



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A REDE CEGONHA



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de
Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro,
São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A REDE CEGONHA

**São Luís
2015**

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2015

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região, nº de Registro – 453)

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015.

43f. : il.

1. Gestação. 2. Atenção primária à saúde. 3. Humanização da assistência. 4. Políticas públicas de saúde. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 612.63.02: 614.2

INTRODUÇÃO

O objetivo desta unidade é analisar o contexto de organização e funcionamento de redes de atenção ao hipertenso e ao diabético.

Sabemos que as condições crônicas envolvem um leque muito amplo de doenças e agravos, no entanto, para que você tenha um contato inicial com essa rede de atenção, vamos começar nossa abordagem focando em duas condições crônicas que têm o tratamento, na maioria das vezes, conjunto: hipertensão e diabetes.

EMENTA: Indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil. A necessidade da organização da rede. Objetivos e diretrizes. Como implantar e monitorar a rede cegonha no âmbito regional. Protocolos assistenciais do pré-natal de risco habitual e de alto risco.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| UNIDADE 2 | 7 |
| 1 A REDE CEGONHA: HISTÓRICO E CONCEITOS | 7 |
| 2 INDICADORES LOCO-REGIONAIS DE MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL | 9 |
| 2.1 Indicadores de mortalidade..... | 15 |
| 3 A NECESSIDADE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE..... | 19 |
| 4 OBJETIVOS E DIRETRIZES DA REDE CEGONHA..... | 22 |
| 5 COMO IMPLANTAR E MONITORAR A REDE CEGONHA NO ÂMBITO REGIONAL..... | 24 |
| 6 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E DE ALTO RISCO..... | 30 |
| 6.1 Assistência odontológica à gestante | 33 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |

1 A REDE CEGONHA: HISTÓRICO E CONCEITOS



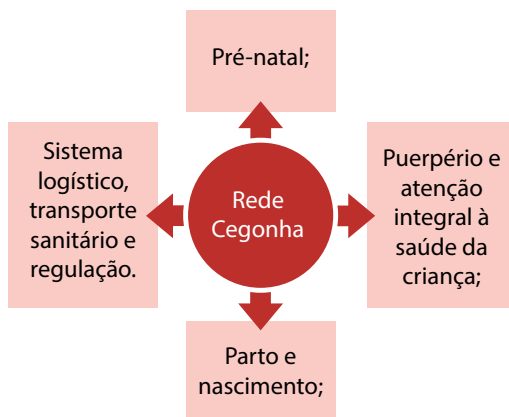
A Rede Cegonha é uma rede temática que foi instituída em 2011, como uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011a).

Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a). Tudo isso vem sendo discutido e construído no país desde os anos 1990, com base no conhecimento e na experiência de profissionais da saúde, antropólogos, sociólogos, gestores e colaboradores do Ministério da Saúde, entre outros (BRASIL, 2011b).

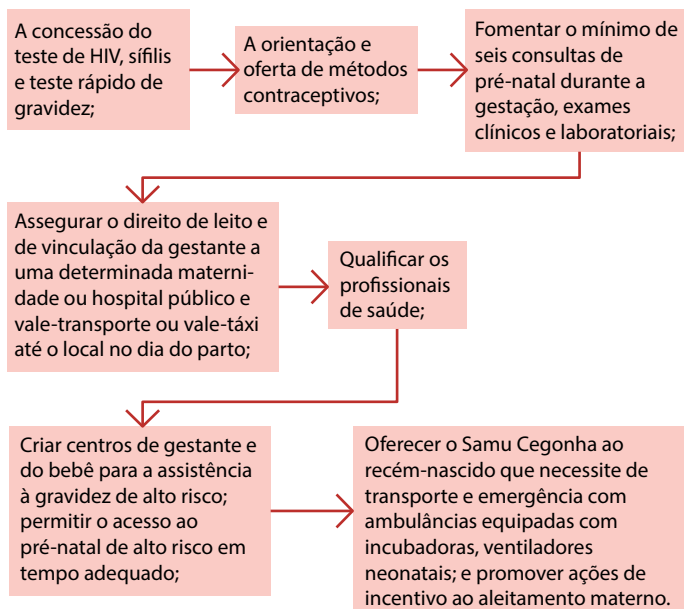
A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

IMPORTANTE!

Vamos reforçar quais os componentes da Rede Cegonha:



Conforme aponta Carneiro (2013), cada um desses componentes alcança outras ações de atenção à saúde, como:



A melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um grande desafio, uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de onde a mulher vive ou de sua situação socioeconômica.

Objetivando vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, é que o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno-infantil (CASSIANO et al., 2014).

SAIBA MAIS!

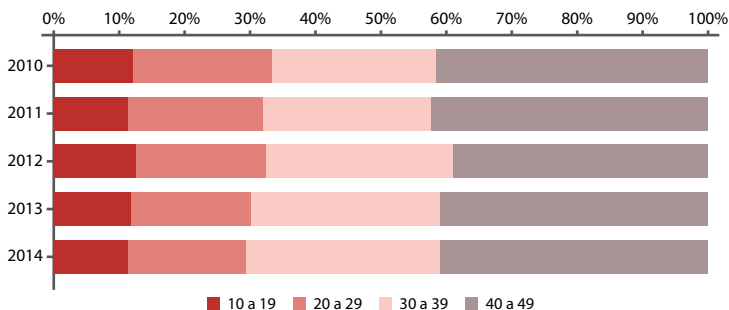
Assista ao vídeo que explica quais mudanças na organização da assistência ao pré-natal e parto ocorrem quando há Rede Cegonha implantada. Acesse: <http://goo.gl/Jxtett>.

