

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

HELOISA KATIA DA SILVA

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA REDECEGONHA NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JOINVILLE

Joinville

2017

HELOISA KATIA DA SILVA

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA REDECEGONHA NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JOINVILLE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Tecnologia em  
Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville  
do Instituto Federal de Santa Catarina  
para obtenção do diploma de Tecnólogo  
em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Caroline Orlandi Brilinger

Joinville

2017

Silva, Heloisa Katia da.

Organização e funcionamento do programa rede cegonha no sistema único de saúde de Joinville./Silva, Heloisa Katia da.– Joinville:InstitutoFederaldeSantaCatarina,2017.47 f.

TrabalhodeConclusãodeCurso –

InstitutoFederaldeSantaCatarina,2017.Graduação.CursoSuperiordeTecnologiaemGestãoHospitalar.Modalidade:Presencial.

Orientador:Caroline Orlandi Brilinger

1.Saúde Pública 2. Mortalidade Infantil 3. Mortalidade Materna 4. Rede Cegonha  
I.Título

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA REDE  
CEGONHA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JOINVILLE

HELOISA KATIA DA SILVA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e  
aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora  
abaixo indicada.

Local, dia, mês e ano.

---

(Nome do Orientador)  
(Titulação Acadêmica)

---

(Nome do Membro da Banca)  
(Titulação Acadêmica)

---

(Nome do Membro da Banca)  
(Titulação Acadêmica)

## RESUMO

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e garante à criança o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável e seguro. O presente estudo trata-se de uma pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville, cujo objetivo é determinar qual o contexto de organização e funcionamento do programa Rede Cegonha no SUS de Joinville. Para o desenvolvimento do estudo, utilizou-se de pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza aplicada, e foi desenvolvido através um estudo de caso de caráter descritivo. Com a aprovação da SMS, iniciou-se a coleta de dados referentes à estrutura e organização da Rede Cegonha que ocorreu pela verificação de documentos como: Plano Municipal de Saúde, relatórios, ofícios, contratos e outros materiais pertinentes. Após a análise dos indicadores preconizados pela rede foi possível verificar que houve um aumento na cobertura da Atenção Básica; cerca de 70% das gestantes realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, porém ainda assim existe um número elevado de casos novos de sífilis congênita, o que pode indicar que a qualidade atual das consultas ainda pode ser aprimorada. O número de partos normais ainda está abaixo do preconizado pela OMS, assim como o número de leitos infantis. A cobertura vacinal demonstrou-se adequada. O indicador de mortalidade infantil teve um excelente resultado, que melhora a cada ano, se tornando similar aos valores de países europeus. O indicador de mortalidade materna também melhorou com a implantação da rede passando de uma razão de mortalidade de 25,3 óbitos a cada 100000 nascidos vivos em 2012 para 12,40 em 2014. Os óbitos materno-infantis são investigados pelo Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal. Com a realização deste estudo foi possível determinar a organização e funcionamento do programa Rede Cegonha em Joinville, e assim, se conclui que ainda há necessidade de desenvolver de novos estudos que objetivem analisar, revisar e aperfeiçoar as ações e serviços já existentes na Rede. Visto que a maioria dos indicadores que ainda se encontram abaixo da meta poderiam ser aprimorados com ações pontuais em serviços da Atenção Básica.

Palavras-chave: Saúde Pública. Mortalidade Infantil. Mortalidade Materna. Rede Cegonha.

## ABSTRACT

The “ Rede Cegonha” consistsof a network of care that assures women the right to reproductive planning and humanized care for pregnancy, child birth and the puerperium, and guarantees the child the right to birth, growth and healthy and safe development. The present study is a research carried out at the Municipal Health Secretariat (SMS) of Joinville, For the development of the study, we used a qualitative research, of an applied nature, and it was developed through a descriptive case study. With the approval of the SMS, the collection of data regarding the structure and organization of the Rede Cegonha began, which was verified by documents such as: Municipal Health Plan, reports, offices, contracts and other pertinent materials. After analyzing the indicators recommended by the network, it was possible to verify that there was an increase in the coverage of Primary Care; About 70% of pregnant women performed more than 7 prenatal consultations, but there are still a large number of new cases of congenital syphilis, which may indicate that the current quality of the consultations can still be improved. The number of normal births is still below that recommended by the WHO, as well as the number of children's beds. Vaccination coverage proved to be adequate. The infant mortality indicator had an excellent result, which improves each year, becoming similar to the values of European countries. The maternal mortality indicator also improved with the implantation of the network, from a mortality ratio of 25.3 deaths per 100,000 live births in 2012 to 12.40 in 2014. Maternal and child deaths are investigated by the Municipal Prevention Committee Maternal, Child and Fetal Death. The deaths are investigated by the Municipal Committee of Prevention of Maternal, Infant and Fetal Death. With the realization of this study it was possible to determine the organization and operation of the program Rede Cegonha in Joinville, and thus, it is concluded that there is still a need to develop new studies aimed at analyzing, reviewing and improving existing actions and services in the Network. Since most of the indicators that are still below the target could be improved with occasional actions in Primary Care services.

Keywords: Public health. Child mortality. Maternal mortality.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Regionais de Saúde de Santa Catarina .....	24
Figura 2 – Cobertura das Equipes de Atenção Básica .....	34
Figura 3 – Número de Nascidos Vivos .....	35
Figura 4 – Indicadores de Atenção Básica.....	35
Figura 5 – Novos casos de Sífilis e AIDS .....	36
Figura 6 – Taxa de Mortalidade Infantil .....	37

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Lista de Exames do pré-natal realizados da Rede Cegonha .....	19
Quadro 2 – Indicadores da Rede Cegonha .....	21
Quadro 3 – Ações realizadas no Pré-Natal parte 1 .....	31
Quadro 4 – Ações realizadas no Pré-Natal parte 2 .....	32

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Série histórica de indicadores do COAP 2012-2016 .....	38
Tabela 2 - Leitos Disponíveis e preconizados da Rede Cegonha .....	39

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AU – Altura Uterina  
BCF – Batimentos Cardiofetais  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde  
CORSAM – Coordenação de Saúde Materno-Infantil I  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil  
DNCr – Departamento Nacional da Criança  
HIJAF – Hospital Infantil Dr. Jessor Amarante Faria  
HIV – *HumanImmunodeficiencyVirus*  
HRHDS – Hospital Regional Hans Dieter Schmidt  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
MDV – Maternidade Darci Vargas  
MS – Ministério da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PA – Pronto Atendimento  
PACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RN – Recém-nascido  
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SDR – Secretarias de Desenvolvimento  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SINAN – Sistemas de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UCI – Unidade de Cuidados Intermediário

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Definição do problema .....	13
1.3 Objetivo .....	13
1.3.1 Objetivo geral .....	13
1.3.2 Objetivo específico .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 Saúde materno infantil.....	14
2.2 Histórico das políticas públicas materno-infantis do Brasil .....	15
2.3 Rede Cegonha.....	18
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
3.1 Tipo de pesquisa .....	22
3.2 População e amostra .....	22
3.3 Coleta de dados.....	22
3.4 Local de pesquisa.....	23
3.5 Análise de dados .....	23
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
4.1 Estruturação da Rede Cegonha em Joinville .....	24
4.1.1 Matriz diagnóstica .....	25
4.1.1.1 Indicadores de Mortalidade e Morbidade .....	26
4.1.1.2 Indicadores de Atenção.....	26
4.1.1.3 Situação da Capacidade Hospitalar Instalada.....	27
4.1.1.4 Indicadores de Gestão.....	28
4.1.2 Qualificação dos componentes .....	28
4.1.2.1 Componente Pré-natal .....	28
4.1.2.2 Componente Parto e Nascimento .....	29
4.1.2.3 Puerpério e atenção integral à saúde da criança .....	29
4.1.2.4 Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.....	30
4.1.3 Estrutura atual.....	30
4.2 Análise dos Indicadores da Rede Cegonha .....	34
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e infantil são indicadores sensíveis da qualidade de vida da população. Evidenciam, na maioria das vezes, mortes precoces e evitáveis pelo acesso a serviços de saúde de qualidade em tempo oportuno. Demonstram como a desigualdade social influencia na chance de sobrevivência das mulheres e recém-nascidos (RN), uma vez que se observam diferenças entre a distribuição dos óbitos no Brasil (BRASIL, 2004).

O coeficiente de mortalidade infantil permite a análise não só das condições da eficiência e disponibilidade da saúde pública ou geral de um país ou região, mas sim do controle das condições de vida de seus habitantes, e isso inclui seu nível de imunização, distribuição de renda, nível de escolaridade, saneamento básico, disponibilidade de água limpa e alimentos. Todos estes itens estão atrelados às causas dos altos níveis de mortalidade infantil (RAMOS; CUMAM, 2009; BRASIL, 2010).

Já o coeficiente de mortalidade materna diz respeito aos óbitos de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término dessa, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Refletem a qualidade da atenção à saúde da mulher, desde o planejamento familiar, passando pela assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2008).

Em vista disso, uma das prioridades do Governo Brasileiro relacionada à saúde e políticas públicas é a atenção integral à saúde da mulher e da criança, compromisso assumido na Conferência dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” realizada no ano 2000, com 189 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), onde foram propostas 8 metas de desenvolvimento humano, e dentre elas duas diretamente ligadas a saúde materno-infantil: a redução de dois terços da mortalidade na infância até 2015 e a melhora na saúde materna em três quartos quando comparados a 1990 (BRASIL, 2014d).

Para alcançar estas metas, o governo federal instituiu, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o programa “Rede Cegonha” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste em uma rede de cuidados que tem por objetivo assegurar à mulher o direito do planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério, e à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de 4 componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e a atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Deve ser implementada, gradativamente, em todo o Brasil, respeitando

alguns critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011a).

