Central/Norte: totalizando 29 municípios (Água Doce do Norte, Água Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão, Vila Valério), com uma população total de 971.605 habitantes;
- b) Região Metropolitana: totalizando 23 municípios (Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibirapuçu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória), com uma população total de 2.410.051 habitantes; e
- c) Região Sul: totalizando 26 municípios (Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupí, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta), com uma população de 682.396 habitantes.

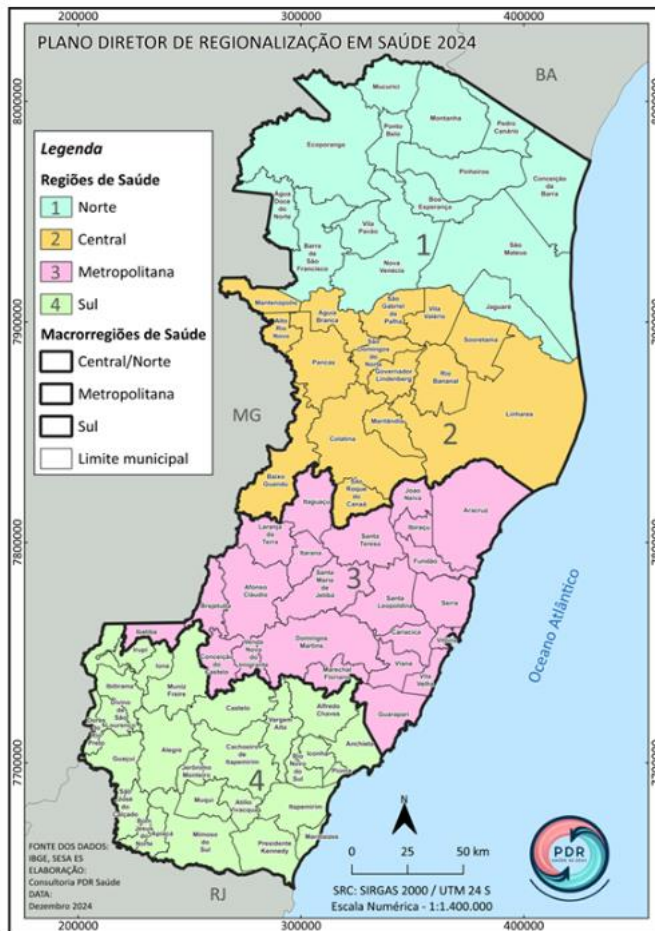
O PDR de 2020 apresenta-se de acordo com o mapa abaixo (Figura 3):

Dessa forma, o PDR de 2024 passou a ser constituído por três macrorregiões e duas regiões de saúde, a saber:

- a) Macrorregião Central/Norte: totalizando 29 municípios (Água Doce do Norte, Água Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão, Vila Valério), com uma população total de 963.922 habitantes;
- b) Região Central: totalizando 15 municípios (Água Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério), com uma população de 535.457 habitantes;
- c) Região Norte: totalizando 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão), com uma população de 428.465 habitantes;
- d) Macrorregião Metropolitana: totalizando 23 municípios (Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória), com uma população total de 2.441.683 habitantes; e
- e) Macrorregião Sul: totalizando 26 municípios (Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta), com uma população de 696.524 habitantes (Espírito Santo, 2024).

O PDR de 2024 apresenta-se de acordo com o mapa abaixo (Figura 4):

Figura 4 — Plano Diretor de Regionalização da Saúde (2024)



Fonte: Espírito Santo (2024)

Para análise dos documentos, será considerado o PDR de 2011, que dividia o estado do Espírito Santo em quatro regiões de saúde (representado na Figura 1), tendo em vista que o PDR de 2020, representado na Figura 2, que passou a dividir o Estado do Espírito Santo em três regiões de saúde, entrou em vigor somente na data de 18 de dezembro de 2020, ocasião em que os dados referentes ao PGA 2020/2021 já estavam sendo coletados.

4.3 Coleta de dados

Como fonte de dados, foram utilizadas as normativas em vigor que tratam da Rede Materno-Infantil, a saber, a Portaria de Consolidação GM/MS n. 03/2017 — Rede Cegonha — (Brasil, 2017) e o Protocolo de Vinculação da Gestante, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, datado de 2017 (Espírito Santo, 2017), bem como os dois relatórios elaborados pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo

(MPES), por meio do Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAOPS), referentes ao Plano Geral de Ação (PGA) 2018/2019 e ao Plano Geral de Ação (PGA) 2020/2021 (Quadro 1).

Quadro 1 — Documentos utilizados como fonte de dados

Documento	Origem	Ano
Portaria de Consolidação n. 3 — Rede Cegonha	Ministério da Saúde	2017
Protocolo de Vinculação da Gestante	Secretaria de Estado da Saúde	2017
PGA 2018/2019	Ministério Público do ES	2018-2019
Relatório PGA 2018/2019	Ministério Público do ES	2018-2019
PGA 2020/2021	Ministério Público do ES	2020-2021
Relatório PGA 2020/2021	Ministério Público do ES	2020-2021

Fonte: elaborado pela própria autora

Os dados que integram o relatório elaborado pelo MPES, referente ao PGA 2018/2019 e ao PGA 2020/2021 foram coletados de formulários elaborados e encaminhados para todos os secretários de saúde dos 78 municípios capixabas e para as direções de suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

4.3.1 Dados coletados

Os dados de interesse para a coleta foram extraídos do questionário enviado aos 78 municípios capixabas (Anexos A e B). O questionário contava com 24 perguntas e as informações recebidas foram tabuladas pelo MPES, culminando na elaboração do diagnóstico por município e por região de saúde.

O objeto de análise neste estudo refere-se ao diagnóstico por região de saúde, especificamente quanto à vinculação das gestantes aos hospitais/maternidades de referência para risco habitual e alto risco e quanto à realização da classificação de risco e à disponibilização do transporte seguro para as gestantes.

