

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede Cegonha

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A Rede Cegonha

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A Rede Cegonha**

São Luís
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.ª Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof.ª Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos

Prof.ª Dra. Michele Goulart Massuchin

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa

Prof.ª Dra. Francisca das Chagas Silva Lima

Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire

Prof.ª Dra. Maria Mary Ferreira

Prof.ª Dra. Raquel Gomes Noronha

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão pedagógica

Isabelle Aguiar Prado

Stephanie Matos Silva

Projeto de design

Camila Santos de Castro e Lima; Isabelle Aguiar Prado; João Gabriel Bezerra de Paiva; Katherine Marjorie Mendonça de Assis; Luis Gustavo Sodré Sousa; Paola Trindade Garcia; Stephanie Matos Silva

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva - CRB 13ª Região, nº de registro - 453

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques. - São Luís, 2016.

64f.: il.

ISBN: 978-85-7862-584-9

1. Gestão. 2. Atenção primária à saúde. 3. Humanização da assistência. 4. Políticas públicas de saúde. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Araújo, Francisca Luzia Soares Macieira de. II. Pacheco, Marcos Antônio Barbosa. III. Garcia, Paola Trindade. IV. Reis, Regimarina Soares. V. Título.

CDU 612.63.02: 614.2

INFORMAÇÕES SOBRE A AUTORA

Consuelo Penha Castro Marques

Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestra em Ciências da Saúde pela UFMA (2010). Especialista em Ciências da Saúde pela UFMA (2000). Especialista em Periodontia pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) (2011). Graduação em Odontologia pela UFMA (1998). Licenciatura plena pelo Curso Especial de Formação Pedagógica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com habilitação em Sociologia, Biologia e Química (2004). Curso de Formação de Tutores pela Universidade Estadual do Maranhão UEMA (2009). Tem experiência na área de Ciências da Saúde e Odontologia, e Educação a Distância.

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	13
2	A REDE CEGONHA: HISTÓRICO E CONCEITOS	15
3	INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL	19
3.1	Análise de indicadores-chave para implementação da Rede Cegonha	26
4	A NECESSIDADE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE	31
5	OBJETIVOS E DIRETRIZES DA REDE CEGONHA	37
6	COMO IMPLANTAR E MONITORAR A REDE CEGONHA NO ÂMBITO REGIONAL	41
7	PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO E DE ALTO RISCO	47
	REFERÊNCIAS	59

PREFÁCIO

Dados do Ministério da Saúde (2015) indicam a população geral do Brasil em 193.976.530 milhões de habitantes, considerando que 2% da população geral correspondem ao número de gestantes esperado por ano, temos um cenário médio de 3.879.530 milhões de gestantes no ano dado como referência. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013), aponta que 71,1% da população usaram estabelecimentos públicos de saúde para algum tipo de atendimento. Desse total, 47,9% apontaram as unidades básicas de saúde como principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2015, tínhamos 39.687 equipes de Saúde da Família no Brasil (MS, 2016). Este dado nos mostra que temos uma boa cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. Porém teremos desafios enormes, como a qualificação do pré-natal na ESF, a garantia das sete consultas e dos exames básicos necessários durante a gestação. Apesar da boa cobertura de Estratégia Saúde da Família, ainda temos estados da federação com vazios assistenciais gigantescos e altas taxas de mortalidade materna e infantil. A vinculação da gestante a uma maternidade, a garantia do parto seguro e da assistência no puerpério são importantes metas a serem atingidas pelas políticas de saúde pública.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. O foco dessa iniciativa volta-se para promover a implementação de um 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; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo o acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha é uma estratégia que visa assegurar a efetividade da rede de cuidados materno e infantil, no intuito de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; assim como às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Convido-os, portanto, à leitura deste livro, que traz uma contribuição relevante tanto do ponto de vista teórico como prático, do conceito e operacionalização da Rede Cegonha, os elementos que a constitui, a necessidade de organização e o monitoramento em âmbito regional.

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes
Especialista em Gestão, Educação e Saúde/UFRN

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta obra é analisar o contexto de organização e funcionamento da Rede Cegonha, a qual é uma estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Ementa: indicadores locorregionais 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 baixo e de alto risco.