2 INDICADORES LOCO-REGIONAIS DE MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

Os indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil constituem elemento básico para a implementação da Rede Cegonha, nos termos do art. 5º da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

E você conhece os indicadores de morbimortalidade materna do Maranhão? Vamos analisar alguns:

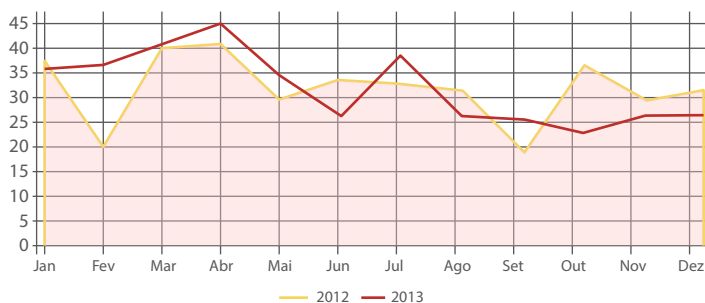
Gráfico 1 - Proporção de mortes maternas por faixa etária de janeiro a novembro de 2014. Maranhão, Brasil.



Fonte: CGIAE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < <http://goo.gl/A12jaV>>.

O gráfico acima mostra a mortalidade materna por faixa etária, podendo-se perceber que até o mês de novembro de 2014 a maior proporção de mortes maternas ocorreu na faixa etária acima de 40 anos.

Gráfico 2 - Número de óbitos por causas presumíveis de mulheres em idade fértil notificados nos anos de 2012 e 2013. Maranhão, Brasil.



Fonte: CGIAE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < <http://goo.gl/8OdRdJ>>.

Analisando os dados, podemos observar que o ano de 2013 apresentou meses em que a notificação de mortalidade de mulheres em idade fértil foi acima em relação ao ocorrido no ano anterior, apresentando posteriormente uma redução e estabilidade.

REFLITA COMIGO!

Analisando os dados apresentados podemos fazer algumas reflexões. A indagação inicial é compreender a diferença na proporção de mortalidade por faixa etária. Por que será que as gestantes maranhenses com idade acima de 40 anos morrem mais? O que aconteceu no início do ano de 2013 para aumentar a notificação de casos de mortalidade? E qual tipo de intervenção ocorreu para que esses dados permanecessem estáveis no fim desse ano?

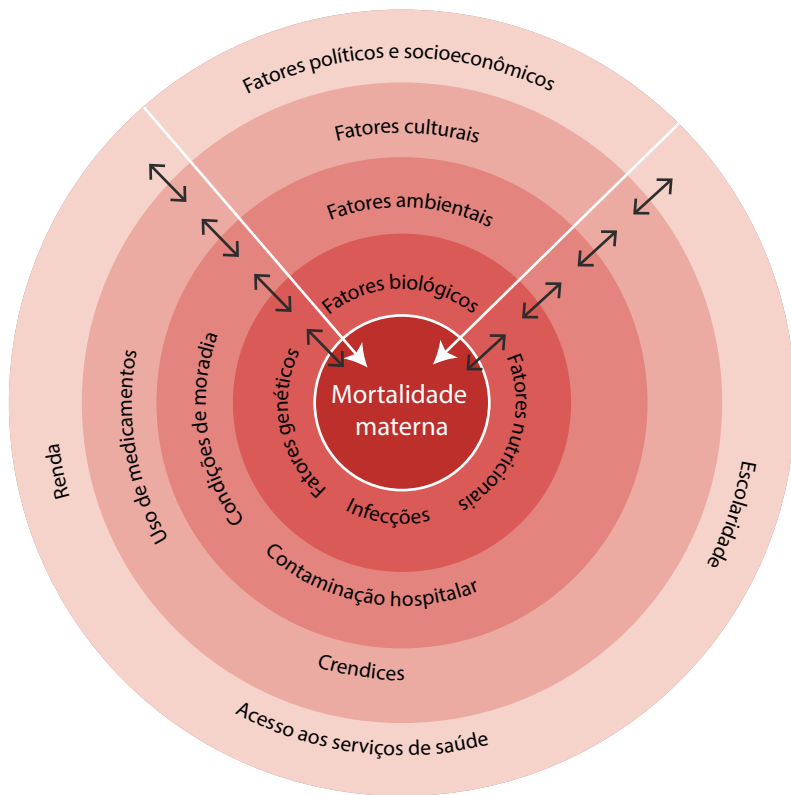
Para a implantação da Rede Cegonha há a necessidade da análise e apresentação dessas informações. Assim, vamos construir uma **matriz diagnóstica**. A matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

| 1º GRUPO: Indicadores de mortalidade e morbidade | 2º GRUPO: Indicadores de atenção | 3º GRUPO: Situação da capacidade hospitalar instalada | 4º GRUPO: Indicadores de gestão |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida); • Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); • Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município; • Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas); • % de óbitos infantis e fetais investigados ; • % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal; • Cobertura de equipes de Saúde da Família; • Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe; • % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; • % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; • % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; • % de gestantes com todos os exames preconizados. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; • Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; • Identificação dos leitos UTI neonatal existentes; • Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto. | <ul style="list-style-type: none"> • % de investimento estadual no setor de saúde; • PDR atualizado; • PPI atualizada; • Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação e ambulatorial; • Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital. |

A análise desses indicadores pode aumentar a efetividade da Rede Cegonha em cada região, pois o Brasil apresenta alto grau de heterogeneidade regional devido às expressivas diferenças socioeconômicas e culturais, além das arbitrariedades de acesso aos serviços de saúde, sendo de suma importância a investigação de fatores de risco locais (SILVA et al., 2013).