4.4 Análise dos dados

As informações obtidas foram analisadas por meio de estatística descritiva, com os cálculos da frequência absoluta e relativa e, posteriormente, apresentados por meio de tabelas.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte de um projeto primário intitulado “Análise do funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno Infantil à luz do Protocolo de Vinculação da Gestante”, que foi submetido, nos termos da Resolução n. 466/2012 (Brasil, 2012), à apreciação Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) com CAAE 65583521.8.0000.5065 e aprovado com o parecer número 5.797.614 (Anexo C).

Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução n. 466/2012 (Brasil, 2012), e a guarda das informações ficará sob a responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante um período de cinco anos.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são oriundos dos dados que integram os relatórios elaborados pelo MPES referentes ao Plano Geral de Ação (PGA) 2018/2019 e ao Plano Geral de Ação (PGA) 2020/2021.

Para o PGA de 2018/2019, na região norte, dos 14 municípios integrantes, 12 participaram do projeto. Na região central, dos 18 municípios integrantes, 17 participaram do projeto. Na região metropolitana, dos 20 municípios integrantes, 15 participaram do projeto. Na região sul, dos 26 municípios integrantes, todos participaram do projeto. Dessa forma, 89,74% dos municípios capixabas participaram do projeto, conforme exposto na Tabela 1, abaixo.

Tabela 1 — Municípios participantes PGA 2018/2019

Região de saúde	Municípios	Municípios participantes
Norte	14	12
Central	18	17
Metropolitana	20	15
Sul	26	26
Total	100%	89,74%

Fonte: elaborado pela própria autora

Na Tabela 2, abaixo, é apresentado o percentual dos municípios participantes, por região de saúde, que vinculam as gestantes aos hospitais/maternidades de referência para risco habitual e alto risco, que realizam a classificação de risco nas gestantes e que disponibilizam transporte seguro para as suas gestantes.

Tabela 2 — Percentual dos municípios, por região de saúde, que vinculam suas gestantes às maternidades de referência, realizam classificação de risco e disponibilizam transporte seguro

Municípios por região de saúde	Vinculação das gestantes	Classificação de risco	Transporte seguro
Norte	100%	91,6%	91,6%
Central	76,4%	88,2%	76,4%
Metropolitana	86,6%	93,3%	66,6%
Sul	92,3%	84,6%	88,4%

Fonte: elaborado pela própria autora

Observa-se, na Tabela 3, que, dentre as regiões de saúde, o percentual de municípios que vinculam suas gestantes aos hospitais/maternidades de referência nas

regiões central e metropolitana acende um sinal de alerta por estar abaixo de 90%. Nota-se, ainda, que o índice de municípios que realizam a classificação de risco das gestantes também é inferior a 90% nas regiões central e sul e, por fim, constata-se que a disponibilização de transporte seguro para as gestantes apresenta indicadores abaixo dessa mesma meta nas regiões central, metropolitana e sul.

Os resultados referentes ao PGA 2018/2019 foram apresentados na data de 30 de novembro de 2018, no 1º Encontro de Promotores de Justiça em prol da Saúde Materno-Infantil do Estado do Espírito Santo, no auditório da Procuradoria-Geral de Justiça, localizado na Rua Procurador Antônio Benedicto Amâncio Pereira, n. 121, Bairro Santa Helena, Ed. Promotor Edson Machado, Vitória, ES. Foi um evento aberto ao público em geral, a gestores de saúde estadual e municipais, a diretores de maternidades e a membros e servidores do Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES).

No ano de 2019, foram realizados encontros regionais com o objetivo de conhecer a estrutura e os processos de trabalho da Rede Cegonha nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo e desenvolver estratégias de atuação com um olhar mais próximo da realidade local. Ao final, no dia 2 de dezembro de 2019, foi realizado o 2º Encontro de Promotores de Justiça em prol da Saúde Materno-Infantil do Estado do Espírito Santo, no mesmo local e com o mesmo público contemplado no primeiro encontro, ocorrido no ano de 2018.

Em todos os encontros realizados, foi apresentado o diagnóstico da rede materno-infantil do estado, municiando com informações o gestor estadual e os gestores municipais, os diretores de maternidades e membros do MPES em prol de adequações das inconformidades existentes na rede materno-infantil no estado — em especial, a fim de que fosse buscado atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres gestantes no pré-natal e parto e, ainda, a vinculação aos hospitais/maternidades (risco habitual e alto risco) integrantes da rede.

O PGA 2020/2021 continuou a trabalhar a rede materno-infantil. No entanto, em razão da pandemia da covid-19, não foi possível realizar os encontros regionais no ano de 2020. O monitoramento dos dados sobre a rede materno-infantil nos municípios e no âmbito do estado foi realizado através de formulário *on-line* encaminhado por *e-mail*.

O 3º Encontro de Promotores de Justiça em prol da Saúde Materno-Infantil do Estado do Espírito Santo aconteceu no dia 30 de novembro de 2020, no formato *on-*

line, com o mesmo público contemplado nos encontros anteriores que aconteceram por ocasião do PGA 2018/2019 e com a mesma modelagem.

De acordo com o diagnóstico levantado para o PGA 2020/2021, no ano de 2020, na região norte, dos 14 municípios integrantes, nove participaram do projeto. Na região central, dos 18 municípios integrantes, sete participaram do projeto. Na região metropolitana, dos 20 municípios integrantes, 10 participaram do projeto. Na região sul, dos 26 municípios integrantes, 14 participaram do projeto. Dessa forma, 50,63% dos municípios capixabas participaram do projeto, conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 — Municípios participantes PGA 2020/2021

Região de saúde	Municípios	Municípios participantes
Norte	14	09
Central	18	07
Metropolitana	20	10
Sul	26	14
Total	100%	50,63%

Fonte: elaborado pela própria autora

Apesar de a Comissão Intergestores Bipartite, no ano de 2020, ter aprovado a revisão do PDR para três regiões de saúde (central/norte, metropolitana e sul) por meio da Resolução n. 153, essa alteração passou a vigorar somente na data de 18 de dezembro de 2020, razão pela qual os dados coletados no ano de 2020 continuaram a considerar as quatro regiões de saúde, conforme o PDR de 2011.