2 A REDE CEGONHA: HISTÓRICO E CONCEITOS

A Rede Cegonha é uma rede temática instituída em 2011 como estratégia inovadora do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

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).

Vamos reforçar quais os componentes da Rede Cegonha:

Figura 1 - Componentes da Rede Cegonha.



Fonte: Adaptado de: MARQUES, C.P.C. **Rede cegonha**. São Luís: UNA-SUS, 2015. Disponível em: <<http://repocursos.unasus.ufma.br/pmm2/trilha1/curs...>>.

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

Quadro 1 - Ações de atenção à saúde.

A concessão do teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez.
A orientação e oferta de métodos contraceptivos.
Fomentar o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais.
Assegurar o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto.
Qualificar os profissionais de saúde.
Criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado.
Oferecer o Samu Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte e emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno.

Fonte: Adaptado de: 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. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo_oa?id=180126429001.

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.

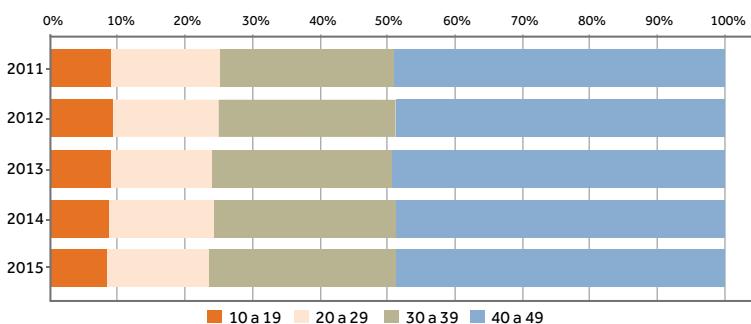
Objetivando vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, é que o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde-materno infantil (CASSIANO et al., 2014).

3 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

Os indicadores 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 país? Vamos analisar alguns:

Gráfico 1 - Proporção de mortes maternas por faixa etária de janeiro a novembro de 2015. Brasil.

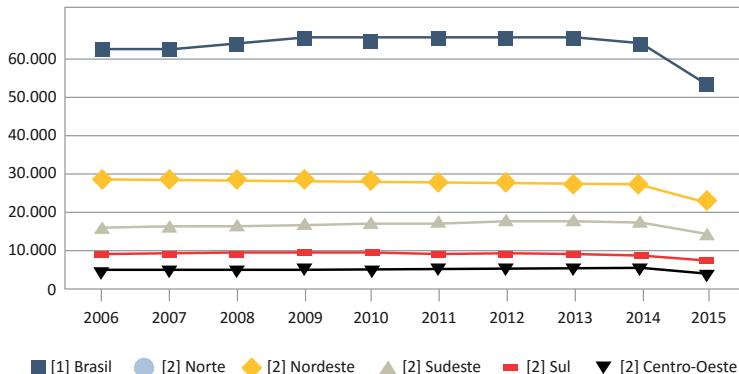


Fonte: Adaptado de: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CGIAE.

Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>.

O gráfico acima mostra a mortalidade materna por faixa etária, podendo-se perceber que até o mês de dezembro de 2015 a maior proporção de mortes maternas ocorreu na faixa etária acima de 40 anos.

Gráfico 2 - Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no ano selecionado e últimos nove anos precedentes - Brasil.



Fonte: Adaptado de: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CGIAE.

Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>.

O gráfico 2 traz informações em números absolutos por meio dos quais podemos comparar as regiões do país.

A região Sudeste apresenta maior mortalidade materna; a região Centro-Oeste, a menor. Você conhece alguma explicação para esse cenário? Vejamos alguns fatores que influenciam na mortalidade materna:

De acordo com um estudo publicado na revista *Lancet* por Say et al (2014), cerca de 73% de todas as mortes maternas entre 2003 e 2009 foram por causas obstétricas diretas, enquanto os óbitos por causas indiretas representaram 27,5% de todas

as mortes. Entre as causas obstétricas diretas, as hemorragias representaram 27,1%; doença hipertensiva, 14%; e sepses, 10,7% das mortes maternas. Do restante, 7,9% foram em razão de abortos; 3,2%, a embolias; e os outros 9,6% a causas diretas da morte.