A análise dessas informações deve incluir o estudo dos indicadores envolvidos na cadeia causal de mortalidade infantil, já que isso constitui importante ferramenta para a compreensão das condições de vida da população materno-infantil e para a demarcação de ações prioritárias de políticas públicas apropriadas a cada realidade e na formulação de estratégias que possibilitem o seu controle e a organização da rede assistencial (MOMBELLI et al., 2012; MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

Vejam os um modelo de causalidade para mortalidade materna:



VAMOS PRATICAR?

Sabemos que ainda podemos acrescentar outros fatores no modelo de causalidade de mortalidade materna, então construa seu modelo acrescentando outros fatores.

A partir da identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade infantil ou materna, é possível o planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos, visando à redução da mortalidade nessa população. No entanto, essa redução não depende de novos conhecimentos, como ocorre com outros problemas de saúde, mas de garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico já existente (NASCIMENTO et al., 2012; KASSAR et al., 2013; LIMA et al., 2012).

Apesar de nas últimas três décadas ter ocorrido um grande avanço na melhoria dos cuidados ao parto e ao nascimento, com redução da morbimortalidade materna e infantil, o resultado ainda não é satisfatório quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico.

O Ministério da Saúde tem como prioridade o monitoramento da mortalidade infantil e materna, contribuindo para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo governo federal em defesa destes. No que se refere às crianças, a meta entre os anos de 1990-2015 é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2010a).

Entre 1990 e 2007 houve queda importante na mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil, especialmente entre a população mais pobre, devido à melhoria das condições socioeconômicas, de infraestrutura urbana e de saúde (SANTOS et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2012).

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2011c). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por mil nascidos vivos; e em 2010, de 16,2 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011d).

2.1 Indicadores de mortalidade

A taxa de mortalidade infantil - TMI (óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos) constitui um dos mais sensíveis indicadores de saúde e também das condições socioeconômicas da população. Por meio dela mede-se o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar 1 ano de vida, fato que está relacionado ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Assim como ocorreu em outros países que alcançaram expressiva redução da taxa de mortalidade infantil, o primeiro componente a apresentar queda acentuada foi a **taxa de mortalidade pós-neonatal - TMPN** (óbitos de 28 dias até 1 ano de vida/mil nascidos vivos). Este indicador é sensível às ações de saúde mais primárias, como o pré-natal, as vacinações, a terapia de reidratação oral, o incentivo ao aleitamento materno, cuidados adequados às infecções respiratórias agudas, entre outras (TEIXEIRA et al., 2012).

Outro indicador importante é a **taxa de mortalidade neonatal- TMNN** (óbitos de 0 a 27 dias/mil nascidos vivos), que reflete principalmente as condições de assistência à gravidez, ao parto e ao período perinatal. Neste caso, a redução da mortalidade infantil depende da estrutura assistencial médica hospitalar, de

uma efetiva rede de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais de alta complexidade. Para tanto, é necessária a habilitação técnica do pessoal e a utilização de tecnologia moderna, que eleva os custos e a torna mais exigente. Por estas razões, os óbitos neonatais costumam ter uma queda mais lenta e difícil, mesmo em países desenvolvidos (TEIXEIRA et al., 2012).

Quanto ao **indicador da mortalidade materna**, de acordo com relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil apresentou uma redução de 43% da mortalidade materna entre 1990-2013. Nesse período, a taxa de mortalidade caiu de 120 mães por cem mil nascidos vivos, em 1990, para 69 mães por cem mil nascidos vivos em 2013 - esses são os últimos dados disponíveis.

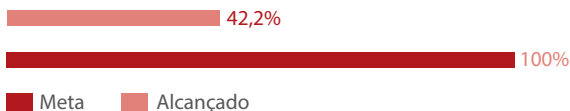
Mortalidade materna é toda morte produzida por causa da gravidez, aborto, parto e/ou puerpério até 42 dias após o evento obstétrico, independentemente da duração e do lugar da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não decorrente de causas acidentais ou incidentais (SAY et al., 2014).

Apesar do avanço significativo obtido na queda da mortalidade materna, não será possível alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que constitui um conjunto de compromissos adotados em 2000 para melhorar o futuro da humanidade. Um desses compromissos diz respeito à saúde da mulher, estipulando a redução em 75% da taxa de mortalidade materna até 2015 .

Vamos ilustrar os objetivos de redução da mortalidade materna e infantil no estado do Maranhão:

Meta 5 - Reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

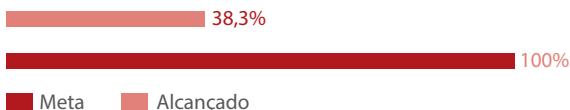
1995 - 2012



Fonte: PORTAL ODM. **Maranhão**: reduzir a mortalidade infantil. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/HlndmY>>.

Meta 6 - Reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna.

1996 - 2012



Fonte: PORTAL ODM. **Maranhão**: melhorar a saúde das gestantes. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/C8dLJl>>.

REFLITA COMIGO!

Qual o papel do trabalhador de saúde na composição desses indicadores?

SAIBA MAIS!

Veja a situação de cada ODM com relação à meta alcançada. Acesse: <http://goo.gl/B9ywRB>.