A Tabela 4 apresenta o percentual dos municípios participantes, por região de saúde, que vinculam as gestantes aos hospitais/maternidade de referência para risco habitual e alto risco, que realizam a classificação de risco nas gestantes e que disponibilizam transporte seguro para as suas gestantes.

Tabela 4 — Percentual dos municípios, por região de saúde, que vinculam suas gestantes às maternidades de referência, realizam classificação de risco e disponibilizam transporte seguro

Municípios por região de saúde	Vinculação das gestantes	Classificação de risco	Transporte seguro
Norte	21,05%	100%	76,32%
Central	22,22%	100%	94,44%
Metropolitana	30,59%	62,35%	37,65%
Sul	32,65%	100%	52,04%

Fonte: elaborado pela própria autora

Observa-se, na Tabela 5, a seguir, que o percentual dos municípios que vinculam gestantes a hospitais/maternidades de referência em todas as regiões de saúde também acende um sinal de alerta por estar muito abaixo de 90%. Adicionalmente, nota-se que, na região metropolitana, o índice de municípios que realizam a classificação de risco também se encontra significativamente abaixo dessa meta, enquanto a disponibilização de transporte seguro para as gestantes supera os 90% apenas na região central.

6 DISCUSSÃO

Analisando o percentual de municípios participantes da pesquisa referente ao PGA 2018/2019 para o PGA 2020/2021, extrai-se que houve uma queda significativa, a saber, de 89,74% para 50,63%. Acredita-se que essa queda ocorreu em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), nível mais alto de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005).

Dessa forma, a queda evidenciada no percentual de municípios participantes no PGA 2020/2021 é facilmente identificada em razão da pandemia da covid-19, assim declarada pelo diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom, na data de 11 de março de 2020, devido à contaminação disseminada de forma rápida em níveis alarmantes (ASCOM SE/UNA-SUS, 2020).

A circulação do vírus SARS-CoV-2 no mundo impôs muitos desafios aos sistemas de saúde, principalmente pelo seu alto potencial de contaminação, ausência de tratamento e de fármacos eficazes, insuficiência de vacinas e da rede de serviços para atendimento da demanda e do agravamento do quadro infeccioso, não sendo diferente no Brasil e no estado do Espírito Santo. Essas questões passaram a demandar dos gestores de saúde articulação para respostas rápidas e coordenadas, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos no segundo momento da pesquisa (Vasques; Peres; Straub; Souza, 2023).

No tocante à vinculação da gestante pelos municípios capixabas à rede hospitalar de referência, também foi possível identificar a situação do estado do Espírito Santo com os resultados apresentados nos relatórios do PGA 2018/2019 e compará-los com os do PGA 2020/2021.

Desde 2007, a Lei n. 11.634 garante às gestantes o direito à vinculação prévia à maternidade onde será realizado seu parto e onde receberá assistência nos casos de intercorrência (art. 1.º, incisos I e II) (Brasil, 2007). Posteriormente, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher, dentre outros direitos, a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência em que será realizado o parto, desde o pré-natal (Brasil, 2011).

Por sua vez, o Protocolo de Vinculação da Gestante enfatiza que a gestante deve ser preparada para a vinculação à maternidade de acordo com o risco gestacional a partir da primeira consulta e que os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção quando necessário o encaminhamento para outros

municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e o transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências (Espírito Santo, 2017).

O direito da gestante à vinculação à maternidade de referência tem por objetivo reduzir a peregrinação das mulheres em busca de atendimento durante o trabalho de parto, ou mesmo durante intercorrências, de forma a não favorecer desfechos desfavoráveis para a mãe e o bebê, além de oferecer mais segurança e possibilitar o conhecimento do local do parto (Hartmann, 2023).

Nos relatórios referentes aos anos de 2018 e 2019, anteriores ao advento da pandemia da covid-19, identificou-se que as regiões central e metropolitana chamam atenção pelo fato de o percentual de vinculação das gestantes às referências hospitalares pelos municípios que as integram estarem abaixo de 90%.

Já os dados relacionados à região norte — a saber, 100% dos municípios vincularem suas gestantes à referência hospitalar —, evidenciam atendimento ao Protocolo de Vinculação da Gestante, em especial, ao item 10 das competências das unidades de saúde, que assim dispõe:

[...] a gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto, obedecendo ao fluxo municipal traçado e pactuado (Espírito Santo, 2017).

A não vinculação da gestante à maternidade fere não só o protocolo, mas a própria Lei Federal n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Fagundes, 2017). A Lei 11.634/2007 assim dispõe:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1.º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária, conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério (Brasil, 2007, p. 1).

Já no relatório referente ao PGA 2020/2021, não só o percentual de municípios participantes decaiu, mas também aquele referente à vinculação de suas gestantes às maternidades de referência, ficando todas as regiões de saúde com percentual muito abaixo dos 50%.

Apesar dos dados de 2020 e 2021 serem preocupantes, eles se justificam pelo fato de o relatório ter sido elaborado dentro do período da declaração, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à covid-19, em 11 de março de 2020 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), sendo que o seu fim foi declarado somente em 5 de março de 2023.

Nesse período, as gestantes foram incluídas no grupo de risco mais suscetível à doença, com grau de letalidade elevado (Reis; Samea; Moreira, 2021). Dessa forma, o pré-natal em tempos de pandemia da covid-19 tornou-se desafiador, considerando o isolamento social, a suspensão dos atendimentos nas unidades de saúde e, principalmente, as alterações nos fluxos dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde, nas unidades de urgência e emergência e nas redes hospitalares para adequação à nova realidade evidenciada na saúde (Reis; Samea; Moreira, 2021).