O estudo também aponta que estimativas regionais variaram substancialmente, mas de um quarto das mortes foram atribuídas a causas indiretas. Nesse contexto, deve-se propor a priorização das políticas de saúde, programas e financiamento para reduzir a mortalidade materna em níveis regional e global, além da melhoria tanto da disponibilidade quanto da qualidade dos dados relativos à mortalidade materna.



REFLETINDO!

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 com idade acima de 40 anos morrem mais? Entre os anos de 2006 a 2015 não observamos grandes diferenças na notificação de óbitos maternos, e as curvas que representam as regiões parecem ter uma tendência estável, a que podemos atribuir esses fatores? Entre 2014 e 2015 já houve uma queda nas notificações em todas as regiões do país, será que isso já é um impacto da instituição da Rede Cegonha?

Para a implantação da Rede Cegonha há a necessidade de um conhecimento da situação de saúde local, bem como a análise e apresentação das informações que a compõem. Desse modo, é proposto na Portaria GM/MS nº 1.459/2011 a construção de uma **matriz diagnóstica** que é composta por quatro grupos de indicadores (BRASIL, 2011a):

Quadro 2 - 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
<p>Incidência de sífilis congênita (indicador 7 do Pacto pela Vida);</p> <p>Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);</p> <p>Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município;</p> <p>Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas);</p> <p>% de óbitos infantis-fetais investigados;</p> <p>% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados.</p>	<p>Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal;</p> <p>Cobertura de equipes de Saúde da Família;</p> <p>Tipo de parto: % 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>	<p>Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde;</p> <p>Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido 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>	<p>% de investimento estadual no setor de saúde;</p> <p>PDR atualizado;</p> <p>PPI atualizada;</p> <p>Identificação de centrais de regulação: urgências, de internação e ambulatorial;</p> <p>Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.</p>

Fonte: Adaptado de: 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. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jul. 2011c.

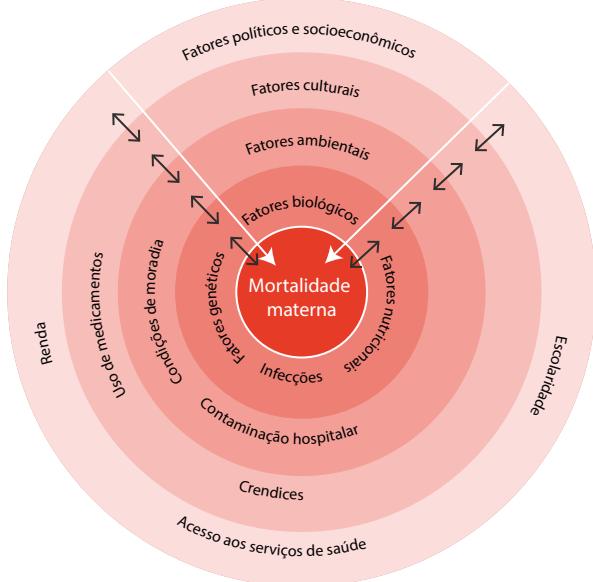
A análise desses indicadores pode aumentar a efetividade das ações da Rede Cegonha em cada região, pois o Brasil apresenta alto grau de heterogeneidade regional em razão das expressivas

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 (OMBELLI et al., 2012; MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

Vejamos um modelo de causalidade para mortalidade materna:

Figura 2 - Modelo de causalidade para mortalidade materna.



Fonte: Elaborada pela autora.

Sabemos que ainda podemos acrescentar outros fatores no modelo de causalidade de mortalidade materna, então que tal construir seu modelo acrescentando outros fatores, usando aspectos que mais se aproximem da sua realidade?

A partir da identificação de fatores associados à 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 morbidimortalidade materna e infantil, o resultado ainda não é satisfatório quando comparado 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, 2010).