Geralmente, as gestantes morrem devido às complicações durante ou após a gravidez e o nascimento do bebê. A maioria dessas complicações se desenvolve durante a gravidez e outras podem existir antes dela, mas são agravadas durante a gestação. As maiores complicações são:

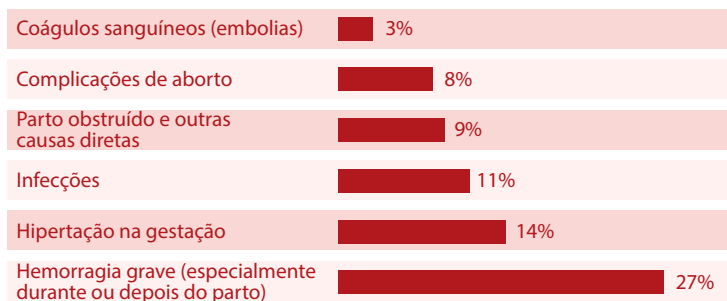
- Sangramento severo (provável após o nascimento do bebê);

- Infecções (normalmente após o nascimento do bebê);
- Pressão alta durante a gravidez (pré-eclâmpsia ou eclampsia);
- Aborto clandestino (SAY et al., 2014).

Com exceção do aborto e das infecções urinárias, a prevenção de todas as causas mais comuns de óbito materno dependem basicamente da assistência hospitalar pronta e qualificada às emergências e ao parto. Dentre as causas das mortes maternas, o relatório aponta o impacto que condições médicas preexistentes têm sobre a saúde da gravidez - como diabetes, Aids, malária e obesidade -, sendo responsáveis por 28% das mortes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 2014, as causas de morte materna estão dispostas da seguinte forma:

Gráfico 3 - Causas de morte materna.



Fonte: WHO. **Maternal mortality**. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/9NDRbQ>.

Alguns indicadores não dizem respeito somente às ações de assistência à saúde. Em relação aos indicadores “percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados”, e a “proporção de óbitos infantis e fetais investigados” é necessário o desenvolvimento de ações voltadas ao monitoramento de óbitos maternos e infantis, articuladas com os Comitês de Mortalidade

Materna e de Prevenção do Óbito Infantil a fim de fortalecer essas ações no âmbito das equipes de Atenção Básica e possibilitar a melhoria na redução das taxas de mortalidade (CAVALCANTI et al., 2013).

Em relação à incidência da sífilis congênita, as ações de prevenção e controle estão intimamente relacionadas à assistência, ao pré-natal e ao parto. O diagnóstico da sífilis no pré-natal possibilita o tratamento da gestante e de seu parceiro sexual em momento oportuno para evitar, em 100% dos casos, a transmissão da doença para o concepto. Por ser uma doença com diagnóstico e tratamento de custo baixo, o acesso a esses recursos deve estar disponível de forma fácil e ampla (TEIXEIRA et al., 2012).

A morbimortalidade, por contemplar fatores diversos e complexos que dificultam sua redução, constitui um grande desafio. O Brasil necessita melhorar a qualidade do pré-natal e das ações de educação em saúde, permitir o acesso, no pré-natal, aos exames necessários, favorecer o conhecimento prévio da gestante do local do parto, fortalecer o atendimento à mulher e à criança no puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento da criança (CAVALCANTI et al., 2013; BRASIL, 2011a).

3 A NECESSIDADE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE

A efetividade, eficiência, eficácia e a sustentabilidade das ações da Rede Cegonha só poderão ter sucesso a partir da estruturação de um modelo organizacional que objetive melhorar as condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população. Garantindo a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de

determinado território, na qualidade certa e com custo certo e com a responsabilização pelos resultados sanitários referentes a esta população (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha, nos termos do art. 6º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, organiza-se a partir de quatro componentes, quais sejam:



Pré-natal:

Inicialmente, no pré-natal há a captação precoce das gestantes, o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, a consulta integrada, os exames pré-natais, os programas educativos, a vinculação da gestante ao local de parto e a implantação da consulta odontológica (BRASIL, 2012).

Após a captação da gestante, é de suma importância a continuidade do serviço de atendimento. O Ministério da Saúde preconiza que sejam feitas seis consultas de pré-natal. Para a execução, as equipes de Atenção Básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isso

possibilitará que a mulher procure a unidade básica de saúde (UBS) e realize o teste rápido de gravidez, o que confirmará a suspeita e garantirá o início do pré-natal o mais precoce possível (BRASIL, 2000a).

Parto e nascimento:

As ações relacionadas ao parto e ao nascimento correspondem à presença de acompanhante, visita hospitalar da equipe de saúde, centro de parto normal e agendamento da consulta puerperal. A Rede Cegonha priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Puerpério e atenção integral à saúde da criança:

Em relação ao puerpério, encontram-se as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e consulta puerperal entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Quanto à atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses, prevê visitas domiciliares na primeira semana pós-parto, busca ativa de crianças vulneráveis, apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção do crescimento e desenvolvimento, acompanhamento do calendário vacinal e informação para prevenção de hábitos bucais deletérios (BRASIL, 2012).

Sistema logístico:

Transporte sanitário e regulação visam garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade. A gestante, no

atendimento, passará pela classificação de risco. Podendo ser atendida na própria unidade, ou referenciada para outra unidade, por meio da central de regulação. Quem acolhe será responsável pela gestante, até a garantia de seu atendimento em outra unidade (BRASIL, 2012).

O transporte inter-maternidades será feito pelo Samu. Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o RN, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade. Aqui também, o transporte inter-unidades será feito pelo Samu. O transporte sanitário é reservado para os casos que não apresentam risco e não é de responsabilidade da Central de Regulação Médica das Urgências (CARNEIRO, 2013).