No tocante à classificação de risco da gestante, os resultados apresentados nos relatórios do PGA 2018/2019 demonstram que os municípios integrantes das regiões metropolitana e norte realizaram a classificação de risco nas suas gestantes, atingindo percentual acima de 90%, enquanto as regiões central e sul não conseguiram atingir esse percentual.

O pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser iniciado na Atenção Primária à Saúde (APS) assim que suspeitada ou confirmada a gravidez, preferencialmente até a 12^a semana de gestação (captação precoce) (Brasil, 2000). A gestante deve procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência para iniciar suas consultas de pré-natal de forma a assegurar o desenvolvimento saudável da gestação e garantir um parto com menores riscos para a mãe e o bebê, com encaminhamento seguro ao centro obstétrico e o seu retorno à unidade de saúde para consulta após o parto (Brasil, 2000).

O Ministério da Saúde, em seu manual técnico para a assistência pré-natal, ao tratar sobre fatores de risco reprodutivo, esclarece que a avaliação de risco implementa as atividades de controle pré-natal e permite a orientação e o encaminhamento adequados em cada momento da gravidez. Para tanto, é necessário dispor de um

instrumento que permita mapear os riscos a que cada uma delas está exposta, sendo que a realidade epidemiológica local deve ser levada em consideração (Brasil, 2000).

A não estratificação de risco da gestante revela falhas graves na realização no pré-natal da gestante, prejudicando, dessa forma, a assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade, até porque o cartão da gestante deve conter todas as informações necessárias tanto para o encaminhamento a um nível de atenção mais complexo quanto para o retorno à unidade básica de saúde (Brasil, 2000). Prejudica, principalmente, a vinculação da gestante à maternidade de referência, tendo em vista que o Protocolo de Vinculação da Gestante enfatiza que a gestante deve ser preparada para a vinculação à maternidade já na primeira consulta, que ocorre quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) encaminha as informações da gestante ao agente vinculador municipal, que as enviará para a maternidade de referência de acordo com o risco gestacional, o que restará prejudicada sem que a estratificação de risco tenha sido realizada (Espírito Santo, 2017).

Um dos componentes das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção à saúde, serviços que se distribuem nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, organizados nos territórios do município, da região de saúde e do estado. Os pontos de atenção são definidos considerando os princípios de escala, qualidade e acesso, mas obedecendo, antes de tudo, à necessidade de saúde.

Assim, a estratificação de risco, identificando diferentes situações de gravidade, indica níveis também diferentes de necessidade de saúde, o que, por sua vez, define o tipo de cuidado que deve ser ofertado nos vários serviços (Espírito Santo, 2017).

Por outro lado, os relatórios referentes ao PGA 2020/2021 revelaram que, em meio à pandemia da covid-19, os municípios da região metropolitana não realizaram a classificação de risco em suas gestantes, chegando ao patamar de apenas 62,3%, enquanto as demais regiões alcançaram 100%. Os riscos e a insegurança gerados durante o período da pandemia desafiaram a assistência ao pré-natal, levando muitas gestantes a não o iniciar e, quando já iniciado, a descontinuí-lo. As visitas por parte dos agentes comunitários de saúde foram descontinuadas, contribuindo para o agravamento da situação (Reis; Samea; Moreira, 2021).

O pré-natal e a captação precoce da gestante são tratados no Protocolo de Vinculação da Gestante devendo serem iniciados na Atenção Primária à Saúde (APS) assim que suspeitada ou confirmada a gravidez, preferencialmente até a 12^a semana de gestação (captação precoce) (Brasil, 2000), o que não vem sendo observado no estado do Espírito Santo, uma vez que a média nos anos de 2020 e 2021 superou a

de 2018 e 2019, revelando que os municípios capixabas precisam evoluir no tocante à assistência pré-natal em todas as regiões de saúde, em especial, na região metropolitana.

Assim, constatou-se que, em todas as regiões de saúde do estado, os municípios não vêm observando o disposto no Protocolo de Vinculação da Gestante, inclusive no que tange ao transporte seguro para as gestantes. Nos anos de 2018 e 2019, apenas a região norte atingiu percentual acima de 90% quanto à disponibilização do transporte seguro para suas gestantes. As demais regiões alcançaram percentuais muito abaixo, a saber, sul 88,4%, central 76,4% e metropolitana 66,6%.

Nos anos de 2020 e 2021, esse percentual se acentua para maior na região central ao atingir 94,4%, enquanto as demais regiões (norte, sul e metropolitana) alcançaram somente os percentuais, respectivamente, de 76,32%, 52,04% e 37,65%. Os números demonstram a não garantia do transporte seguro para as gestantes, principalmente na região metropolitana.

O protocolo dispõe que os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências (Espírito Santo, 2017).

A garantia ao transporte seguro, a garantia da vinculação à gestante à unidade de referência e a classificação de risco integram as diretrizes da Rede Cegonha desde a sua criação pela Portaria n. 1.459, de junho de 2011, que se organiza a partir de quatro componentes, dentre eles, pelo componente do pré-natal, onde a vinculação da gestante à unidade de referência e a classificação de risco estão inseridos e pelo componente do sistema logístico, transporte sanitário e regulação, onde o transporte seguro está inserido.

Assim, os relatórios referentes aos PGAs 2018/2019 e 2020/2021 demonstram a não observância do Protocolo de Vinculação da Gestante pelos municípios capixabas e, por sua vez, a vulnerabilidade da rede materno-infantil no estado do ES.

Sendo assim, propõe-se a capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde, objetivando garantir a captação precoce das gestantes, permitindo que elas iniciem um pré-natal humanizado de qualidade e ali permaneçam até o final da gestação.

A definição dos fluxos de referência e contrarreferência tanto para o parto como para as intercorrências é de suma importância para que a vinculação das gestantes aos hospitais/maternidades de referência dentro das regiões de saúde aconteça, bem como para organização na garantia de transporte seguro para aquelas que dele necessitarem.