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Várias políticas públicas nacionais, dentre elas a Rede Cegonha, têm sido desenvolvidas nas últimas décadas com o objetivo de reduzir mortes maternas e infantis. Como resultado, os óbitos infantis no Brasil passaram de 53,7 por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9, em 2012, uma redução de 68,5%. Nos óbitos maternos a redução foi de 55,3%, de 143 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 63,9 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 2011. Apesar da diminuição nos índices, eles continuam muito elevados considerando o nível de desenvolvimento do país. Levando em conta que a maior dificuldade na redução se concentra nos óbitos neonatais, que estão intimamente ligados à atenção ao parto, e que países desenvolvidos tem entre 6 a 20 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos, o Brasil ainda encontra dificuldades com relação à qualidade de ações e serviços de saúde (PASCHE et al., 2008).

Conforme o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2013), confeccionado pela Prefeitura Municipal de Joinville, as principais causas de mortalidade infantil são, em primeiro lugar as afecções perinatais associadas à prematuridade, e em segundo lugar as malformações congênitas. Óbitos fetais têm aumentado, mesmo que a mortalidade perinatal esteja estável nos últimos anos. A principal causa de morte em mulheres em idade fértil é o câncer de mama, seguido pelo câncer de colo de útero, sendo ainda causas externas e doenças do sistema circulatório muito importantes para esse grupo.

Ao se tratar dos indicadores relacionados ao parto em Joinville, a proporção de prematuridade da cidade é 2% maior que a nacional, 8,7% contra 6,7%. Assim como a proporção de partos por cesárea, que no Brasil é 48,5% e nos hospitais públicos da cidade é 50,9% (nos privados o valor chega a 80%), apenas a proporção de gestantes adolescentes está 5% abaixo na média nacional (JOINVILLE, 2013).

Dentro do grupo de doenças denominadas “afecções perinatais” estão várias causas, com demandas de intervenções diversas, permitindo agrupamento conforme a importância das causas de óbitos, na criação de políticas públicas voltadas a saúde da mulher e do bebê, em: prematuridade; infecções; asfixia/hipoxia; malformações congênitas; fatores maternos relacionados à gravidez e afecções respiratórias no RN (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Grande parte dos óbitos por essas causas poderiam ser evitados se fosse realizado um correto acompanhamento pré-natal, com consultas adequadas em número e qualidade, bem como uma assistência qualificada ao RN, este processo poderia prevenir as afecções, complicações da saúde materna, baixo peso ao nascer e prematuridade (ROCHA, 2011; MONTEIRO; SCHMITZ, 2004).

Tais fatos demonstram a importância de estudar a Rede cegonha em Joinville, a fim de identificar sua eficácia na diminuição da mortalidade infantil e na melhora da saúde materna.

## 1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Dentre esse contexto, surge à seguinte questão norteadora: Qual a influência da atual estrutura da Rede Cegonha em Joinville na mortalidade materno-infantil deste município?

## 1.3 OBJETIVO

### 1.3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar qual o contexto de organização e funcionamento do programa Rede Cegonha no SUS de Joinville.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais os estabelecimentos de saúde que estão envolvidas no programa.
- Determinar as atividades desenvolvidas em estabelecimentos de saúde relacionadas às diretrizes do programa.
- Analisar a resolutividade do programa na redução da mortalidade materno-infantil.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao decorrer deste capítulo será apresentado o conceito de saúde materno-infantil, suas taxas de mortalidade no Brasil e em Joinville e a legislação que dá embasamento a programa Rede Cegonha.

### 2.1 SAÚDE MATERNO INFANTIL

Considera-se, por Duarte (2007), como mortalidade infantil o número de óbitos das crianças até seu primeiro ano de vida por cada mil nascidos vivos. Brasil (2010; 2012a) acrescentam que o índice desses óbitos é obtido pela relação de uma população residente em determinado espaço geográfico e ano.

Dentro desta classificação os óbitos são divididos em neonatais, de 0 a 27 dias de vida, e pós neonatais de 28 a 364 dias de vida completos Brasil (2008).

Enquanto a mortalidade neonatal está intimamente ligada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a pós-neonatal está associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas. Sendo assim, na fase pós-neonatal, as principais causas de óbito são consideradas evitáveis e de fácil intervenção, pois estão mais associadas às condições precárias de saneamento básico e de acesso à saúde (CALDEIRA et al., 2005).

Segundo Brasil (2012a) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (2008), a mortalidade na infância computa os óbitos dos maiores de 1 ano e menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos de uma população geograficamente específica. É um indicador significativo de desenvolvimento humano que além de representar o desenvolvimento socioeconômico, retrata a precariedade da infraestrutura ambiental de cada região. Desta forma, revela a qualidade dos recursos destinados à atenção materno-infantil, por ser influenciada diretamente por estes recursos e pelos reflexos da mortalidade infantil (BRASIL, 2012a).

As causas de óbito infantil são divididas em: perinatais (septicemia neonatal e infecções perinatais, fatores maternos, prematuridade, asfixia/hipóxia, afecções respiratórias perinatais, transtornos cardiovasculares originados no período perinatal); não perinatais (infecção da criança, desnutrição e anemia nutricional, asma, causas externas, malformação congênita, doenças imunizáveis, síndrome da morte súbita na infância); demais causas definidas e causas mal definidas (SANTOS et al. 2011 apud FRANÇA, 2012.)

Ao se tratar das mulheres, segundo Brasil (2008) a mortalidade materna é representada pelo número de óbitos maternos, até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico/ano analisado. Esse indicador reflete principalmente a qualidade da atenção à saúde da mulher, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

As principais causas de morte materna são: hipertensão arterial sistêmica, hemorragia, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e pós-parto, e aborto. Dois terços desses óbitos são ocasionados por má qualidade na atenção e serviço prestados as gestantes no pré-natal significando causas obstétricas diretas (ANDRADE et al., 2015).

## 2.2 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIL DO BRASIL

No Brasil, o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, infância e adolescência foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, através da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, e em 1940 as atividades foram delegadas para o Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas através do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro (BRASIL, 2011b). Neste decreto foram estabelecidas as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência aplicadas em todo o País e tinha como objetivo: normatizar o atendimento à binômio mãe-filho, prezando pela saúde e bem estar, e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 1940; 2011b).

Com o término do DNCr, em 1969, foi criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, vinculada à Secretaria de Assistência Médica. Esta coordenação tinha como função planejar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011b).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Era constituído de 6 subprogramas: assistência materna: gestação, parto e puerpério; assistência à criança e ao adolescente: controle de crianças menores de 05 anos e do grupo de 05 a 14 anos; expansão da assistência materno-infantil: integração de grupos comunitários, controle e

orientação de curiosas;suplementação alimentar: prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação;atividades educativas e capacitação de recursos humanos(BRASIL, 2011b; SEPÚLVEDA, 1997).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil se tornou a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), que era vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, órgão responsável pela assistência à mulher, criança e adolescente (BRASIL, 2011b). Por volta de 1980, o interesse pelo tema Saúde da Mulher aumentou no país, devido ao processo de abertura política, em que feministas e profissionais da saúde firmavam uma parceria com o Ministério da Saúde (MS) para elaboração de propostas de atendimento à mulher e à criança que garantissem o respeito a seus direitos, resultando, em 1984, na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade materna e infantil proporcionando melhores condições de saúde, aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 2011b; SEPÚLVEDA, 1997).

No ano de 1988, foi divulgada a nova Constituição Brasileira que estabeleceu que a: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde a todo brasileiro (ROSA; LABATE 2005).Em seguimento, a Lei Orgânica 8.080 instituiu oSUS no Brasil, dispondo sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Tem como objetivos identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde;formularpolíticas de saúde e assistir às pessoas por intermédio de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Seus princípios são: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; preservação da autonomia;igualdade da assistência à saúde;divulgação de informações;utilizaçãoda epidemiologia para estabelecer prioridades;participação da comunidade e descentralização (BRASIL, 1990).

Nesse mesmo ano, a DINSAMI foi renomeada como Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), e competia a ela a regulamentação da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do SUS com objetivo de garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2011b).

No ano seguinte, 1991, foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde(PACS) com oobjetivo de reduzir a mortalidades infantil ematerna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste,através da extensão da cobertura dos serviços desaúde. O programa

é composto por pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuar junto à população – e foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientação sobre cuidados de saúde. Os agentes de saúde fazem orientação e assistência ambulatorial e domiciliar, desenvolvendo as atividades de: prevenção de doenças e promoção da saúde; visitas mensais a cada família de sua comunidade; identificar possíveis situações de risco e encaminhá-las aos setores responsáveis; pesar e medir a cada mês as crianças menores de 2 anos e registrar as informações no Cartão da Criança; incentivar o aleitamento materno; acompanhar a vacinação das crianças; identificar e encaminhar as gestantes ao pré-natal; etc (BRASIL, 2001; ROSA; LABATE 2005).

Ao perceber a importância dos Agentes Comunitários o MS começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, o que introduziu a noção de cobertura por família. Foi então que em 1993 o Programa de Saúde da Família (PSF), que inclui o PACS, foi instituído, com o objetivo de redirecionar as ações básicas de saúde nos municípios visando o acompanhamento das famílias e/ou indivíduos de uma determinada comunidade. Os grupos do PSF contam com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários e, assim como o PACS, está a favor da população carente no país e vêm atuando na prevenção e promoção da saúde (KILSZTAJN, 2001; ROSA; LABATE 2005).