Importante destacar que a Rede Cegonha será implantada em regiões com características diferenciadas, por isso é fundamental que o Comitê Gestor elabore um relatório para o conhecimento desses fatores, que englobam questões políticas, situações epidemiológicas, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados, de acordo com a Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c).

4 OBJETIVOS E DIRETRIZES DA REDE CEGONHA

A Rede Cegonha objetiva, nos termos do artigo 3º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011:

- I. fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses;
- II. organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III. reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Estes objetivos estão sendo alcançados, uma vez que a rede reorganiza e qualifica os serviços de atenção primária, secundária e terciária existentes; induz a adequação e aprimoramento dos sistemas logísticos, operacionais e de informações já implantados; melhora o financiamento; oferece formação e qualificação para os profissionais da saúde na lógica do cuidado da Rede e provoca a revisão da forma que se dá o cuidado ao parto e nascimento no Brasil.

A Rede Cegonha foi estruturada objetivando superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças e tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011a). A Rede Cegonha deve ser organizada a partir das seguintes diretrizes:

- I. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV. garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e
- V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

Por meio dessas diretrizes, a Rede Cegonha propõe a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro tanto para o pré-natal quanto para o parto, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher

no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (GNDH, 2012).

Em relação às ações de planejamento reprodutivo, é de fundamental importância que sejam intensificadas, pois de acordo com a Pesquisa de Demografia e Saúde, do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, 46% não foram planejados, sendo que 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados (BRASIL, 2009). Isso demonstra a necessidade de melhorar as ações de educação em saúde com estratégias diferenciadas para o público adolescente, formação de grupos e valorização da paternidade, além de acesso aos métodos anticoncepcionais para que mulheres e homens tenham filhos no momento que desejarem.

5 COMO IMPLANTAR E MONITORAR A REDE CEGONHA NO ÂMBITO REGIONAL

A Rede Cegonha deve ser implementada de forma gradativa em todo Brasil, levando em consideração a taxa de mortalidade infantil, razão da mortalidade materna e a densidade populacional (BRASIL, 2011a).

Inicialmente a Rede se dispunha a cobrir a população das regiões da Amazônia Legal e Nordeste, mas a proposta foi revista e universalizada, oferecendo cobertura para todo o território nacional. Assim, ao mesmo tempo em que há um avanço no acesso às ações da Rede Cegonha, ampliam-se também as variantes iniciais, tornando os processos de planejamento, implantação, financiamento, monitoramento e avaliação ainda mais complexos (BRASIL, 2011a). A Rede Cegonha é uma proposta do governo

federal, mas caberá aos Estados e Municípios a sua aplicação. Há três modalidades de adesão (PORTAL DA SAÚDE, 2012):

- Adesão regional - para o Distrito Federal e o conjunto de municípios da região de saúde priorizada na CIB, conforme critérios da Portaria GM/MS nº 2.351/2011. Referente à adesão aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, prevê duas possibilidades:
- Adesão facilitada - para os municípios que NÃO pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que NÃO aderiram ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);
- Adesão integrada - para os municípios com adesão ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que estão previstos ou não na adesão regional.

A Rede Cegonha se apresenta como uma possibilidade para avançar e melhorar a atenção integral à saúde dessa população, em específico as questões relacionadas aos aspectos éticos e legais, principalmente em relação à prescrição de métodos anticoncepcionais e ao desenvolvimento de ações educativas que motivem o vínculo desta população às unidades de saúde e o direito ao parto humanizado (BRASIL, 2011a).

Inicialmente, para a implementação da Rede Cegonha no Estado, são necessários: adesão do Estado, em parceria com os Municípios, à Rede Cegonha; a definição da(s) Região(ões) de Saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha no Estado; e a instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. O Grupo Condutor do Estado será responsável por:

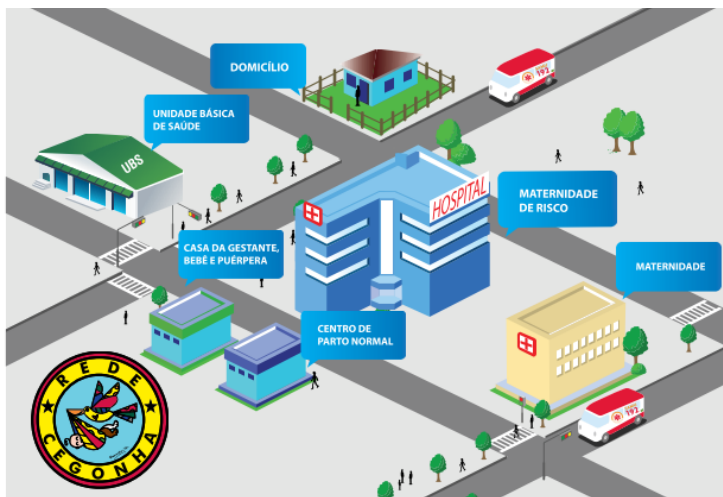
1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase e;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011a).

Posteriormente, deverá ser apresentado pela Comissão Intergestora Regional o Desenho Regional da Rede Cegonha que permitirá uma visão sobre a situação de saúde da mulher e da criança, incluindo dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros (BRASIL, 2011a).

Depois de elaborado o Desenho Regional deverá ser criado um Plano de Ação Regional com a definição das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede. Da mesma forma deverá ser elaborado o Desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal (BRASIL, 2011a).

Em seguida será a fase de contratualização dos pontos de atenção da Rede pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município, com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com os pontos de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, que serão objeto de monitoramento e avaliação periódica pelo Grupo Condutor Municipal e Estadual da Rede Cegonha. O Ministério da Saúde avaliará os resultados alcançados semestralmente para a manutenção do repasse financeiro ou repactuação das ações e metas (BRASIL, 2011a).