O Brasil não alcançou a meta de reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna. Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a razão da mortalidade materna era de 141 por 100 mil

nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. Entre janeiro e setembro de 2011, a mortalidade materna diminui 21%. Ocorreram 1.038 óbitos por complicações na gravidez e no parto, contra 1.317 no mesmo período de 2010. A meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015 (ODM BRASIL, 2014).

Na figura abaixo podemos visualizar o monitoramento dos óbitos de mulheres em idade fértil, bem como os indicativos de alerta para situações de maior gravidade.

Figura 3 - Previsão de óbitos maternos entre 2011 a 2015.

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2011									5.330	5.424	5.228	5.600
2012	5.424	5.160	5.479	5.392	5.496	5.549	5.780	5.385	5.353	5.514	5.182	5.632
2013	5.734	5.047	5.552	5.453	5.760	5.549	5.687	5.466	5.270	5.178	5.062	5.346
2014	5.533	4.965	5.510	5.199	5.631	5.349	5.236	5.437	5.240	5.342	4.989	5.448
2015	5.575	4.858	5.474	5.230	5.726	5.202	5.300	5.173				

Alertas Crítico Alerta Atenção Estável Bom Melhoria Excelente

Fonte: Adaptado de: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CGIAE. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>.



PARA SABER MAIS!

Acesse os *dashboards* no painel de monitoramento da mortalidade materna, infantil e fetal (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CGIAE. Ministério da Saúde, 2012; 2015).

3.1 Análise de indicadores-chave para implementação da Rede Cegonha

A implementação da Rede Cegonha deve ocorrer de forma gradativa respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011a). Vamos apresentar indicadores de mortalidade úteis para a implantação dessa rede:

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 (TEIXEIRA et al., 2012).

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 essas razões, os óbitos neonatais costumam ter uma queda mais lenta e difícil, mesmo em países desenvolvidos (TEIXEIRA et al., 2012).

A taxa de mortalidade das crianças abaixo de 5 anos apresentou queda de 65% entre 1990 e 2010. O número de óbitos por mil nascidos vivos passou de 53,7 para 19 óbitos. Os indicadores demonstram que tanto as taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos) e infantil (menores de 1 ano) apresentaram forte queda entre 1990 e 2010. A mortalidade infantil está concentrada nos primeiros meses de vida, no período neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) (ODM BRASIL, 2014).

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 accidentais 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 constituem um conjunto de compromissos adotados em 2000 para melhorar o futuro da humanidade.



PARA SABER MAIS!

Veja a situação de cada ODM com relação à meta alcançada. Acesse o portal dos ODM: acompanhamento brasileiro dos objetivos de desenvolvimento do milênio e, em seguida, a aba relatórios dinâmicos (PORTAL ODM, 2016).

A publicação The Millennium Development Goals Report de 2015 aponta que as hemorragias foram as principais causas de morte materna. Essa é a causa de 27% das mortes maternas em países em desenvolvimento e 16% das mortes em países desenvolvidos. Outras causas incluem infecções, hipertensão gestacional, complicações durante abortos realizados de forma insegura (PORTAL ODM, 2015).

O relatório aponta que as intervenções de saúde cientificamente comprovadas podem prevenir essas complicações, além de cuidados durante a gestação e parto. Uma estratégia chave para a redução da morbimortalidade materna é garantir que cada nascimento ocorra com assistência de saúde realizada por pessoal qualificado (médicos, enfermeiros, parteiras). O progresso no aumento da proporção de nascimentos com atendimento qualificado tem sido modesto ao longo do prazo

dos ODM, refletindo a falta de acesso universal aos cuidados (PORTAL ODM, 2015).

Alguns indicadores não dizem respeito somente às ações de assistência à saúde.

Indicadores como: **percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados** e a **proporção de óbitos infantis e fetais investigados** evidenciam a necessidade do 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).