Em 1996, a CORSAMI foi extinta, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do MS. Em 1998, as coordenações foram substituídas por: Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. (BRASIL, 2011b).

No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM n. 569, de 1/6/2000, com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, bem como assegurar a melhoria do acesso, na cobertura e na qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher. Foi criado em concordância com o compromisso assumido internacionalmente pelo Brasil, em 2000, de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, principalmente com relação a meta 4 (redução de dois terços da mortalidade na infância) e 5 (melhora na saúde materna em três quartos) e a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso,

cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e pós-parto e da assistência à criança (BRASIL, 2004; 2014d).

Após a criação de todos estes programas, alguns desafios ainda foram identificados, tanto na qualidade da assistência, mas também aspectos que devem ser considerados para atenção integral à saúde, como aspectos psicológicos, emocionais e culturais que envolvem assistência. Dessa forma, o Governo Federal lançou um programa de abrangência nacional denominado “Rede Cegonha”, que engloba inúmeras leis e portarias relacionadas ao parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

## 2.3 REDE CEGONHA

A portaria nº 1.459 do MS (2011a), instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que consiste em uma rede de cuidados que assegura: à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e à criança garante o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros.

A Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011a).

Já seus objetivos, são: incentivar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, focando na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Este programa organiza-se a partir de 4 componentes, o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Ele deve ser implementado, gradativamente, em todo o Brasil, respeitando alguns critérios epidemiológicos, como TMI, razão de mortalidade materna e densidade populacional. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

As ações do componente pré-natal são: realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolher gestantes

com intercorrências, avaliando e classificando o risco e vulnerabilidade; proporcionar o acesso ao pré-natal de alto de risco e realizar todos os exames de pré-natal em tempo oportuno; vincular a gestante do pré-natal ao local em que o parto será realizado; qualificar o sistema e a gestão da informação; implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; realizar a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e apoiar as gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011a). Abaixo segue quadro com os exames previstos no componente pré-natal da Rede Cegonha:

Quadro 1 – Lista de Exames do pré-natal realizados da Rede Cegonha

<b>EXAMES DO PRÉ NATAL</b>	<b>EXAMES ADICIONAIS (GESTANTES DE ALTO-RISCO)</b>
Teste rápido de gravidez;	Contagem de plaquetas
Teste rápido de sífilis	Dosagem de proteínas (urina 24 horas)
Teste rápido de HIV	Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico
Cultura de bactérias para identificação	Eletrocardiograma
Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina	Ultrassom obstétrico com Doppler
Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes	Cardiotocografia anteparto
Teste indireto de aglutinação para gestantes que apresentarem RH negativo	
Proteinúria (teste rápido)	

Fonte: Brasil (2011a)

O componente parto e nascimento realiza ações voltadas à verificação da: suficiência de leitos obstétricos e neonatais, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Método Canguru, que promove o contato pele a pele, em posição canguru, entre a mãe/pai e o bebê, de forma gradual e progressiva, favorecendo vínculo afetivo, estabilidade térmica, estímulo à amamentação e o desenvolvimento do bebê, conforme necessidades regionais; ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado

Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011a).

Opuerperioe atenção integral à saúde da criançavisa: promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável; acompanhar a puérpera e a criança na atenção básica através de visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; fazer busca ativa de crianças vulneráveis; implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011a).

Osistema logístico realiza ações de:transporte sanitário e regulaçãopromovendo, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha,que tem estrutura específica para esse tipo de transporte; implantação do modelo "Vaga Sempre", (elaborar e a implementar o plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto); e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011a).

Para implementação da rede, o processo foi dividido em 5 fases:

1. Fase 1 - Adesão e Diagnóstico: ocorre a apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios, a análise da matriz diagnóstica, homologação da região inicial de implementação e a instituição do Grupo Condutor Estadual.
2. Fase 2 - Desenho Regional da Rede Cegonha:o Colegiado de Gestão Regional e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF), com o apoio da Secretaria do Estado da Saúde (SES) analisama saúde da mulher e da criança a partir de dados epidemiológicos, pactua o desenho da Rede Cegonha, elaboraa proposta de Plano de Ação Regional e estimula à instituição do Fórum Rede.
3. Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção: é feita a contratualização pela União, Estado, Distrito Federal e Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha, com as responsabilidades definidas para cada componente daRedee a instituição do Grupo Condutor Municipal.
4. Fase 4 - Qualificação dos componentes: realizar as ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede bem como o cumprimento das metas relacionadas a essas ações, acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

5. Fase 5 - Certificação: que será concedida pelo MS ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas na portaria (BRASIL, 2011a).

A verificação do cumprimento das ações de cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo MS, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), já o financiamento do programa é realizado com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do MS (BRASIL, 2011a). Os indicadores para acompanhamento das ações de serviço de saúde do programa são divididos em 4 grupos:

Quadro 2 – Indicadores da Rede Cegonha

Indicadores de Mortalidade e Morbidade	<p>Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)</p> <p>Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)</p> <p>Nº absoluto de óbitos maternos por faixa etária por Município</p> <p>Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (&lt; 37 semanas)</p> <p>% de óbitos infantis-fetais investigados</p> <p>% de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados</p>
Indicadores de Atenção	<p>Nº de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal</p> <p>Cobertura de equipes de Saúde da Família</p> <p>% de partos cesáreos e partos normais, Cesárea em primípara, Idade da mãe</p> <p>% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação</p> <p>% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses</p> <p>% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada</p> <p>% de gestantes com todos os exames preconizados</p>
Situação da Capacidade Hospitalar Instalada	<p>Nº de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde</p> <p>Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao RN e crianças de alto risco</p> <p>Identificação dos leitos UTI neonatal existentes</p> <p>Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto</p>
Indicadores de Gestão	<p>% de investimento estadual no setor saúde</p> <p>Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizados</p> <p>Identificação de centrais de regulação: urgências, internação e ambulatorial</p> <p>Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital</p>

Fonte: Brasil (2011a)

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho teve uma abordagem qualitativa, de natureza aplicada, e foi desenvolvido através um estudo de caso de caráter descritivo.

A pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, direcionados à solução de problemas específicos, envolvendo interesse de determinada localidade (GERHARD; SILVEIRA, 2009). A pesquisa de caráter descritivo, identifica as características da população-alvo ou fenômeno que está sendo estudado (BOAVENTURA, 2014).

O estudo de caso é caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, instituição, sistema educativo, pessoa ou unidade social. Visa conhecer profundamente o como e porquê de determinada situação suposta como única, procurando determinar o que é essencial e característico nela (FONSECA, 2002 apud. GERHARD; SILVEIRA, 2009).

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville teve como critério de inclusão, todas as unidades de atendimento em saúde e logística participantes do Programa Rede Cegonha, bem como os serviços prestados nessas instituições.

A SMS é responsável por planejar, organizar, executar ações e serviços de saúde no âmbito municipal, com finalidade de cumprir com a política municipal de saúde e o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Deve realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e dos procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal (JOINVILLE, 2017).

#### 3.3 COLETA DE DADOS

Após o parecer de aprovação da SMS, conforme ofício em anexo, iniciou-se a coleta de dados referentes à estrutura e organização da Rede Cegonha que ocorreu pela verificação de documentos da SMS tais como: Plano Municipal de Saúde, relatórios, ofícios, contratos e outros materiais pertinentes. Os dados referentes à mortalidade materno-infantil foram coletados no banco de dados do MS, como Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Obtidos os dados de interesse do estudo, foi realizada uma análise comparativa com a literatura que deu embasamento a pesquisa.

### 3.4 LOCAL DE PESQUISA

Os procedimentos metodológicos a respeito da coleta dos dados desse projeto foram realizados na SMS. Já a análise dos dados coletados e a discussão dos resultados, foram feitas no Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Joinville.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após o levantamento dos dados, esses foram comparados com as diretrizes nacionais do programa Rede Cegonha. Foi verificado se existe relação entre os procedimentos oferecidos pelo programa e a diminuição nas taxas de mortalidade materno infantil, e comparado com indicadores de outras cidades.



Para a implantação da Rede Cegonha nestas regiões foi formulado o Plano das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde de Santa Catarina, que contém a caracterização do território, a Matriz Diagnóstica composta de: indicadores de mortalidade e morbidade; de atenção à saúde; da situação da capacidade hospitalar instalada e pelos indicadores de gestão, e as propostas para ampliação e qualificação de leitos na rede hospitalar materno infantil e de implementação de Centros de Parto Normal (SANTA CATARINA, 2012).

As propostas constantes neste Plano foram aprovadas pelas Comissões Intergestores Regional do Nordeste (Deliberação CIR nº 02 de 15 de maio de 2012) e do Planalto Norte (Deliberação CIR nº 17 de 21 de maio de 2012) e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB nº 172 de 24 de maio de 2012) (SANTA CATARINA, 2012 ).

A Região de Saúde do Nordeste é composta por 02 Regionais de Saúde e 02 Secretarias de Desenvolvimento (SDR)aRegional de Saúde de Joinville, representada pelo número 23 na Figura 1, composta por 01 SDR e 08 municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, Joinville, São Francisco do Sul e São João do Itaperiú, e a Regional de Saúde de Jaraguá, na Figura 1 está identificada como área 24, do Sul composta por 01 SDR e por 05 municípios: Corupá, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba e Schroeder (SANTA CATARINA, 2012).

A região do Planalto Norte é composta por 02 Regionais de Saúde e 02 SDR com uma Regional de Saúde de Mafra composta de 01 SDR e 07 municípios: Campo Alegre, Itaiópolis, Mafra, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho e São Bento do Sul, e Regional de Saúde de Canoinhas composta por 01 SDR e 06 municípios: Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Major Vieira, Porto União e Três Barras. As Regionais de Saúde de Mafra e Canoinhas são representadas na Figura 1 como áreas 25 e 26 respectivamente (SANTA CATARINA, 2012).