Figura 1 - Pontos de atenção da Rede Cegonha no território.



Fonte: DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. 2013. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: < <http://goo.gl/IW3c7x>. >

A implementação das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede será acompanhada pelos Grupos Condutores Estadual e Municipais da Rede Cegonha, com monitoramento periódico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) farão, em conjunto, a conferência do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, que é a fase de certificação concedida ao gestor do SUS. (BRASIL, 2011a).

Após a certificação da Rede Cegonha, o Município fará jus ao incentivo anual por gestantes captadas no ano, de acordo com o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SisPreNatal, mediante repasse fundo a fundo. Para tanto, é preciso que as informações pertinentes

constem na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) da unidade que cadastra a gestante, para o mês de competência. Os retornos da gestante à unidade para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal, devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário da Gestante e digitados no SisPreNatal, devendo a ESF garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos, e a devida alimentação de dados no sistema de registro do pré-natal (BRASIL, 2000b).

De acordo com o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 569/GM de 2000, o município deve realizar o cadastramento precoce das gestantes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN utilizando o SisPreNatal. As informações das 'fichas de cadastramento da gestante' e das 'fichas de registro diário dos atendimentos das gestantes' são as fontes de entradas de dados que devem ser digitadas. A cada mês, o SisPreNatal deve gerar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (BRASIL, 2000b).

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datusus), que possui informações sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal), de uso obrigatório nas unidades de saúde, o que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante cadastrada (CARDOSO, 2007).

O SisPreNatal web foi elaborado a fim de qualificar o Sistema da Gestão da Informação. Foi desenvolvido, homologado e testado em projetos pilotos em 2011, e em março de 2012 foi disponibilizado nacionalmente. É um sistema on-line que permite cadastrar a

gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco (CARDOSO, 2007).

O sistema de informação da Rede Cegonha conta com o Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas - Sispart, o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SisPreNatal web e os demais sistemas do SUS, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - Sinasc, Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informação de Atenção Básica - Siab e outros (BRASIL, 2011a).

O Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas (Sispart) foi criado com o intuito de dar celeridade ao processo de construção dos componentes e interfaces para compor as RAS. Composto pelos módulos de cadastro, Plano de Ação e Monitoramento. Este sistema tem por objetivo:

- Favorecer o desenho da programação físico-financeira das ações a serem desenvolvidas na implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde;
- Reduzir o tempo de liberação de recursos financeiros;
- Proporcionar ações de monitoramento e avaliação mais eficientes, por parte dos gestores, acerca das metas e indicadores pactuados na implementação das Redes;
- Registrar a inclusão das ações a serem desenvolvidas na implementação das Redes na Programação Geral das Ações de Saúde (BRASIL, 2012b).

Figura 2 - Fases operacionais da Rede Cegonha.

- 1 ADESÃO E DIAGNÓSTICO**
Produtos: ata de homologação na CIB.
- 2 DESENHO REGIONAL**
Produtos: Desenho Regional da Rede Cegonha; o Plano de Ação Regional; e o Fórum Regional Rede Cegonha.
- 3 CONTRATUALIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO**
Produtos: Desenho da Rede Cegonha no âmbito Municipal elaborado; processo de contratualização iniciado e em implementação.

4 QUALIFICAÇÃO DOS COMPONENTES
Produtos: verificação periódica do cumprimento das ações e metas pactuadas nos Planos de Ação Regional e Municipais por componentes; e repasse de incentivo para os Municípios que qualificarem o componente pré-natal da Rede Cegonha.

5 CERTIFICAÇÃO
Produtos: certificação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde.

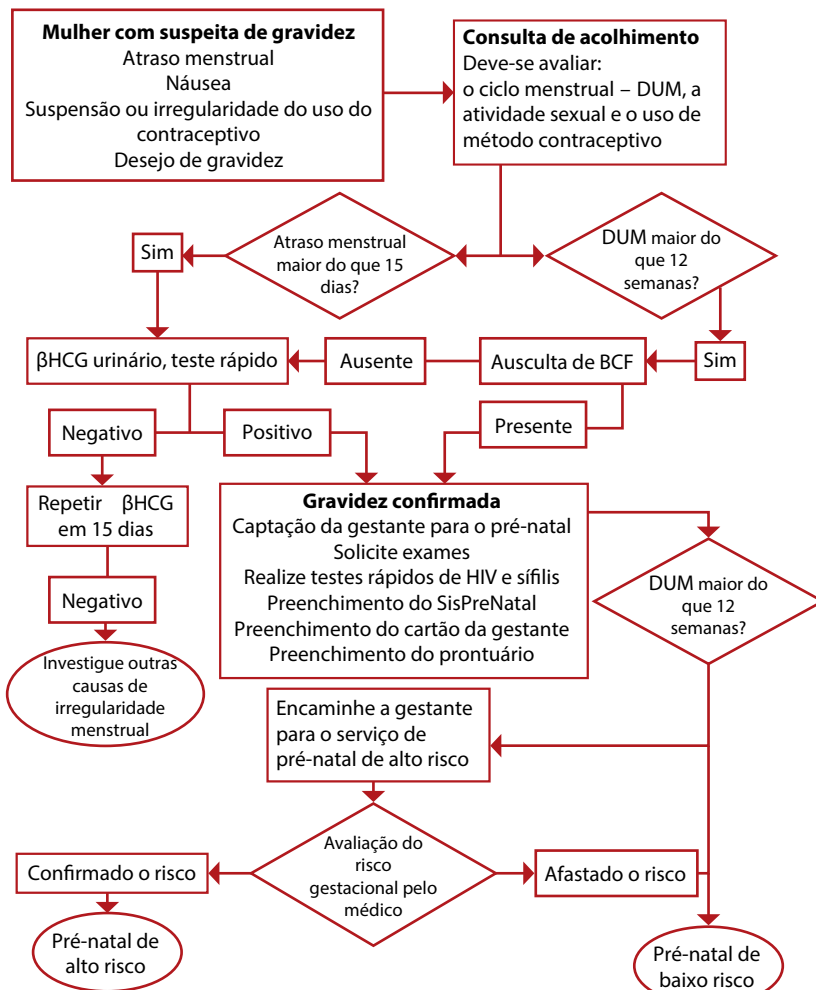
6 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E DE ALTO RISCO