Entre as limitações encontradas, destaca-se o advento da pandemia da covid-19, situação que se perpetuou de março de 2020 a março de 2023, prejudicando o levantamento dos dados relacionados ao PGA 2020/2021 e ocasionando uma queda significativa na participação dos municípios capixabas.

Diante do exposto, espera-se que os resultados desta pesquisa ajudem na percepção de que melhorias são importantes e necessárias para o funcionamento da Rede Estadual Materno-Infantil, a iniciar pela elaboração de um protocolo de vinculação da gestante mais atual e moderno, refletindo, em especial, todas as mudanças que a Rede Cegonha sofreu nos últimos anos. E que seja um protocolo de acesso facilitado aos gestores e profissionais da saúde e esteja em constante evolução, acompanhando as alterações ocorridas tanto na Atenção Primária à Saúde como na rede hospitalar do estado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da saúde da mulher foi apresentada a partir do século XX, desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, até a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, considerada um marco para a saúde da mulher no processo de redemocratização do Brasil.

É importante registrar que a PNAISM veio a se somar à Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), à Lei n. 8080/90, que organizou os serviços de saúde, e à Lei n. 8.142/90, que tratou do controle social. Em 2004, com a PNAISM, o olhar voltado para a saúde da mulher somente no ciclo gravídico-puerperal rompeu barreiras, inserindo a integralidade da mulher sob a perspectiva de gênero.

Em 2007, foi publicada a Lei n. 11.634, que dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS. A partir desse contexto, a Rede Cegonha assume protagonismo a partir de 2011, para organização da Rede Materno-Infantil no Brasil, objetivando assegurar à mulher o direito à humanização durante a gravidez, incluindo o transporte seguro.

No estado do Espírito Santo, a adesão à Rede Cegonha também se iniciou em 2011, pela região de saúde norte. Posteriormente, em 2017, a SESA elaborou o Protocolo de Vinculação da Gestante, objetivando organizar e implementar, nos municípios integrantes das regiões de saúde do Espírito Santo, a Rede de Atenção Materno-Infantil. Em 2022, a Rede Cegonha foi substituída pela Rede Materno-Infantil (RAM), retornando em 2023. Após a retomada, a Rede Cegonha foi reformulada em 2024 e substituída pela Rede Alyne.

Apesar dos avanços na saúde da mulher durante a gravidez nessas últimas três décadas, muito ainda precisa ser aperfeiçoado e é nesse contexto que a reformulação da Rede Cegonha para Rede Alyne se insere.

Nesta pesquisa, foi realizado um estudo exploratório-descritivo, de análise documental, com coleta de dados retrospectivos, em que foram analisados os relatórios elaborados pelo Ministério Público do Espírito Santo. Os dados para análise foram extraídos das respostas aos formulários encaminhados para as secretarias de saúde dos 78 municípios capixabas. Buscaram-se informações referentes à Rede

Materno-Infantil no âmbito do Estado do Espírito Santo, integrante do PGA 2018/2019 e 2020/2021.

No decorrer do estudo, entre a análise dos planos em questão, sobreveio a pandemia da covid-19, ocasião em que as gestantes foram inseridas no grupo de risco. Foi observado um impacto significativo no percentual de municípios participantes durante o período de 2020 e 2021.

Além do baixo percentual dos municípios participantes no período referente ao PGA 2020/2021, a vinculação das gestantes para as maternidades de referência ficou no patamar abaixo de 50% em todas as regiões de saúde, ocasionando preocupação quanto ao aumento na peregrinação dessas mulheres em busca de atendimento durante o trabalho de parto e nas intercorrências. Mesmo antes da pandemia da covid-19, os dados referentes ao PGA 2018/2019, no tocante, ainda, à vinculação das gestantes, já causavam preocupação nas regiões central e metropolitana, uma vez que estavam abaixo de 90%.

Os dados apurados em relação à realização da classificação de risco referente ao PGA 2018/2019 levantaram preocupação com as regiões central e sul, que não conseguiram atingir percentual acima de 90%. Os dados levantados no PGA 2020/2021 mostram que a região metropolitana atingiu o patamar de somente 62,3%, enquanto as demais regiões alcançaram 100%.

Considerando que tanto a vinculação da gestante às maternidades de referência quanto a classificação de risco estão inseridas no componente do pré-natal na Rede Cegonha, os percentuais acima sugerem um olhar especial para a qualidade do atendimento às gestantes na Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do estado do Espírito Santo.

No tocante ao outro componente da Rede Cegonha, a saber, a disponibilização de transporte seguro para a gestante, no PGA 2018/2019 as regiões sul, central e metropolitana somente atingiram o percentual de 88,4%, 76,4% e 66,6%, enquanto a região norte cravou em 90%. Já no PGA 2020/2021, a região central alcançou o patamar de 94,4%, enquanto as regiões norte, sul e metropolitana se mantiveram em 76,3%, 52,04% e 37,65%, respectivamente, o que causa preocupação, pois a remoção das gestantes é a garantia de atendimento no trabalho de parto.

Dessa forma, é necessário que a SESA atualize o Protocolo de Vinculação da Gestante, datado de 2017, tendo em vista as inúmeras atualizações que a Rede

Cegonha vem sofrendo nos últimos anos, bem como que os municípios capacitem seus profissionais de saúde quanto ao pré-natal.

REFERÊNCIAS

ASCOM SE/UNA-SUS. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. Brasília, 11 mar. 2020. **UNASUS** [site]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil. Brasília, 30 de setembro de 2024 [2024b]. **Gov.br** [site]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [Folder institucional]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 1 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga portarias que especificam e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 27 jul. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. 2024 [2024a]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 abr. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 dezembro de 2012**. [Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 1 ago. 2021.

BUCCI, M. P. D. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. [S. l.]: Saraiva Jur, 2021.