#### 4.1.1 MATRIZ DIAGNÓSTICA

O primeiro passo para implantar a Rede Cegonha, é a elaboração do diagnóstico situacional dessas regiões, confeccionando pela Secretaria de Estado de Saúde Santa Catarina (2012) contemplando os 04 grupos de indicadores da Matriz Diagnóstica que são: Indicadores de Mortalidade e Morbidade; Indicadores de Atenção; Situação da Capacidade Hospitalar Instalada e Indicadores de Gestão.

A Matriz Diagnóstica foi elaborada com base nos dados de 2007 a 2010.

#### 4.1.1.1 Indicadores de Mortalidade e Morbidade

No Estado de Santa Catarina a razão de mortalidade materna em 2010 foi de 27,3 óbitos para cada cem mil nascidos vivos, sendo que em Joinville, nesse mesmo ano, a taxa foi de 13,74. A taxa de mortalidade neonatal no Estado de Santa Catarina vem decrescendo, 2007 foi de 8,69; em 2008 foi de 8,14; em 2009 foi de 7,65, e em 2010 foi de 7,27 óbitos por cada mil nascidos vivos. Em Joinville, o valor da taxa em 2007 foi de 4,76; em 2008 foi de 6,56; em 2009 foi de 6,37, e em 2010 foi de 5,63 óbitos por cada mil nascidos vivos (SANTA CATARINA, 2012).

A taxa de mortalidade pós-neonatal o Estado também apresenta menores valores e esta taxa está decrescendo, 2007 foi de 4,11; 2008 foi de 3,60; 2009 foi de 3,76 e 2010 foi de 3,24 óbitos de crianças com 28 dias e mais em cada mil nascidos vivos. Em Joinville, no ano de 2007 a taxa foi de 2,8; em 2008 foi de 3,62; em 2009 foi de 3,05 e em 2010 foi de 2,61 óbitos de crianças com 28 dias e mais em cada mil nascidos vivos (SANTA CATARINA, 2012).

Identificou-se que o município de Joinville tem o maior número de partos com menos de 37 semanas de gestação. Os municípios de Joinville e Jaraguá do Sul foram os com maior investigação de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis, com 41,03% e 55,57% dos óbitos investigados respectivamente. No período de 2007 a 2010 não houve registro de nenhum caso de sífilis congênita (SANTA CATARINA, 2012).

#### 4.1.1.2 Indicadores de Atenção

A meta nacional de cobertura de pré-natal para o ano de 2010 é de 72,50%, o Estado de Santa Catarina alcançou 69,20% de cobertura. O município de Joinville possui cobertura de ESF de apenas de 32%, mostrando necessidade de ampliação/cobertura do serviço.

A Regional de Saúde de Joinville, quando comparada as demais regionais do Nordeste e Planalto Norte de Santa Catarina, possui o maior número de nascidos vivos (SANTA CATARINA, 2012).

O número de partos cesáreos em Joinville foi maior do que os partos normais, uma média de 50,81% cesáreas contra 49,18% partos normais. Para o percentual de cesáreas em primíparas, considerando o total dos anos de 2007 a 2010, Joinville teve uma média de 26,3%, e a indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que em média 15% das gestações

necessitam de cesárea. Esses indicadores podem ser modificados com a realização de pré-natal qualificado por parte das Equipes de Atenção Básica, ampliação da busca ativa das gestantes e a orientação e o acompanhamento (SANTA CATARINA, 2012).

O maior número de nascidos vivos está na faixa etária de mães entre 20 e 24 anos, para as idades entre 10-15 anos o número também é elevado apontando a necessidade de desenvolver ou ampliar programas de saúde reprodutiva junto a essa população (SANTA CATARINA, 2012).

Com relação a captação de gestantes até a 12ª semana de gestação e ao percentual de gestantes com todos os exames preconizados observa-se que existe uma grande fragilidade no registro dessas informações, uma vez que os índices da Região de Joinville não foram computados enquanto o parâmetro do MS para estes indicadores são 90% e 100% das gestantes respectivamente. No período analisado, tiveram 29419 nascidos vivos (média 7354 por ano) e em média 72,38% dos nascidos vivos de Joinville tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. A média de consulta para as crianças de 0 a 2 anos em Joinville foi de 61,39%, e a cobertura vacinal dessa população foi considerada adequada durante o período, considerando que veio aumentando ano a após ano e teve em média 90% de cobertura (SANTA CATARINA, 2012).

#### 4.1.1.3 Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Em Joinville, no período analisado, existiam 86 leitos obstétricos, 17 leitos de UTI neonatal, 37 leitos de UTI em hospitais que realizam parto, 0 leitos de UCI, 0 leitos canguru e 0 leitos para gestantes de alto risco (SANTA CATARINA, 2012).

Leito de UTI são para internação de pacientes graves ou de risco, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias aos diagnósticos e terapêutica. Para atender as necessidades específicas de cada faixa etária, se dividem em: UTI Neo destinada à assistência a pacientes com idade entre 0 e 28 dias, UTI pediátrica que trata de pacientes com idade entre 29 dias e menor que 15 anos e a UTI Adulta que atende as demais faixas etárias (BRASIL, 2016).

O leito UCI é o leito hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados intermediários, 24h por dia, entre a unidade de internação e a UTI. Também se dividem conforme faixa etária, sendo UCI Neo para bebês de 0 até 28 dias, o UCI pediátrico destinado para idades de 29 dias e menor que 15 anos; e o UCI Adulto os leitos para maiores de 15 anos (BRASIL, 2016).

Leito Obstétrico é o leito de internação hospitalar destinado a acomodar as gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico ou cirúrgico. O leito Canguru serve para acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar (BRASIL, 2016).

#### 4.1.1.4 Indicadores de Gestão

Os processos de gestão e pactuação regional Plano Municipal de Saúde Relativo à elaboração do Plano Municipal de Saúde, do período de 2010-2013 verifica-se que 69,2% dos municípios aprovaram seus Planos no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Joinville assumiu a gestão de seus hospitais e a regulação do agendamento de consultas especializadas e de exames/procedimentos, é feito através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (SANTA CATARINA, 2012).

A regulação dos casos de Urgência e Emergência se dá exclusivamente pela Central de Regulação Regional do SAMU que abrange todos os 27 municípios. A Regulação Estadual do SAMU que abrange todo o Estado de Santa Catarina, controla os leitos de UTI que extrapolam a área de abrangência de cada região, relacionadas aos transportes inter-hospitalares de pacientes graves e quando houver necessidade de regulação de urgência ou de transferência de pacientes graves para outros estados do Brasil. Cabe às Gerências Regionais de Saúde (Joinville, Jaraguá do Sul, Mafra e Canoinhas) o direcionamento das solicitações de consultas e exames dos municípios para tratamento fora do domicílio cuja distribuição se dá com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) (SANTA CATARINA, 2012).

#### 4.1.2 QUALIFICAÇÃO DOS COMPONENTES

A Rede Cegonha nas Regiões Nordeste e Planalto Norte, é financiada com recursos da União, Estado e Municípios. Para receber este financiamento, deverá se qualificar nos 4 componentes da Rede, conforme ações previstas para cada um deles (SANTA CATARINA, 2012). Os processos que serão realizados em cada componente para a qualificação serão descritos nos tópicos a seguir.

##### 4.1.2.1 Componente Pré-natal

A qualificação do componente pré-natal se dá através da realização dos novos exames de pré-natal; fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes e fornecimento de ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto. O município recebe o incentivo de R\$ 10,00 por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL em repasses mensais fundo a fundo (SANTA CATARINA, 2012).

A partir do ano de 2013 o incentivo passa a ser de R\$ 20,00 por gestante cadastrada (BRASIL, 2012c).

#### 4.1.2.2 Componente Parto e Nascimento

Para qualificação neste componente, projetou-se que nos três anos, fossem constituídos habilitados e custeados: leitos obstétricos na região, leitos para gestantes de alto risco, leitos de UTI neonatal e leitos de Cuidados Intermediários Convencionais e Canguru. Planejou-se a reforma de dois Centros de Parto nas maternidades sob gestão Estadual das regiões Nordeste e Planalto Norte, uma na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville, e outra na Maternidade Dona Catarina Kuss, em Mafra. A implantação da Casa da Gestante que não teve previsão de data estabelecida (SANTA CATARINA, 2012).

De acordo com o Hospital Sofia Feldman (2013) a Casa da Gestante, é uma unidade de cuidado peri-hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de risco que necessitam de atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar. É um serviço utilizado principalmente por gestantes, puérperas e recém-nascidos que, devido à natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência não podem retornar ao domicílio no momento de pré-alta.

#### 4.1.2.3 Puerpério e atenção integral à saúde da criança

A implementação dos testes rápidos para HIV e Sífilis nas UBS, com a finalidade de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV, a eliminar a sífilis congênita, e a melhoria da ambiência de todos os serviços que realizam parto na região fazem parte da qualificação deste componente (SANTA CATARINA, 2012).

O teste rápido para Sífilis ou teste treponêmico, para triagem, realizado nas UBS em gestantes e nos seus parceiros, com o objetivo de detectar precocemente a doença e assim evitar a transmissão vertical (mãe para filho) que é considerada pela ONU um grande

problema de saúde pública no mundo. Quando o resultado do teste rápido for reagente, será realizada coleta venosa para realização do exame confirmatório e uma consulta clínica para fechamento do diagnóstico. O acompanhamento desta paciente será mensal, até o final da gestação, a fim de tratar a doença e evitar a reinfecção (BRASIL, 2012b).