Uma vez iniciado o pré-natal de risco habitual na Unidade Básica de Saúde - UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco, quando deverá ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado. No entanto, a equipe de Atenção Básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar cuidado integral à gestante e sua família. Nesse momento, é fundamental realizar prevenção, tratamento e aconselhamento das DST/Aids (BRASIL, 2012a).

Qualquer intercorrência que motive a gestante a procurar uma UBS deve ser valorizada e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha orienta a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos, conforme observado a seguir:

Figura 3 - Fluxograma de pré-natal.



Garanta o atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco. Mantenha acompanhamento da equipe da área de abrangência. Monitore os retornos no ambulatório de alto risco. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário. Identifique o hospital de referência de alto risco para o parto. Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto.

Atendimento pela equipe da área de abrangência. É ideal que haja consultas alternadas com médico enfermeiro. Inclua o companheiro da gestante nas consultas. Monitore os retornos. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e pela equipe, se necessário. Identifique o hospital de emergência de baixo risco para o parto. Agende consulta de puerpério (para a mãe e o RN) para a primeira semana pós-parto.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://goo.gl/nPO3BH>.

Complementarmente, para que seja propiciada a mudança da lógica do cuidado e consequente desospitalização e desmedicalização do parto e atendimento mais sensível e humanizado, o MS tem realizado um investimento significativo em educação permanente dos profissionais de saúde, por meio de ações de (BRASIL, 2011b):

- Educação, capacitação e gestão do trabalho em parceria com o Ministério da Educação para promover a formação e a fixação de profissionais;
- Aumento da oferta de residências e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança;
- Capacitação em boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Cadastramento das parteiras tradicionais e vinculação com as Unidades Básicas de Saúde;
- Ampliação da formação de enfermeiras obstetras;
- Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade e Núcleos Hospitalares de Vigilância: fortalecimento da vigilância do óbito materno, infantil e fetal; e
- Produção de materiais educativos e institucionais.

A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à Atenção Básica, a qual cabe à coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres (BRASIL, 2013).

Deverá ocorrer a informação prévia à gestante da maternidade que fará o atendimento, de forma a evitar a peregrinação na hora do parto (BRASIL, 2011b).

São atribuições da Atenção Básica no pré-natal de alto risco, conforme art. 7º da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013:

- I. captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes;
- II. estratificação de risco;
- III. visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita;
- IV. acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação;
- V. acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais;
- VI. vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco;

- VII. coordenação e continuidade do cuidado; e
- VIII. acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco.

O pré-natal de alto risco poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e nos ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade (BRASIL, 2013). Esses estabelecimentos deverão:

- I. acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;
- II. elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;
- III. garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas;
- IV. realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;
- V. garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;
- VI. garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;
- VII. manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;
- VIII. assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e
- IX. alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013).

6.1 Assistência odontológica à gestante

Segundo o levantamento epidemiológico SB BRASIL 2010, 18,1% da população brasileira nunca havia realizado uma consulta odontológica na vida e 58,1% dos usuários que afirmaram já ter realizado uma consulta, a fizeram no serviço público. Isso

demonstra a necessidade de uma articulação dos serviços prestados pelo SUS nesse setor (BRASIL, 2010b).

Durante a gestação, a busca por serviços é afetada por fatores como baixa percepção de necessidade, ansiedade, medo, custos e dificuldade de acesso. Porém, algumas infecções odontológicas podem aumentar a chance de nascimentos prematuros, e essa informação é de extrema relevância quando se busca a melhoria desses indicadores (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

Nascimento prematuro e de crianças com baixo peso são considerados os principais problemas perinatais com grande importância na saúde pública, já que a incidência destes não reduz significativamente. Infecções bacterianas intrauterinas e urogenitais da mãe são reconhecidas como fatores de risco e infecções distantes, como as periodontais, também podem resultar nestas complicações perinatais.

A doença periodontal é a segunda patologia mais prevalente no mundo e pode acometer cerca de 30% a 100% de pacientes do gênero feminino durante a gestação. Tanto na instalação quanto na progressão da doença periodontal um conjunto de eventos imunopatológicos e inflamatórios está envolvido, associado a fatores modificadores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos (NAVES et al., 2009).

A presença de células inflamatórias durante a inflamação periodontal eleva os níveis de prostaglandina, enzimas proteolíticas e citocinas pró-inflamatórias, e essas substâncias podem funcionar como importantes indicadores de risco para o nascimento prematuro e de crianças com baixo peso, já que induzem a liberação de proteases (colagenase, elastase e outras)

e de macrófagos que têm a capacidade de atravessar a membrana fetal humana, conduzindo assim a sua ruptura.