CARVALHEIRO, José da Rocha. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. *In*: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz

Galvão; RIBEIRO, Helena (eds). **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, DF, 7 abr. 2022. **CONASS** [site]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n. 259/2024**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20ES%20N%C2%BA259%20-%202024%20-%20Aprovar%20o%20PDR%20-%20ES%202024%20-%202025.pdf>. Acesso em: 2 set. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde, 2011**. Vitória, ES: Secretaria da Saúde, 2011 [2011b]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanDir etordeRegionalizacao_ES_2011.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução n. 153/2020**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153-2020%20-%20PDR%20ES%202020.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução n. 162, de 20 de outubro de 2011**. Aprova a adesão do estado do Espírito Santo à Rede Cegonha, entre outras providências. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2011a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202011/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20162-2011.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. **Protocolo de vinculação da gestante**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20VINCULA%C3%83%E2%80%A1%C3%83%C6%92O%20DA%20GESTANTE.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

FAGUNDES, André Wiler Silva. **Elaboração e implantação de um protocolo para a vinculação da gestante de risco habitual**: um relato de experiência. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica para Profissionais da Saúde) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/37e13993-428d-483c-83e6-5986be6445f4/content>. Acesso em: 9 set. 2025.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. A saúde pública no século XX. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 211-213, jun. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300001>. Acesso em: 23 mar. 2025.

HARTMANN, Melissa. **Vinculação de gestantes à maternidade de referência: potencialidades e desafios na ótica de profissionais da saúde**. 2023. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Área Profissional de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://repositorioceme.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/254489/001161543.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 ago. 2021.

IBGE. Censo demográfico 2022. Brasília, 2022. **IBGE** [site]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 26 ago. 2025.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leão; BARRETO, Maurício Lima; BARROS, Fernando. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 5 mar 2025.

MARTINS, Ana Cláudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 677-683, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700677&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 1 nov. 2020.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2021.

NASCIMENTO, Jucelia Salguiero; SILVA, Maria Rosa da; OLIVEIRA, Elaine Cristina Tôres; MONTE, Giselle Carlos Santos Brandão. Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portuguesa: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, abr. 2018. Disponível em: <https://scispace.com/pdf/assistencia-a-mulher-no-pre-natal-parto-e-nascimento-4tt12dg3b6.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da emergência internacional de COVID-19. [S. l.], 2020. **OPAS** [site]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/historico-da-emergencia-internacional-covid-19>. Acesso em: 5 mar. 2025.

REIS, Nadja Alves dos. Conheça Alyne Pimentel, que inspira programa do SUS para cuidado a gestantes e puérperas. Brasília, 20 set. 2024. **Agência Gov** [site]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/rede-alyne-conheca->

a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe. Acesso em: 5 jul. 2025.

REIS, Rafaela Rodrigues Rocha dos; SAMEA, Breno Luiz Herzer; MOREIRA, Diego Henrique. A experiência de atendimento de pré-natal em tempos de pandemia de covid-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 119356-119370, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/41732>. Acesso em: 8 set. 2025. DOI: 10.34117/bjdv7n12-617.

SANTOS, Daniele Gonçalves dos; SIMOURA, Juliana Baptista; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Política de atenção materno-infantil: contexto histórico. ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 6.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 13., 2018, Vitória. **Anais** [...]. Espírito Santo, Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/einps/article/view/20066>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

SILVA, L. N.; SILVEIRA, S. F. R. Políticas públicas de saúde para a mulher no Brasil: uma análise das conquistas. ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 7., 11 a 13 de novembro de 2020, Brasília, 2020. **Anais** [...]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/abstract/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

VASQUES, Jackeline da Rocha; PERES, Aida Maris; STRAUB, Michelle; SOUZA, Taynara Lourenço de. Organização dos sistemas de saúde no enfrentamento à covid-19: uma revisão de escopo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 47, e38, 2023. Disponível: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.38>. Acesso em: 3 fev. 2024.

ANEXO A – Formulário para coleta de informações da Rede Materno-Infantil do município



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESPÍRITO SANTO
 Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAPS)
 Rua Rui Barão Gonçalves, 190/200 - Estação de São - Vitória - ES - CEP: 29.050-400



☎ 27 3045-5000 / 3196-5138 / 3194-4781

caps@mpes.es.gov.br / www.caps.es.gov.br

FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DA REDE MATERNO INFANTIL DO MUNICÍPIO

Portaria de Consolidação nº 3/2017 – Anexo II Rede Cegonha
 Protocolo de vinculação da gestante – SESA - 2017

*** Respostas obrigatórias:**

Textos grafados em vermelho são para conhecimento de Mátheuz e não deverão constar do formulário

Caracterização da Coleta de Informações

Documento de referência: Procedimento SEI nº 19.11.0070.0012258/2020 e DOC SEI nº 0250617

Prazo impreterível para o envio das informações: 30/10/2020

Objetivo: realizar o Diagnóstico da Rede de Saúde Materno Infantil dos Municípios do Estado do Espírito Santo.

1. Data do envio das informações:*

__/__/__

2. Responsável pelas informações/cargo:*

3. Município:*

(selecionar sua resposta – sistema ~~de~~ **caixas**)

4. O Município instituiu Agente Vinculador da Rede Materno Infantil?*

Sim;

Não.

5. O Município participa das reuniões do Grupo Condutor Regional?*

Sim;

Não.

6. Há no Município equipamentos de saúde com especialidade para a saúde da Mulher a exemplo da 'Casa Rosa'? *

Sim;

Não.

7. Em caso de resposta positiva na questão anterior, relacionar os estabelecimentos e os serviços disponibilizados (em caso de resposta 6 negativa desabilitar esta questão).



8. Quantas gestantes o Município possui? * _____ (a resposta deve ser numérica).

9. Há ação judicial impetrada pelo Município contra usuários e/ou responsáveis que se negam ao tratamento de doenças infecto contagiosas? *

- Sim;
 Não.

10. Assinalar os métodos contraceptivos e procedimentos cirúrgicos ofertados pelo Município: * (permitir selecionar mais de uma opção).

- Contraceptivos injetáveis;
 Contraceptivos orais;
 Diafragma;
 DIU;
 Laqueadura de trompas;
 Preservativo feminino;
 Preservativo masculino;
 Vasectomia.