O teste rápido de HIV feito nas UBs para identificar precocemente as gestantes portadoras do vírus, objetiva evitar a transmissão vertical. O teste apresentará resultados em até 30 minutos e é indicado nos primeiros três meses de gestação, podendo ser realizado a qualquer momento, inclusive, na hora do parto. Com o tratamento médico adequado e em tempo oportuno, a chance do bebê contrair a doença cai para menos de 1%. Porém, quando não há tratamento, a taxa de risco chega a 20%. Em casos de resultado reagente, a gestante passa a fazer acompanhamento da carga viral, utilização de antirretrovirais, é indicado parto de cesárea e a não amamentação (BRASIL, 2012d).

#### 4.1.2.4 Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

A regulação da Rede Cegonha controla o acesso aos leitos de UTI adulto, obstétricos e neonatais disponíveis nas regionais de saúde. Planejou-se a implementação, em Joinville, da Central de Regulação do Estado e do Município e o modelo “Vaga Sempre” que vincula a gestante ao local de realização do parto, até o ano de 2013. Com relação aos transportes seguro das gestantes, esse é realizado pelas 4 unidades Avançadas do SAMU não exclusivas do programa Rede Cegonha, através de regulação estadual própria da instituição (SANTA CATARINA, 2012).

#### 4.1.3 ESTRUTURA ATUAL

Até o ano de 2016, em Joinville, os serviços ambulatoriais, dentro da Rede Cegonha são desempenhados pelas UBs através dos programas do Programa Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família e do Modelo de Atenção Primária Convencional, que são aquelas UBs que ainda não contam com agentes comunitários de saúde. Essas unidades realizam atendimento ambulatorial incluindo as consultas de pré-natal pelos profissionais médicos e enfermeiros, consultas odontológicas, imunização para o período gestacional. Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais já são realizados nas UBs por profissionais de saúde, enfermeiros(as) e médicos(as), capacitados para o aconselhamento, execução,

leitura, interpretação dos resultados e emissão de laudo do teste e o registro em prontuário e no Cartão da Gestante (JOINVILLE, 2017).

O cartão da gestante é uma caderneta, de posse da gestante, que contém diversas informações como: dicas sobre alterações normais e suspeitas do processo gestacional, importância dos serviços e ações de saúde e as ações realizadas em cada fase da gestação. Possui informações sobre todas as medições, exames e vacinas realizados durante a gestação, e deve sempre acompanhar a gestante durante suas consultas e procedimentos em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014a.)

Na estrutura da Rede Cegonha, no que se refere a atenção básica durante o pré-natal são ofertados diversos serviços que são organizados pelo período de gestação da mulher. As ações de saúde realizadas são descritas na tabela a seguir:

Quadro 3 – Ações realizadas no Pré-Natal parte 1

PERÍODO	AÇÕES
Até 12 semanas ou início do Pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captar a gestante e realizar testes rápidos</li> <li>• Realizar primeira consulta de pré-natal: anamnese, exame físico, avaliar risco gestacional, cadastro no SISPRENATAL e preencher Cartão da Gestante               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar imunizações</li> <li>• Encaminhar para avaliação odontológica</li> <li>• Suplementar com Ácido Fólico e Ferro</li> </ul> </li> <li>• Solicitar exames da rotina do 1º trimestre e complementares</li> </ul>
16 a 20 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados na 1ª consulta (realizar conduta adequada frente aos resultados alterados)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para grupo de orientações</li> </ul> </li> <li>• Aferir pressão arterial, peso e ausculta de Batimentos Cardíofetais (BCF), verificar o Índice de Massa Corpórea (IMC) e registrar também no Cartão da Gestante Medir Altura Uterina (AU) e registrar no gráfico               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar consulta odontológica</li> </ul> </li> </ul>
20 a 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar nutrição, atividade física, higiene</li> <li>• Aferir pressão arterial, peso e ausculta BCF, verificar o IMC e registrar também no Cartão da Gestante Medir AU e registrar no gráfico               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar mamas</li> </ul> </li> </ul>
28 a 32 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar e incentivar para o parto normal e aleitamento materno</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 2º trimestre (realizar conduta adequada frente aos resultados alterados)</li> <li>• Aferir pressão arterial, peso e ausculta BCF, verificar o IMC e registrar também no Cartão da Gestante Medir AU e registrar no gráfico               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar plano de parto</li> <li>• Agendar visita MDV</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: Joinville, 2017 editada pela Autora

Quadro 4 – Ações realizadas no Pré-Natal parte 2

PERÍODO	AÇÕES
32 a 34 semanas (Consultas quinzenais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar exames da rotina do 3º trimestre</li> <li>Aferir pressão arterial, peso e ausculta BCF, verificar o IMC e registrar também no Cartão da Gestante Medir AU e registrar no gráfico</li> <li>Fornecer informações para preparação do parto e reconhecimento do trabalho de parto ativo</li> </ul>
34 a 36 semanas (Consultas quinzenais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 3º trimestre (realizar conduta adequada frente aos resultados alterados)             <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar apresentação fetal e registrar no Cartão da Gestante</li> </ul> </li> <li>Aferir pressão arterial, peso e ausculta BCF, verificar o IMC e registrar também no Cartão da Gestante</li> </ul>

Fonte: Joinville, 2017 editada pela Autora

Além dos serviços ofertados à mulher durante a gestação ainda se faz o acompanhamento dessa usuária no período de puerpério, reavaliando as condições de saúde da mulher e do recém-nascido, registrando possíveis alterações. Investiga-se: como está ocorrendo o processo de amamentação, o retorno da menstruação e da atividade sexual e realiza-se ações educativas e a condução das possíveis intercorrências (JOINVILLE, 2017).

Outro personagem importante na relação da estrutura familiar é o companheiro/pai da criança, e por isso a UBS também se oferece serviços e ações que fazem parte do Pré-Natal do Parceiro cujo objetivo é incentivar a participação ativa dele durante o pré-natal, pré-parto, parto, puerpério e cuidados com o bebê (JOINVILLE, 2017).

Os serviços ofertados são para realizar: exames de rotina conforme idade e faixa etária; testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C; solicitar tipagem sanguínea e fator RH (se a parceira for RH negativo) e verificar/ atualizar a situação vacinal (JOINVILLE, 2017).

Com isso se espera estimular a participação desses Pais à: frequentar grupos de gestantes e casais; visitar a Maternidade e apresentar a Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, estimulando que esse acompanhante - inclusive no caso de pais adolescentes - seja o pai parceiro, respeitando a livre escolha da mulher (JOINVILLE, 2017).

Ao se tratar de atenção secundária a saúde, os encaminhamentos de consultas especializadas são solicitados via regulação *online* pelo médico assistente, com descrição do quadro clínico, Classificação Internacional das Doenças (CID) de encaminhamento e resultados de exames prévios, quando houver, relacionados ao quadro clínico, para otimizar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos. A regulação tem como objetos a organização, o controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos

fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, conforme preconiza a Portaria 1.559, 01/08/2008, MS (JOINVILLE, 2017).

Nos serviços de apoio estão: o Laboratório Municipal de Joinville que tem como objetivo realizar exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, a fim de permitir um melhor tratamento e acompanhamento de patologias humanas; a Vigilância que tem como função reestruturar os serviços de saúde para vigilância das doenças transmissíveis (notificação compulsória) e realizar ações de investigação epidemiológica, busca ativa de caso, investigação de casos suspeitos de eventos adversos, e a operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde por meio do processamento e análise de dados (de sistemas como SINAN, SINASC e SIM) e a Maternidade Darcy Vargas, unidade de saúde de média e alta complexidade para atendimento ambulatorial e hospitalar especializado incluindo o Ambulatório de Alto Risco (JOINVILLE, 2017).

O Serviço de Urgência e Emergência de Referência da Rede Cegonha é realizado pelas 03 Unidades de Prontos Atendimentos 24 horas (PA 24 horas) e 03 Unidades Hospitalares com suporte do serviço de sobre aviso. Os PAs 24 horas Sul, Norte e Leste são unidades de atendimento a usuários em caso de urgência. Realizam a triagem e identificada a necessidade de consulta com o especialista, este usuário é encaminhado ao Serviço de Sobre Aviso da Maternidade Darcy Vargas (MDV) ou Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Faria (HIJAF) ou Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) (JOINVILLE, 2017).

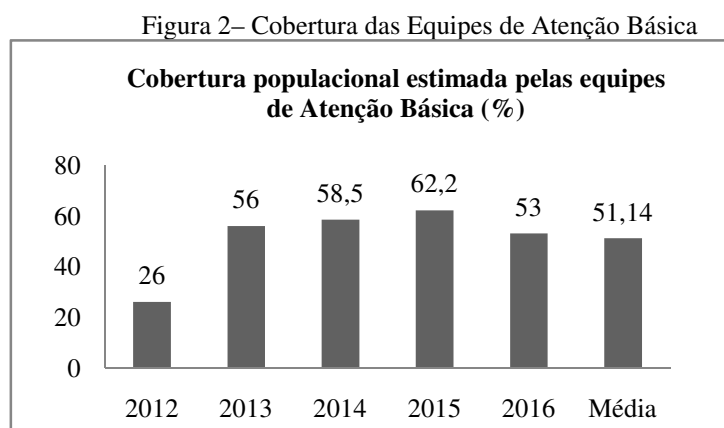
O Serviço de Atenção Hospitalar de Referência é realizado através da MDV e do HIJAF unidade de saúde de média e alta complexidade para atendimento hospitalar especializado incluindo realização de procedimentos, consultas, exames, cirurgias e atendimento de urgência e emergência (JOINVILLE, 2017).

