



---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E CONDIÇÕES DE NASCIMENTO NA  
MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA****ASSESSMENT OF THE QUALITY OF CARE AND BIRTH CONDITIONS IN THE  
MACRO-REGION OF THE “GRANDE OESTE” OF SANTA CATARINA**

Jane Kelly Oliveira Friestino<sup>1</sup>  
Bruno Della Giustina<sup>2</sup>  
Haessler Sartori de Souza<sup>3</sup>  
Guilherme Nogueira Guimarães<sup>4</sup>  
Joana Vitória Cassol<sup>5</sup>  
João Paulo Bilibio<sup>6</sup>

**RESUMO**

Os indicadores em saúde e a produção de informação auxiliam no planejamento da atenção, além de possibilitarem melhorias na qualidade do acesso e na avaliação da assistência relacionados à regionalização da saúde materno-infantil. Objetiva-se descrever as características dos nascimentos na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, bem como avaliar a assistência ao parto e ao recém nascido. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional realizado na Macrorregião do Grande Oeste, utilizando dados oficiais relacionados às características de assistência e às condições de nascimento, tendo como base o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, considerando os registros de nascimentos ocorridos entre 2018 e 2019. Foram identificados 23.287, representando uma taxa de natalidade de 29,3%. Ao analisar as condições de nascimento de acordo com o local de residência, observou-se que os municípios de referência de cada uma das três regiões que compõem a Macrorregião do Grande Oeste apresentaram melhores condições de cobertura pré-natal e peso satisfatório ao nascer. Em relação à via de parto, 32 municípios (41,02%) apresentaram 70% de partos cesáreos. No que diz respeito à situação de atenção qualificada (Padrão Ouro) ao parto e recém nascido, somente 02 municípios da Macrorregião encontram-se qualificado, enquanto a maioria, 51 municípios (57,69%), apresenta situação inexistente para a assistência. A análise aponta fragilidades na assistência na

---

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó. Pesquisadora colaboradora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br. Chapecó/SC. Brasil

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó. E-mail: bruno\_ldg@live.com. Chapecó/SC. Brasil

<sup>3</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó. E-mail: guilhermejj2007@gmail.com. Chapecó/SC. Brasil

<sup>4</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó. E-mail: haessler.souza@estudante.uffs.edu.br. Chapecó/SC. Brasil

<sup>5</sup> Acadêmica do curso de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. E-mail: jovicassol@gmail.com. Pelotas/RS. Brasil

<sup>6</sup> Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: joao.bilibio@unioeste.br. Cascavel/PR. Brasil



Macrorregião, evidenciadas pela elevada proporção de partos cesáreos e pela limitada estrutura qualificada para atendimentos na maioria dos municípios.

**Descritores:** Registro de nascimento; Parto; Regionalização da saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Saúde materno-infantil.

## ABSTRACT

Health indicators and the production of information assist in the planning of care and enable improvements in the quality of access and the evaluation of care related to the regionalization of maternal and child health. We aim to describe the characteristics of births in the Macroregion of the Great West of Santa Catarina, as well as to evaluate the assistance to parturition and the newborn. This is an epidemiological and observational study conducted in the Macroregion of the Great West using official data related to the characteristics of care and birth conditions in the state of Santa Catarina, based on the State Health Plan of Santa Catarina. Data were collected through the Information System on Live Births, the Mortality Information System, and the National Register of Health Establishments, considering birth records that occurred between 2018 and 2019. A total of 23,287 births were identified, representing a birth rate of 29.3%. When analyzing birth conditions according to place of residence, it was observed that the reference municipalities in each of the three regions that make up the Macroregion of the Great West are those with the best conditions for prenatal coverage and satisfactory birth weight. Regarding the mode of delivery, 32 municipalities (41.02%) recorded 70% cesarean deliveries. Concerning the situation of qualified care (Gold Standard) for childbirth and newborn care, only 02 municipalities in the Macroregion were classified and qualified, while the majority, 51 municipalities (57.69%), were classified as having nonexistent assistance. The analysis highlights weaknesses in care within the Macroregion, evidenced by the high proportion of cesarean deliveries and the limited qualified structure for services in most municipalities.