Outro grupo de indicadores importantes a serem analisados diz respeito às morbidades gestacionais. A incidência da sífilis congênita, por exemplo, está associada a essa doença durante a gestação, e 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 conceito. 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,

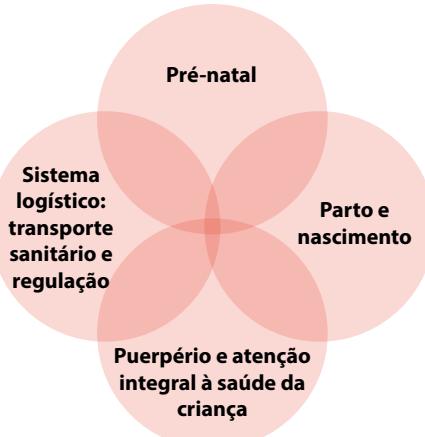
aos exames necessários, favorecer o conhecimento prévio da gestante do local do parto, fortalecer o atendimento à mulher e à criança no puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento da criança (CAVALCANTI et al., 2013; BRASIL, 2011a).

4 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. E, assim, poder garantir a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, na qualidade certa, com custo certo e com a responsabilização pelos resultados sanitários referentes a essa 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:

Figura 4 - Organização da Rede Cegonha.



Fonte: Adaptado de: 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. 2011c.

1 Pré-natal

Inicialmente, no pré-natal (PN) 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).

Domingues et al (2015) consideram um indicador de adequação mínima da assistência pré-natal adequada: início do PN até a 12^a semana gestacional; número adequado de consultas para a idade gestacional no parto (seis consultas); registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal: glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia; e recebimento da orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto.

2 Parto e nascimento

As ações relacionadas ao parto e nascimento correspondem à suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; ambência 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 cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011a).

A Portaria GM/MS nº 11/2015 redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (BRASIL, 2015).

3 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.

No âmbito da organização da Rede Cegonha esse componente prevê: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011a).

4 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).

Nas situações de urgência, promoção 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, cujas ambulâncias de

suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011a). Importante destacar que a Rede Cegonha é implantada com características diferenciadas, adequando-se às necessidades de cada região. 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, 2011b).

5 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 serão 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, da oferta de boas práticas e 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.

6 COMO IMPLANTAR E MONITORAR A REDE CEGONHA NO ÂMBITO REGIONAL

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

Inicialmente, a Rede dispunha-se 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 operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases (BRASIL, 2011a):

- ✓ Adesão e diagnóstico;
- ✓ Desenho Regional da Rede Cegonha;
- ✓ Contratualização dos Pontos de Atenção;
- ✓ Qualificação dos componentes;
- ✓ Certificação.

O início desse processo permeia a **adesão** do Estado que, em parceria com os Municípios, vai definir a região de saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha; e instituir o 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).

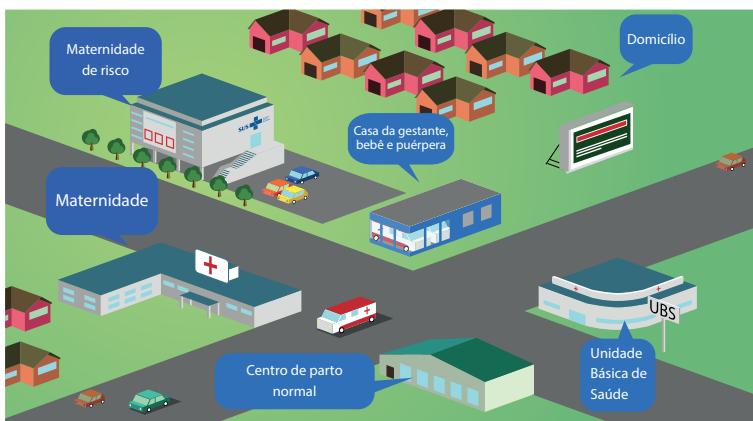
Os Planos de Ação Regionais deverão conter, pelo menos, as seguintes informações:

I - Identificação da Comissão Intergestora Regional
- CIR com Municípios componentes e população;
II - Consolidação da programação da atenção integral à saúde materna e infantil dos Municípios, incluindo as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de acordo com o Anexo II; e
III - A programação da atenção à saúde materna e infantil no que se refere às ações constantes no inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, no que couber (BRASIL, 2011c).

Além do Plano de Ação Regional há o Plano de Ação Municipal, que serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011c).