O Serviço de Sobre Aviso do HIJAF realiza o atendimento de usuários na faixa etária de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias em caso de urgência e emergência. Se necessário, o Serviço de Sobre Aviso do Hospital Municipal São José (HMSJ) também trabalha em apoio a Rede Cegonha, realizando o atendimento ao público com idade a partir de 15 anos de idade. Esta demanda é gerada espontaneamente e/ou encaminhada das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e SAMU (JOINVILLE, 2017).

## 4.2 INDICADORES DA REDE CEGONHA

Após a implantação e desenho estrutural das unidades de saúde integrantes e dos serviços prestado na Rede Cegonha em Joinville, foi possível verificar as mudanças em alguns indicadores preconizados pela rede.

Com relação à cobertura populacional estimadas das equipes de Atenção Básica, obtiveram-se os seguintes valores:



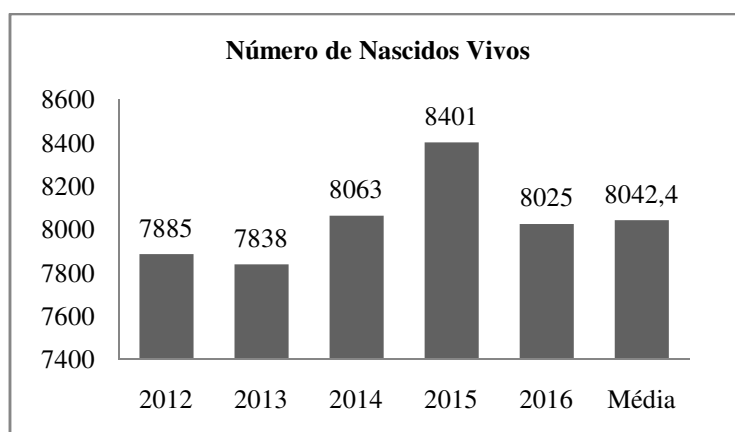
Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora.

A média do período de 2012 a 2016 de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica foi de 51,14% representando um aumento considerável quando comparado ao período antes da implantação da rede, em que a cobertura era de 32%. Observa-se ao comparar os valores de 2012 com 2013 que a cobertura das equipes aumentou mais que o dobro, e se manteve assim nos anos seguintes.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (2017) o Estado de Santa Catarina, neste mesmo período, teve uma cobertura populacional estimada de Atenção básica de 77%. A cidade vizinha de Joinville, que também compõem a Região Nordeste da Rede Cegonha de Santa Catarina, Jaraguá do Sul, possui cobertura de 41%. Outras cidades da região Sul que também aderiram ao programa Rede Cegonha são Florianópolis, que tem uma cobertura de 59%, e Londrina, com 34% de cobertura.

O número de nascidos vivos da cidade de Joinville manteve-se estável nos últimos anos, conforme figura abaixo:

Figura 3– Número de Nascidos Vivos



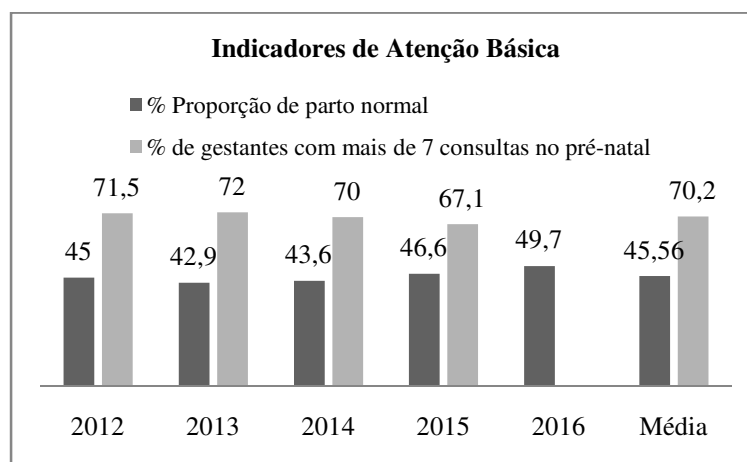
Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora

A média de nascidos vivos no período de 2012 a 2016 em Joinville foi de 8042, totalizando 32187 nascidos vivos, 9,4% a mais que o período anterior (2007 a 2010).

A determinação do número de Nascidos vivos, no que diz respeito às ações contempladas na Rede Cegonha, é a informação básica a partir da qual podem ser identificados todos os outros grupos populacionais. Com este número é possível estimar os grupos alvo da atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, através de um processo de retroprojeção e a população infantil alvo da Rede Cegonha, (número total de nascidos vivos descontando-se os óbitos ocorridos no decorrer do primeiro ano de vida) (BRASIL, 2014b).

Com relação ao número de partos normais, ainda representa menos que a metade dos partos realizados, conforme observado na figura a seguir:

Figura 4– Indicadores de Atenção Básica



Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora

Mesmo o número de partos cesáreos estar muito maior que o estimado pela OMS, de 15% do total de partos, a cada ano vem aumentando o número de partos normais, um avanço

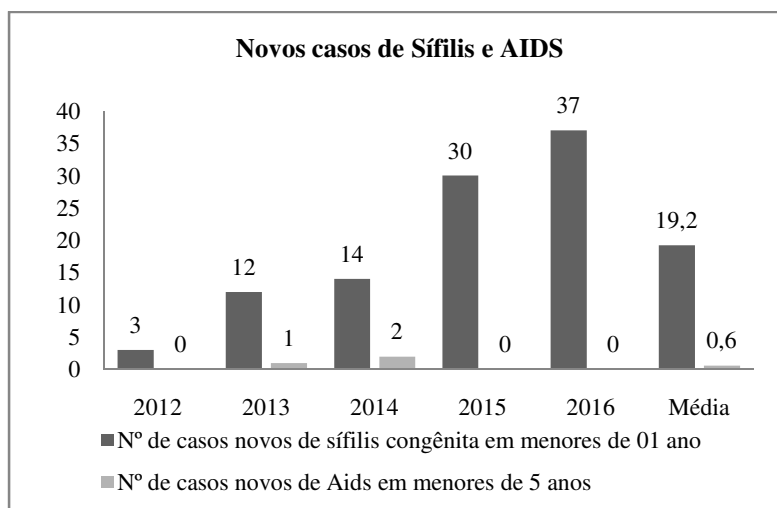
com relação às diretrizes preconizadas. O elevado número de partos cesáreos representa um grande desafio para a política de saúde, pois a realização indiscriminada de cesarianas envolve riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança e é um custo adicional para o sistema de saúde (BRASIL,2014c).

Ao analisar as consultas de pré-natal, ainda não foi computado o número de consultas das gestantes de 2016. Do ano de 2012 a 2015 cerca de 70% das gestantes realizaram mais de 7 consultas no pré-natal, mantendo um média estável desde 2007.

Estratificando por faixa etária das gestantes, no período analisado, as três faixas em que mais ocorreram nascimentos foram: mães de 25 a 29 anos com 8510 nascimentos, a faixa etária de 20 a 24 com 7639 nascimentos e em mães de 30 a 34 anos 7595 nascimentos.

Com a implantação da rede, iniciou-se a realização dos testes rápidos para detecção de HIV e Sífilis, que são doenças sexualmente transmissíveis, ligadas diretamente ao comportamento sexual da população, principalmente quanto a utilização de preservativo no sexo casual e acompanhamento correto no caso de contração da doença. Nos últimos anos vem sendo registrado um aumento no número dos casos de sífilis congênita em todo o Brasil. Entre 1998 e junho de 2014, mais de 104 mil crianças menores de 1 ano foram infectadas pela doença no Brasil (JOINVILLE, 2016). Joinville apresenta o mesmo quadro:

Figura 5 – Novos casos de Sífilis e AIDS



Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora

Os exames de sífilis são realizados hoje através do Teste Rápido nas UBS e os exames de VDRL em laboratórios. Constatou-se um elevado índice de sífilis congênita na cidade, uma média de 19 casos por ano, quando a meta estimulada é de 4 novos casos ao ano ( $< 0,5/1.000$  nascidos vivos).

Nos anos de 2015 e 2016 ocorreram, respectivamente, 30 e 37 novos casos. Esses valores elevados podem ser um reflexo do desabastecimento nacional, no ano de 2015, de Penicilina Benzatina, devido à falta mundial de matéria prima para desenvolvimento da medicação. Devido as circunstâncias, o MS determinou que as mulheres grávidas portadoras de sífilis e os bebês com sífilis congênita deveriam ser priorizados no tratamento com a essa medicação específica (BRASIL, 2015).

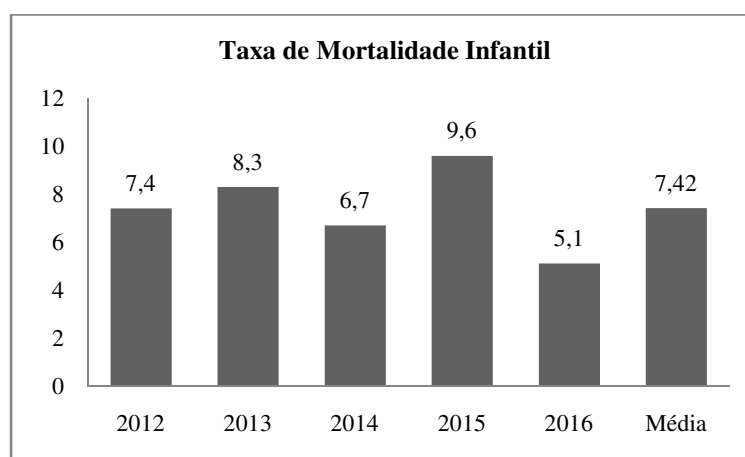
Em Joinville foram tomadas as seguintes medidas para evitar a transmissão vertical da sífilis: monitoramento, pela UBS, do tratamento com Penicilina Benzatina para a gestante e parceiro, para evitar a reinfecção; realização de sensibilização das gestantes com alergia à Penicilina e acompanhamento com infectologista (JOINVILLE, 2016).