11. O Município dispõe de todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a gestante? *

- Sim;
 Não.

12. Em caso de falta de alguma vacina, relacionar quais (se a resposta da questão 11 for negativa desabilitar esta questão):

13. O Município dispõe de todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a criança? *

- Sim;
 Não.

14. Em caso de falta de alguma vacina, relacionar quais: (se a resposta da questão 13 for negativa desabilitar esta questão)

15. Assinalar os exames preconizados pelo Ministério da Saúde disponibilizados pelo Município: * (permitir selecionar mais de uma opção)

- Teste rápido de gravidez;
 Teste rápido de sífilis;
 Teste rápido de HIV;
 Cultura de bactérias para identificação (urina);
 Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina;
 Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes;



-) Proteinúria (teste rápido);
) Teste indireto de ~~antiglobulina~~ humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo;
) Exames adicionais para gestantes de alto-risco;
) Contagem de plaquetas;
) Dosagem de proteínas (urina 24 horas);
) Dosagens de ~~uréia~~;
) Dosagens de creatinina;
) Dosagens de ácido úrico;
) Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler;
) Cardiotocografia anteparto.

16) Caso o Município não disponibilize algum(a) exame(s), apresentar justificativa: **(se assinaladas todas as opções acima, desabilitar esta questão):**

2

O gestor deverá encaminhar a cada UBS o Formulário da UBS, independente de prestar assistência em saúde materno infantil. O link de acesso ao Formulário da UBS é [XXXXXXXX](#)

ANEXO B – Formulário para coleta de informações da Rede Materno-Infantil do município – Atenção Básica



MINISTERIO PUBLICO DO ESPIRITO SANTO
 Centro de Apoio Operacional de Implementação
 Rua Rivaldo Gonçalves, 190/200 – Estada de São –



Viação UBS - CEP: 28.050-405
 21 3145-5883 / 3094-5136 / 3156-4701 / caops@mpes.es.br / www.mps.es.br

das Políticas de Saúde (CAOPS)

FORMULARIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DA REDE MATERNO INFANTIL DO MUNICÍPIO - ATENÇÃO BÁSICA

Portaria de Consolidação nº 3/2017 – Anexo II - Rede Cegonha
 Protocolo de vinculação da gestante – SESA - 2017

* Respostas obrigatórias:

Textos grafados em vermelho são para conhecimento de Matheus e não deverão constar do formulário

Caracterização da Coleta de Informações

Documento de referência: Procedimento SEI nº 19.11.0070.0012258/2020 e DOC SEI nº 0250617

Prazo impreterível para o envio das informações: 30/10/2020

Objetivo: realizar o Diagnóstico da Rede de Saúde Materno Infantil dos Municípios do Estado do Espírito Santo.

1. Data do envio das informações:*

__/__/__

2. Responsável pelas informações/cargo:*

3. Município:*

(selecionar sua resposta – sistema ~~dropbox~~)

4. Quantas gestantes são cadastradas na UBS?* _____ (a resposta deve ser numérica).

5. Quantas gestantes estão em acompanhamento?* _____ (a resposta deve ser numérica).

6. Quantas consultas de pré-natal são ofertadas por mês na UBS?* _____ (a resposta deve ser numérica).

7. A UBS realiza avaliação e classificação de risco para as consultas de pré-natal?*

Sim;

Não.

8. Quantas gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre na UBS?* _____ (a resposta deve ser numérica).

9. Indicar o % de gestantes que concluíram o pré-natal com no mínimo 7 consultas realizadas neste ano na UBS: * _____ (a resposta deve ser numérica).

10. Há acompanhamento a puérpera e a criança pela equipe de saúde do Município com visita domiciliar na primeira semana após parto/nascimento na UBS?*



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESPÍRITO SANTO

Centro de Apoio Operacional de Implementação

Rua Raulino Gonçalves, 190/200 - Enseada de São -



- Sim;
 Não.

11. Caso a resposta da questão 10 seja Não, justificar: (caso a resposta da questão 10 seja Sim, desabilitar esta questão).

das Políticas de Saúde (CAPS)

☎ 27 3145-9080 / 3094-5135 / 3198-4704

Visita UBS - CEP: 28.050-485
 capso@mpes.org.br / www.capso.org.br

12. Assinalar os profissionais que realizam a visita puerperal da UBS: *

- Enfermeiro;
 Médico;
 Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem;
 Agente Comunitário de Saúde;
 Outros.

13. Quantos ginecologistas/obstetra a UBS dispõe? _____ (a resposta deve ser numérica).

14. A UBS disponibiliza o transporte seguro para a gestante na ocasião do parto? *

- Sim;
 Não.

15. Assinalar os itens do kit da Unidade disponíveis na UBS: * (permitir assinalar mais de uma opção)

- Sonar;
 Fita métrica;
 ~~Gestograma~~;
 Caderno de Atenção/pré-natal;
 Balança de adulto.

16. Assinalar os itens do kit da gestante disponíveis na UBS: * (permitir assinalar mais de uma opção)

- Bolsa rede cegonha;
 Trocador de fralda.

17. Assinalar as premissas relacionadas ao parto que a UBS realiza: *

- Realiza a vinculação com o Hospital de referência;
 Envia para o hospital de referência regularmente o mapa de vinculação das Gestantes de Risco Habitual e Alto Risco preenchidos na UBS;
 Envia regularmente a relação das gestantes;
 Envia regularmente o termo de conhecimento e adesão;
 Oferta às gestantes as visitas à maternidade de referência;
 A gestante_(s) da UBS apresentou_(m) dificuldade de acesso a vaga no Hospital de Referência para o parto (Vaga Sempre).



18. A UBS desenvolve ações de busca ativa de gestantes faltosas ao acompanhamento pré-natal?*

- Sim;
 Não.

19. A UBS desenvolve ações de busca ativa de crianças faltosas ao acompanhamento do Programa Saúde da Criança?*

- Sim;
 Não.