Sugere-se, portanto, que a periodontite tem potencial de influenciar o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, por meio de um mecanismo indireto, envolvendo mediadores inflamatórios, ou por meio de um ataque bacteriano direto ao âmnio.

Além disso, estudos mostram que mães com saúde gengival satisfatória apresentam menor risco de parto prematuro e bebês de baixo peso, e que gestantes submetidas a intervenções periodontais durante a gestação apresentaram menores taxas de bebês prematuros e com baixo peso ao nascer, em comparação às que não receberam tratamento (EBRAHIM et al., 2014).

Diante disso, é importante que a assistência odontológica seja incluída na implantação da Rede Cegonha. Assim a gestão ficará mais próxima de garantir acesso integral a essas usuárias.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Cegonha é, atualmente, o programa mais completo já criado pelo governo federal. Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrangem estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até 2 anos de idade. Avigora-se, aqui, a assistência ao parto humanizado e a capacitação de profissionais para executarem suas funções de forma humanizada e eficiente (CASSIANO et al., 2014).

O processo de implantação dessa rede requer ações articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e comunidade, pois assim as probabilidades de sucesso dessas ações serão maiores.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, maio/jun. 2004. Disponível em: <http://goo.gl/no3ysT>. Acesso em: 19 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 570, de 1º de junho de 2000a. Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2000a. Disponível em: < <http://goo.gl/EOAYmi> >. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. _____. Portaria n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000b. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000b. Disponível em: < <http://goo.gl/zr956y> >. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. _____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <HTTP://GOO.GL/Z4WRIL>. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. _____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAI> >. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. _____. Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilita o dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb  e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/YxfZZw>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

____. _____. Portaria n  1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobiliza o Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção   Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: < <http://goo.gl/eZFYux>. Acesso em: 19 jan. 2015.

____. _____. Secretaria de Atenção   Saúde. **Pacto pela redu o da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 184 p. (Série ODM Saúde Brasil, v. III) (Série B. Textos Básicos em Saúde).

____. _____. _____. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 92 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

____. _____. _____. **Manual prático para implementa o da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

____. _____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n  32). Disponível em: <http://goo.gl/8HTOMS>. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. _____. _____. **Nota Técnica Conjunta/2012**. 2012b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_conjunta_dab_e_dapes_redecegonha.pdf. Acesso em: 19 jan. 2015.

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011:** uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

CARDOSO, R. S. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:** avaliando e construindo para avançar. 2007. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. O modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CGIAE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: < <http://goo.gl/qR1OpR>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. 2013. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: < <http://goo.gl/XyExL0>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

EBRAHIM, Z. F. et al. Tratamento odontológico em gestantes. **Science in Health**, v. 5, n. 1, p. 32-44, jan./abr. 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/dW7Enh>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

GNDH. **Roteiro para atuação ministerial:** atenção perinatal. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/S1zBIS>. Acesso em: 16 jan. 2015.

KASSAR, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2013.

LIMA, E. F. A. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 4, p. 578-585, 2012.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, 2012.

MOMBELLI, M. A. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em municípios do Estado do Paraná, de 1997 a 2008. **Rev. Paul. Pediatr**, v. 30, n. 2, p.187-194, 2012.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012.

NAVES, R. C. et al. Doença periodontal em mães com parto prematuro/ recém-nascidos com baixo peso: estudo piloto. **Innov Implant J Biomater Esthet**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 40-45, set/ dez. 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/Om5aUM>. Acesso em: 19 jan. 2015.

PORTAL ODM. **Maranhão:** melhorar a saúde das gestantes. 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/SXKf2L>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

____. **Maranhão:** reduzir a mortalidade infantil. 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/le2TFe>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SANTOS, H. G. et al. Risk factors for infant mortality in a municipality in southern Brazil: a comparison of two cohorts using hierarchical analysis. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 10, p. 1915-1926, 2012.

SAY, Lale et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**, v. 2, p. e323-333, jun. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/S6dO8D>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SILVA, C. M. C. D. et al. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. **Cad Saúde Publica**, v. 29, n. 3, p. 547-556, 2013.

TEIXEIRA, J. M. C. et al. **Plano estadual 2012-2015**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 200 p.

WHO. **Maternal mortality**. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/jostt4>. Acesso em: 19 jan. 2015.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

____. ____ **Instrutivo para adesão facilitada à rede cegonha - SISPART**. 2013. v. 1. Disponível em: <<http://goo.gl/GNCDNQ>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

____. ____ **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

____. ____ **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1983.

____. _____. **Enfermeiros obstetras serão capacitados para assistência às mães e bebês.** 2012.

____. _____. **II Reunião do comitê de mobilização social da rede cegonha.** 2012.

____. _____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

____. _____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 2005.

____. _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 2010.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:** 70 anos de história. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

____. _____. _____. **Pacto para a redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

____. _____. _____. **Mais de R\$ 92,9 milhões da rede cegonha para quatro estados.** 2012. Disponível em: <http://goo.gl/07WJ3M>. Acesso em: 20 nov. 2014.

____. _____. _____. **Presidenta Dilma lança Rede Cegonha, com investimentos de R\$ 9,4 bilhões para atendimento a mães e bebês.** 2011.

____. _____. Secretaria Nacional de Saúde. **Programa nacional de saúde materno infantil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave:** estratégia de monitoramento e avaliação. Montevidéu: CLAP, SMR, 2012. (Publicação Científica; 1593).

ONU. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Brasil reduz em 43% a mortalidade materna, diz OMS.** 2014. Disponível em: <http://goo.gl/iW3BMz>. Acesso em: 19 jan. 2014.