Ao se tratar de novos casos de Aids, de 2012 a 2016 ocorreram apenas 3 novos casos em crianças menores de 5 anos. A meta é reduzir 10% ao ano, o número de novos casos, e no período analisado de 2012 a 2013, assim como 2013 a 2014 houve um aumento de 100%, porém nos anos seguintes ocorreu uma queda de 100% no número de casos, fazendo com que 2015 e 2016 não tivessem nenhum caso notificado (SANTA CATARINA, 2013).

Isso evidencia que o município mantém uma boa vigilância em relação à transmissão de HIV, um reflexo do trabalho desenvolvido em rede pela Atenção Básica, Maternidades e Unidade Sanitária (JOINVILLE, 2016).

A média do indicador de mortalidade infantil na cidade, no período de 2012 a 2016, é de 7,42%, conforme observado na imagem a seguir:

Figura 6 – Taxa de Mortalidade Infantil



Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora

De acordo com o IBGE, o Brasil, no ano de 2015, teve uma taxa de mortalidade infantil de 13,8, enquanto a taxa no município de Joinville foi de 9,6.

No ano de 2016, a mortalidade infantil atingiu a marca de 5,1 o menor desde a implantação da Rede Cegonha no município, demonstrando o quanto Joinville se aproxima dos melhores indicadores de mortalidade infantil do mundo, em especial dos países europeus, que apresentam taxa média de 6 (JOINVILLE, 2016; UNICEF, 2015).

O coeficiente de mortalidade perinatal, que trata dos óbitos fetais somados aos óbitos neonatais, vem se mantendo estável nos últimos anos, permanecendo em torno de 10/1000 nascimentos. Em Joinville, a mortalidade perinatal, devido aos óbitos fetais, apresentou um percentual de 69,3% em 2012, 64,8% em 2013, 66% em 2014, 55,5% em 2015 e 74,6% em 2016. O acesso e a qualidade da assistência durante a gestação, parto e primeiro ano de vida das crianças, bem como a identificação em tempo oportuno das condições de risco e tratamento adequado são alguns fatores que contribuem para este índice favorável. Existe um trabalho contínuo realizado pelo Comitê de Investigação da Mortalidade Fetal, Infantil e Materna, na avaliação de todo o processo de atendimento das crianças que foram a óbito na tentativa de eliminar, quando possível, os fatores como a prematuridade e também para prevenir situações de risco (JOINVILLE, 2016).

Outro indicador é o de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas alcançadas que teve uma média no período analisado foi de 90%. Este indicador contempla oito vacinas priorizadas na infância: a bacilo de Calmette & Guérin (BCG) que previne a tuberculose; a anti-rotavírus; a pentavalente que previne a difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* do tipo B; a anti-poliomielite; a anti-pneumocócica; a anti-meningocócica; a tetra viral que previne o sarampo, caxumba, rubéola e varicela, e a vacina contra influenza. Cada vacina com metas específicas de cobertura.

Abaixo está a tabela que demonstra a proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, o número de óbitos maternos e a proporção desses óbitos que foram investigados.

Tabela 1 - Série histórica de indicadores do COAP 2012-2016

INDICADOR ATENÇÃO BÁSICA	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	3	1	1	0	1	1,2
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil Investigados (%)	99,4	100	100	100	86	97,08
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas (%)	100	-	100	100	63	90,6

Fonte: Joinville, 2017 editado pela Autora

Observou-se que no ano de 2013 não houve a contabilização dessa cobertura e o no ano de 2016 a cobertura foi de apenas 63% que pode ser explicado devido ao fato de que nesse ano ocorreu a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) gerando alguns entraves na compilação de dados, o que cria a necessidade de uma minuciosa verificação dos dados por parte da equipe (JOINVILLE, 2016).

A Rede Cegonha avalia também os óbitos maternos, que são aqueles ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez (CONASS, 2015). A morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é quase totalmente evitável e trata-se de um importante indicador da atenção aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em Joinville, a mortalidade materna teve em 2012 o maior número de óbitos, totalizando 3 óbitos que representam uma razão, de acordo os dados disponíveis na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), de 25,3 óbitos a cada 100000 nascidos vivos. Em 2013 a razão foi de 12,76, em 2014 foi de 12,40, em 2015 não ocorreu nenhum óbito e referente ao ano de 2016, os dados ainda não estão disponíveis no RIPSA (2015). A razão média de mortalidade materna para o período de 2012 a 2014, foi de 16,82. Considerando que a meta pactuada pelo Brasil para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2014d), era uma razão de 35 óbitos a cada 100000 nascidos vivos, Joinville obteve um excelente resultado, atingindo a meta já no ano de 2012, e melhorando ela nos anos seguintes.

Em média 97% dos óbitos maternos foram investigados pelo Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal e foram tomadas as medidas preventivas cabíveis a cada caso (JOINVILLE, 2016).

Com relação aos leitos ofertados e preconizados na cidade, a tabela abaixo demonstra o total de leitos disponíveis em Joinville:

Tabela 2 – Leitos Disponíveis e preconizados da Rede Cegonha

Hospitais	Leitos						
	Obstétricos	UTI Neo	UCI Neo	Canguru	Gestantes de Alto Risco	Alojamento Conjunto	UTI Adulto
MDV	61	10	20	3	18	72	-
HIJAF	14	-	-	-	-	-	-
HRHDS	0	-	-	-	-	-	5
Total	75	10	20	3	18	72	5
Preconizados pela Rede Cegonha	59,62	11,21	16,82	5,61	13,55	88,4	6,24

Fonte: Brasil, 2014c editado pela Autora.

Considerando que cerca de 85% das gestantes terão uma gravidez de risco habitual e que 15% de gestantes estarão expostas a variados padrões de risco e vulnerabilidades, conclui-se que 10% das gestantes necessitarão de atenção hospitalar de alto risco. Quanto aos leitos de UTI adulto, a proporção é de 1 a 2% do total de leitos obstétricos. Ao se tratar dos leitos infantis, a proporção é de 03 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivo, 02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivo e 01 leitos Canguru para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014b)

A disponibilidade de leitos obstétricos, leitos de UCI Neo e leitos de gestantes de alto risco está acima do preconizado pela Rede cegonha. Os leitos de UTI Neo, leitos Canguru, leitos de alojamento conjunto e UTI adulto, estão um pouco abaixo do que é preconizado, sendo os leitos canguru que tem maior diferença entre o número real e o desejado, apenas 53,4%. Os de UTI adulto, leitos de alojamento conjunto e UTI Neo, apesar de estarem abaixo do preconizado, representam 89,2 %, 84,1% e 80,1% respectivamente, do total de leitos que deveriam ter disponíveis na cidade.

O HRHDS que possui 5 leitos de UTI adulto disponíveis para a Rede Cegonha. Além dos hospitais do SUS em Joinville, os outros Hospitais da cidade que também realizam parto são: Hospital Dona Helena, Centro Hospitalar Unimed e Hospital e Maternidade Bethesda. As casas de apoio a gestantes ainda não foram implantadas na cidade (BRASIL, 2014c).

## 5 CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível determinar a organização e funcionamento do programa Rede Cegonha em Joinville, e assim, perceber a influência dele na redução das taxas de mortalidade materno-infantil do município.

Por se tratar de um tema de grande relevância, diversos autores já desenvolveram conteúdos sobre o assunto, o que possibilitou o desenvolvimento pleno do referencial teórico da presente pesquisa. A metodologia utilizada correspondeu às necessidades de construção da pesquisa, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville possui todos os registros referentes ao programa Rede Cegonha em documentos internos.

Com isto, foi possível identificar os estabelecimentos de saúde que compõem a rede, sendo eles: a Maternidade Darci Vargas, Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Faria, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, os 03 PA 24 horas, todas as UBS o Laboratório Municipal e a Vigilância. Os serviços ambulatoriais da Rede Cegonha são desempenhados pelas UBSs e pela Maternidade Darcy Vargas. O Serviço de Urgência e Emergência de Referência é realizado pelos PAs 24 horas e 03 Unidades Hospitalares com suporte do serviço de sobre aviso. O laboratório Municipal e a Vigilância oferecem serviços de apoio a rede

A implantação da Rede Cegonha em Joinville foi de extrema importância no controle da saúde materno-infantil. Identificou-se que mais importante do que ofertar os serviços para o público alvo da Rede, é fazê-los com qualidade e em tempo oportuno. Com a ampliação da cobertura da Atenção Básica, foi possível aprimorar o atendimento à gestante e seu parceiro, garantindo uma gestação tranquila, conforme as necessidades da usuária.

Foi possível perceber também que a maior parte das gestantes, cerca de 70%, realiza mais de 7 consultas de pré-natal, porém ainda assim tem se um número elevado de casos novos de sífilis congênita, o que pode indicar que a qualidade atual das consultas ainda pode ser aprimorada, focando no diagnóstico mais rápido e um acompanhamento no tratamento da gestante e de seu companheiro, prezando assim pela cura e pela não reinfecção. O número de partos normais ainda está abaixo do preconizado pela OMS, demonstrando outra fragilidade do pré-natal, pois durante ele deve ocorrer um maior incentivo para realização do parto nessa modalidade, por ser benéfico a gestante e o RN, sempre analisando as necessidades de cada gestante.