20. Informe o % de casos de sífilis congênita das crianças acompanhadas nascidas neste ano: * _____ (a resposta deve ser numérica).

21. A UBS realiza busca ativa em caso de sífilis?*

- Sim;
 Não.

22. Assinalar os métodos contraceptivos disponibilizados pela UBS: *

- Contraceptivos injetáveis;

2

das Políticas de Saúde (CAPS)

☎ 27 3145-5980 / 3094-5126 / 3196-6708

Viajar / ES - CEP: 28.050-480
caops@mpes.mp.br / www.caops.mp.br

- Contraceptivos orais;
 Diafragma;
 DIU;
 Preservativo feminino;
 Preservativo masculino.

23. Assinalar os métodos contraceptivos para os quais a UBS dispõe de material suficiente para sua realização: *

- Contraceptivos injetáveis;
 Contraceptivos orais;
 Diafragma;
 DIU;
 Preservativo feminino;
 Preservativo masculino.

24. A UBS possui Alvará Sanitário e/ou Relatório de Regularidade Sanitária conforme estabelece a Lei Estadual nº 6.066/1999?* Enviar cópia do Alvará Sanitário e/ou Relatório de Regularidade Sanitária para o e-mail do caops@mpes.mp.br. Sim;

- Não.

25. A UBS possui Alvará do Corpo de Bombeiros conforme estabelece a Lei Estadual nº 9.269/09 e o Decreto nº 2.423-R/2015?* Enviar cópia do Alvará do Corpo Bombeiros para o e-mail do caops@mpes.mp.br. Sim;

- Não.



26. A UBS possui Normas, Rotinas ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)?*

Os documentos devem estar disponíveis no serviço, com o objetivo de estabelecer orientação dos processos de trabalho realizados, implementadas, instituídas e dispostas nos ambientes onde as atividades são desenvolvidas e/ou em local de fácil acesso aos profissionais de saúde da Unidade. () Não; () Sim;

() Não.

27. A UBS realizou adequações em decorrência da Covid-19 (ampliação, fluxo de atendimento, adoção de Protocolo Operacional Padrão contemplando o advento da Covid-19)?*

() Sim;

() Não.


28. A UBS segue as recomendações da Nota Técnica SESA nº 13/2020 – Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo Coronavírus para

Organização da Rede Assistencial para atenção à gestantes e puérperas?*

() Sim;

() Não.

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DA REDE ESTADUAL DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL À LUZ DO PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE

Pesquisador: INES THOME POLDI TADDEI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65583521.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.797.614

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM intitulado "Análise do Funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno Infantil à luz do protocolo de vinculação da gestante".

Trata-se de pesquisa documental com coleta retrospectiva com base em informações já coletadas pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES) em razão de questionários elaborados pelo Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde – CAOPS".

Segundo a pesquisadora "serão analisados os dados coletados pelo Ministério Público do Estado do Espírito Santo (MPES), por meio de relatórios elaborados pela equipe técnica de seu Centro de Apoio Operacional de Implementação das Políticas de Saúde (CAOPS), nos anos de 2018/2019 e 2020/2021, em razão de questionários encaminhados para os municípios capixabas e para as maternidades referências para risco habitual e alto risco".

A partir dos relatórios a pesquisadora irá descrever os fluxos de atendimento, de referência e contrarreferência da gestante com os serviços de saúde dos municípios capixabas tendo como referência o Protocolo de Vinculação da Gestante.

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190
 Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.797.61A

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar as repercussões do Protocolo de Vinculação da Gestante para o funcionamento da Rede Estadual de Atenção Materno infantil no Espírito Santo com o propósito de identificar eventuais falhas de implementação e potencialidades, de modo a fornecer subsídios para o aprimoramento da rede.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Descrever o fluxo de atendimento (pontos de atenção para o pré-natal e hospitalar para o parto) na Rede Estadual de Atenção Materno Infantil no Espírito Santo;
2. Identificar quais aspectos do Protocolo de Vinculação da Gestante estão sendo contemplados pelos municípios capixabas e pelas maternidades de referências para o parto;
3. Verificar se a busca ativa das gestantes está sendo efetivada pelos municípios capixabas;
4. Verificar se os itens do protocolo de vinculação quanto ao fluxo de atendimento, competências da maternidade e do município estão sendo atendidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que a pesquisa implica em risco mínimo que será atenuado pela manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, inclusive pelo fato de não haver contato entre os participantes da pesquisa, pela garantia da manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes. Além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos

BENEFÍCIOS:

O estudo, de acordo com a pesquisadora "poderá contribuir para melhorar/revisar a organização dos fluxos de referência e contrarreferência das gestantes com os serviços de saúde relacionados ao atendimento de pré-natal, parto e pós-parto, além dessa melhoria contribuir para a diminuição nos números de óbitos maternos e infantis evitáveis". Além disso, pode contribuir para a melhoria nas políticas públicas relacionadas ao tema.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.797.614

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e de cunho científico.

A dispensa de TCLE foi solicitada tendo em vista se tratar de uma pesquisa documental com coleta retrospectiva de relatórios técnicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1815091.pdf	29/11/2022 15:29:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/11/2022 15:29:03	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Folha de Rosto	folharostoatualassinada.pdf	29/11/2022 15:22:04	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	cartaanuenciaatualizada.pdf	29/11/2022 15:09:47	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	visitaformulariocoletadados.pdf	17/10/2021 15:53:37	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	UBSformulariocoletadados.pdf	17/10/2021	INES THOME POLDI	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3588

Fax: (27)3334-3588

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.797.614

Outros	UBSformulariocoletadados.pdf	17/10/2021 15:53:17	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	municipioformulariocoletadados.pdf	17/10/2021 15:52:51	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	maternidadeformulariocoletadados.pdf	17/10/2021 15:52:30	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito
Outros	CARTAANUENCIA.pdf	17/10/2021 15:51:11	INES THOME POLDI TADDEI	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

VITÓRIA, 06 de Dezembro de 2022

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br