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). Observe na figura abaixo os pontos de atenção da Rede Cegonha no território.

Figura 5 - Pontos de atenção da Rede Cegonha no território.



Fonte: Adaptado de: DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. 2013. 98f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20Definitiva.pdf?sequence=1>>.

A fase de **qualificação** dos componentes refere-se à realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, bem como o cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais (BRASIL, 2011a).

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).

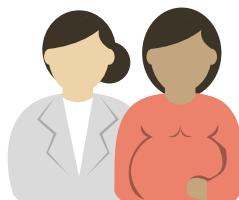
O Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) farão, em conjunto, a conferência do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, que é a fase de certificação concedida ao gestor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

Os sistemas de informação importantes para a avaliação e monitoramento da Rede Cegonha são: o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SisPreNatal Web), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) e outros (BRASIL, 2011a).

7 PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO E DE ALTO RISCO

Uma vez iniciado o pré-natal de baixo risco 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, 2012).

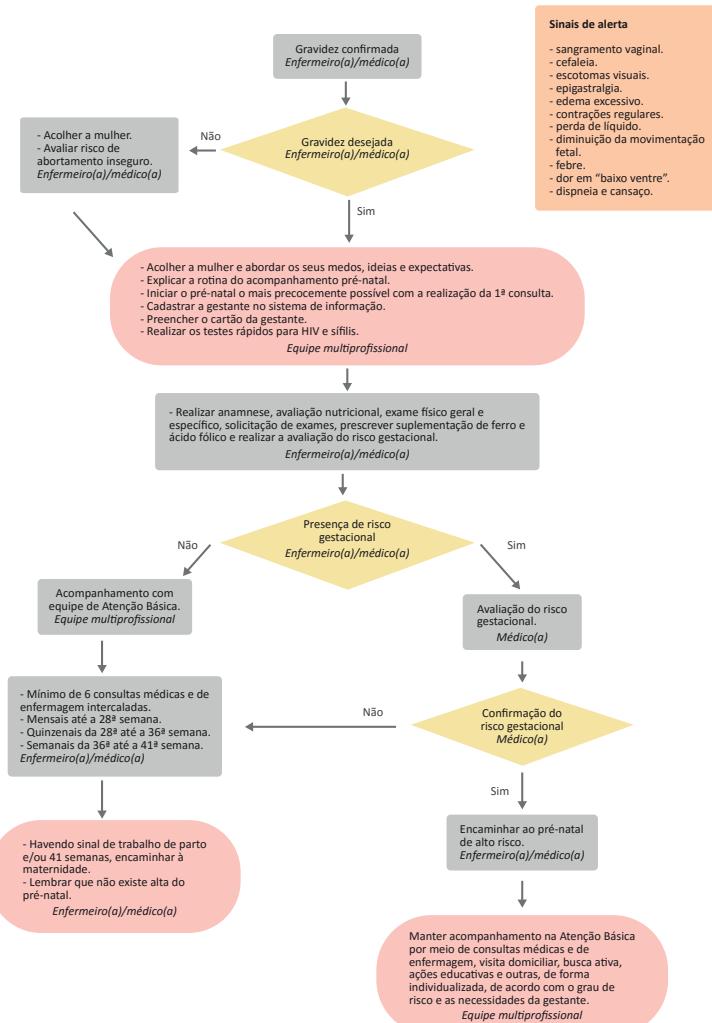


Qualquer intercorrência que motive a gestante a procurar uma UBS deve ser valorizada e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada (BRASIL, 2011a).

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 6 - Fluxograma de pré-natal.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** saúde das mulheres. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, conhecendo seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, **desde que esse seja o desejo da mulher** (BRASIL, 2016).

O quadro abaixo sintetiza o que pode ser avaliado durante o pré-natal:

Quadro 3 - Entrevista.