O indicador de mortalidade infantil teve um excelente resultado, que vem melhorando ao decorrer dos anos, e em 2016 atingiu o coeficiente de 5,1 que é similar ao valor encontrado em países europeus. O indicador de mortalidade materna também melhorou com a

implantação da rede, passando de 25,3 em 2012 para 12,4 em 2014, atingindo a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio já no ano de 2012 e aperfeiçoando-a nos anos seguintes. A investigação desses óbitos, maternos e infantis, é realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal é de extrema importância para o aperfeiçoamento das ações da Rede Cegonha.

O número de leitos está parcialmente adequado ao porte da Região de Saúde e conta com leitos específicos da Rede Cegonha, como leito para gestação de alto risco e leitos cangurus. A cobertura vacinal está adequada, uma vez que o único ano que obteve um resultado abaixo da meta foi o ano em que ocorreu a mudança do sistema de informações que acarretou na perda de alguns dados com relação às vacinas ofertadas.

Dentro da estrutura da Rede Cegonha o gestor deve estar atento aos resultados dos indicadores, oscilações temporais e na qualidade dos dados que são alimentados nos sistemas, para assim verificar se correspondem à realidade. É esse profissional que irá participar dos processos para estabelecer, com base em indicadores e diretrizes do Ministério da Saúde, as ações que deverão ser tomadas a fim de melhorar a saúde materno-infantil.

Percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos que objetivem analisar, revisar e aperfeiçoar as ações e serviços já existentes na Rede. Visto que a maioria dos indicadores que ainda se encontram abaixo da meta poderiam ser aprimorados com ações pontuais em serviços da Atenção Básica.

## REFERENCIAS

- ANDRADE, D. R. et al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.19, n. 01, Rio de Janeiro, jan/mar 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452015000100181&script=sci\\_arttext&tln g=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452015000100181&script=sci_arttext&tln g=es)>. Acesso em: 20 fev 2017.
- BOAVENTURA, E. M. Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Decreto-lei Nº 2.024, de 17 de Fevereiro de 1940**. Rio de Janeiro, 23 fev. 1940. Seção 1. Disponível em<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>Acesso em 08 Maio 2017.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde.**Nota Técnica: Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2017. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 03 Jun 2017.
- \_\_\_\_\_.Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 05 Maio 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**.2014a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta\\_gestante.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf) Acesso em 02 Jun 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde. **Caderno de Parâmetros**. Seção b -Rede de Atenção à gravidez, parto e puerpério (Rede Cegonha). 2014b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/Se----o-B---Rede-de-Aten----o---Gravidez--Parto--Puerp--rio-e-Crian--as-at---Do....pdf> . Acesso em 02 Jun 2017
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas a partir de métodos demográficos indiretos. Taxa de mortalidade infantil - C.1 – 2012/ Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas a partir de métodos demográficos indiretos. Taxa de mortalidade infantil - C.16 – 2012a. Disponível em: <[http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR); [http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-16/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-16/?l=pt_BR)>. Acesso em: 25 Maio2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011a. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>.Acesso em: 26 fev 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Razão de mortalidade materna – C.3:Taxa de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade materna. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em: 04 Abr 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** . Ministério da Saúde. Brasília. 2011b. Disponível em :<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)>. Acesso em 08 Mai 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST,Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, 2015. Disponível em:<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2015/58575/nota\\_informativa\\_109\\_assinada\\_pdf\\_20349.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2015/58575/nota_informativa_109_assinada_pdf_20349.pdf)>. Acesso em 20 Jun 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Maternal e Neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf)>. Acesso em: 22 março 2017.

\_\_\_\_\_: Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Distrito Federal, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 30 Abr 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Serviço de Planejamento Assistencial. Coordenadoria de Regulação Assistencial e Contratualização Hospitalar. Diretoria de Atenção à Saúde. **Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares**.2016.Disponível em:<[http://ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Manual+Leitos+19\\_10\\_16+-VF.pdf/a1cef2e4-a6ed-4881-96cd-a2a99ec15b5c](http://ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Manual+Leitos+19_10_16+-VF.pdf/a1cef2e4-a6ed-4881-96cd-a2a99ec15b5c)>. Acesso 03 Jun 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Plano de Ação da Rede Cegonha. **Programação das Ações e Atividades pactuadas para os componentes**. 2014c

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS**. 2012b. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt\\_n391\\_sifilis.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf)> . Acesso em 02 Jun 2017.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Programa Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília. 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 11 Maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o

acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014d. Disponível em: <[http://www.agenda2030.com.br/biblioteca/140523\\_relatorioodm.pdf](http://www.agenda2030.com.br/biblioteca/140523_relatorioodm.pdf)>. Acesso em: 22 mar 2017.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **Municípios receberão R\$ 2,4 milhões para qualificar atendimento a gestantes**. 2012c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/05/municipios-receberao-r-2-4-milhoes-para-melhorar-atendimento-as-gestantes>> Acesso em 01 Jun 2017.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **SUS oferece teste rápido para HIV e sífilis para gestante e parceiro sexual**. 2012d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/05/municipios-receberao-r-2-4-milhoes-para-melhorar-atendimento-as-gestantes>> Acesso em 01 Jun 2017.

CALDEIRA, A. P. et al., 2005. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 01, p. 67-74, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAUDE – CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. **Nota técnica:** Indicadores universais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores –2013-2015. 2015. Disponível em :<[http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas\\_tecnicas/NT-8-VIG-MORT-MATERNA.pdf](http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-8-VIG-MORT-MATERNA.pdf)>. Acesso em 25 Maio 2017.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, jul 2007.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectiva**. Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Belo Horizonte, 2008. Disponível em :<[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1956.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf)> Acesso em : 18abr 2017.

GERHARD T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)**.

Florianópolis.2013. Disponível em:

<[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjOzJeetKTUAhURfiYKHVcfAW8QFggpMAE&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D7630%26Itemid%3D85&usq=AFQjCNFWL13T31TXvG9f\\_snOBydMBFwcQw](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjOzJeetKTUAhURfiYKHVcfAW8QFggpMAE&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D7630%26Itemid%3D85&usq=AFQjCNFWL13T31TXvG9f_snOBydMBFwcQw)>. Acesso em 03 Jun 2017.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde 2014-2017** / Prefeitura Municipal de Joinville. – Joinville, SC: / Prefeitura Municipal de Joinville, Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <<https://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsauheadm/imagens/conteudo/PMS2014-17versaoPUBLICACAO04dez2013.pdf>>. Acesso em 12 Abr 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Secretaria da Saúde – SES**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/departamento/ses/>>. Acesso em 26 Abr 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Protocolo de Pré-Natal Atenção Básica**. Coordenação Técnica da Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. **Série histórica de indicadores do COAP 2008-2016**. 2017

KILSZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, out./dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000400021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000400021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 3 Maio 2017.

MONTEIRO, R. A.; SCHMITZ, B. A. S. Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 413-421, 2004. Disponível em :<[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13915/1/ARTIGO\\_PrincipaisCausasBasicas.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13915/1/ARTIGO_PrincipaisCausasBasicas.pdf) > Acesso em: 18 abr 2017.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52 p. 58-71, 2014. Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/divulgacao-52.pdf#page=60>>. Acesso em 10 Abr de 2017.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em: 22 fev 2017.

ROCHA R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 114-120, 2011. Disponível em :<<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a19.pdf>> Acesso em : 18 abr 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.1027-1034, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000600016>. Acesso em: 12 Maio 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Proposta de Formulação da Rede Cegonha para Santa Catarina nas Regiões de Saúde Nordeste e Planalto Norte. Novembro de 2012.

SANTA CATARINA. Sistema de Informações sobre Mortalidade. RIPSa. Indicadores de Mortalidade Materna - Santa Catarina. Razão Mort Materna por Ano segundo Município. 2015. Disponível em :<[http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind\\_Mortalidade\\_Materna/Ind\\_Mortalidade\\_Materna\\_graf.def](http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_Mortalidade_Materna/Ind_Mortalidade_Materna_graf.def)>. Acesso em 01 Jun 2017.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**. 1997. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5,

p. 1281-1289, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 25 fev 2017.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF. **Levels & Trends in Child Mortality**: Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Disponível em: <[https://www.unicef.org/publications/files/Child\\_Mortality\\_Report\\_2015\\_Web\\_8\\_Sept\\_15.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf)> Acesso em 04 Jun 2017.

**ANEXOS****Anexo 1 – Ofício nº 70/2017/SMS/GAB/NARAS****Secretaria da Saúde**

Ofício nº 70/2017/SMS/GAB/NARAS

Joinville, 05 de maio de 2017.

**Assunto: Retorno a solicitação de autorização de pesquisa – Diretoria Geral/IFSC**

Prezado Senhor,

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa de conclusão de curso com o tema: "Estrutura da Rede Cegonha no Município de Joinville" na Secretaria Municipal de Saúde, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde **autoriza** a realização de pesquisa para a conclusão de curso da discente Heloisa Katia da Silva, no NARAS nas datas e horários a serem definidos com a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Secretaria Municipal da Saúde - Joinville  
**Jean Rodrigues da Silva**  
Diretor Executivo  
Matrícula: 47122  
**Jean Rodrigues da Silva**  
Diretor Executivo

**Marlene Bonow Oliveira**  
Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à  
Saúde

**Ilmo. Sr.**  
**Maick Da Silveira Viana**  
**Diretor Geral em Exercício do IFSC – Câmpus Joinville**  
**Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina**

vclm

Rua Araranguá, 397 - América - 89204-310  
Contato: (47) 3481-5100  
[www.joinville.sc.gov.br](http://www.joinville.sc.gov.br)