Entrevista	Quando avaliar	O que avaliar	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e vômitos; • Obstipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Salivação excessiva; • Pirose; • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tontura; • Dor mamária; • Dor lombar; • Alterações no padrão de sono; • Dor e edema de membros inferiores; • Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação desejada e/ou planejada; • Métodos contraceptivos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de companheiro; • Rede social utilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; • História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de moradia; • Tipo de saneamento; • Grau de esforço físico; • Renda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse e jornada de trabalho; • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); • Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família).
Atividade física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento para trabalho ou curso; • Lazer.
História nutricional	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de desnutrição, sobre peso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e altura antes da gestação; • Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)			<ul style="list-style-type: none"> • Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

Entrevista	Quando avaliar	O que avaliar	
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Diabete, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemias ou óbito neonatal e pós-neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformações congênitas; • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; • Mola hidatiforme, gravidez anembriônica ou ovo cego; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • História de útero bicornio, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral. 	
Saúde bucal	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; • Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-eclâmpsia; • Hipertensão; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/Aids.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

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 Ministério da Saúde tem realizado um investimento significativo em educação permanente dos profissionais de saúde, por meio de ações de (BRASIL, 2011d):

- ✓ 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;
- ✓ 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 sobre a maternidade que fará o atendimento à gestante, de forma a evitar a peregrinação na hora do parto (BRASIL, 2011d).

No quadro abaixo são sistematizados os fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de baixo risco, os

fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco e os sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

Quadro 4 - Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica.

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	
FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 15 e maior que 35 anos. • Ocupação; esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse. • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente. • Situação conjugal insegura. • Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular). • Condições ambientais desfavoráveis. • Altura menor do que 1,45 m. • IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. 	
<p>Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.</p>	
FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado. • Macrossomia fetal. • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas. • Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos. • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos). • Cirurgia uterina anterior. • Três ou mais cesarianas. 	
FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Ganho ponderal inadequado. • Infecção urinária. • Anemia. 	

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- TBC.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
- Esterilidade/infertilidade.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III.
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BI-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
- Anemia grave ou não responde a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicosocial.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110).
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação do colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).
- IG a partir de 41 semanas confirmadas.
- Hipertermia ($\text{tax} \geq 37,8 \text{ }^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/ictericia.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Restrição de crescimento intrauterino.
- Oligodrâmnio.
- Óbito fetal.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção**

Básica: saúde das mulheres. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.

São atribuições da Atenção Básica no pré-natal de alto risco, conforme art. 7º da Portaria GM/MS 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 (BRASIL, 2013).

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).

**PARA SABER MAIS!**

Você pode obter mais informações sobre os protocolos assistenciais para o pré-natal no texto intitulado “Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres”, publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde.

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, dessa forma as probabilidades de sucesso dessas ações serão maiores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. _____. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 16 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html. Acesso em: 19 jan. 2015.

_____. _____. 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. 2011c.

_____. _____. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 19 jan. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.184 p. (Série ODM Saúde Brasil, v. III) (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. _____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 16 jan. 2015.

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, jan./mar. 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180126429001>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

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. Disponível em: < <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

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. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

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://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 jan. 2015.

DOMINGUES, R.M.S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, 2015.

GNDH. **Roteiro para atuação ministerial**: atenção perinatal. 2012. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/acoesinterativas/roteiro_de_atuacao_atencao_perinatal_2012.pdf>. 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. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/20337/3249145_109700.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2016.

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, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a05v65n4.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

MARQUES, C.P.C. **Rede cegonha**. São Luís: UNA-SUS, 2015. Disponível em: <http://repocursos.unasus.ufma.br/pmm2/trilha1/curso_2/creditos.html>. Acesso em: 9 ago. 2016.

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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/16.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

ODM BRASIL. **O Brasil e os ODM.** 2014. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Rede Cegonha.** Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 19 jan. 2015.

PORTAL ODM. **Relatório dos objetivos de desenvolvimento do milênio 2015.** 2015. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/publicacoes>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. **Publicações.** 2016. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/publicacoes>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

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://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70227-X.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2016.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. CGIAE. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

_____. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.** Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 16 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 Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 547-556, mar. 2013. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n3/a12v29n3.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

TEIXEIRA, J. M. C. et al. **Plano estadual 2012-2015**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 2012 p. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2016.



UNASUS

Universidade Aberta do SUS