**Keywords:** Birth registration; Parturition; Regional health planning, Health care quality, access, and evaluation, Maternal and Child Health.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, é notável uma significativa melhora das condições de nascimento tanto no território brasileiro quanto em outros países do mundo, incluindo a criação de redes de atenção dos serviços<sup>(1)</sup>. Seguindo as modificações encontradas em outras áreas na saúde, a atenção e o cuidado destinados à gestante, à puérpera e ao recém-nascido têm sido transformados nos últimos anos, com a garantia de direitos à saúde das mulheres e crianças, visando um novo modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher e no nascimento seguro<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, houve uma ampliação dos estudos dedicados à saúde materna e infantil, especialmente sobre o modelo de humanização da assistência obstétrica e neonatal, com ações voltadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal<sup>(3)</sup>. Nos últimos anos no Brasil, a melhoria do acesso, cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido resultou em avanços significativos em indicadores como a cobertura de consultas pré-natal e a proporção de nascidos com baixo peso. No entanto, ainda persistem disparidades no acesso, pois inúmeras gestantes, em diversas localidades, apresentam indicadores que refletem piores condições



de saúde, afetando diretamente o binômio mãe-bebê<sup>(4)</sup>.

Sabe-se que os processos de trabalho relacionados ao pré-natal, parto e puerpério estão diretamente associados a desfechos positivos ou negativos. Grande parte dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, assim como os óbitos ocorridos nos primeiros instantes de vida, podem ser prevenidos.

o predomínio de causas evitáveis, a alta frequência de intervenções desnecessárias, como a cesariana em mulheres de baixo risco, e a ocorrência de óbitos neonatais em hospitais sem suporte para a assistência neonatal, evidenciam que a situação descrita está estritamente relacionada aos processos de trabalho no cuidado e à gestão dos serviços voltados à saúde mulher e o neonato, sobretudo no ambiente hospitalar, onde fração significativa dos desfechos desfavoráveis ocorrem<sup>(4:802)</sup>.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) instituído no país desde 2000, tem como propósito diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, além de proporcionar melhor cobertura e qualidade na assistência ao parto e puerpério<sup>(5)</sup>. Ademais, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido tem sido pauta na organização das redes de atenção à saúde desde 2011, com a criação da Rede Cegonha<sup>(6)</sup>.

No estado de Santa Catarina, essa rede foi implantada com o objetivo atender todas as Macrorregiões do estado, conforme o Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023). Diante disso, vale ressaltar a importância em avaliar o planejamento proposto pelo Plano Estadual de Saúde (PES), no que concerne ao atendimento das demandas advindas das necessidades de garantia de acesso ao parto e nascimento seguros, incluindo características sociais e demográficas das mulheres.

Sendo o PES uma importante ferramenta para o planejamento das ações em saúde<sup>(7)</sup>, devemos reconhecer as especificidades regionais, as quais podem apresentar necessidades e condições de saúde distintas, facilitando assim o planejamento em saúde, com base em informações fidedignas da realidade.

Com isso objetiva-se descrever características dos nascimentos na Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina, bem como, avaliar a assistência ao parto e ao recém nascido.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional que analisou as características de assistência e as condições de nascimento no estado de Santa Catarina. A análise e escolha do delineamento do estudo teve como base o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina 2020-2023<sup>(8)</sup>, para tanto, foram apresentadas as informações a respeito das condições de saúde próprias da macrorregião do Grande Oeste. Dessa forma,



foram realizadas buscas nos Sistemas de Informação em Saúde no intuito de atualizar os dados apresentados.

O estado de Santa Catarina encontra-se dividido em macrorregiões de saúde, dentre as quais encontra-se a Macrorregião de Saúde do Grande Oeste<sup>(9)</sup>. Esta encontra-se distante da capital cerca de 560 km e é composta por três Regiões de Saúde, a do Extremo Oeste, Xanxerê e Oeste, com um total de 792.895 habitantes distribuídos em 78 municípios, com uma área territorial de 14.658,70 Km<sup>2</sup>. As principais atividades econômicas são a agricultura, a produção de alimentos e a indústria moveleira. O centro econômico e político da região é Chapecó, distante 557 quilômetros da capital do estado, Florianópolis.

O estudo baseou-se nos dados secundários disponíveis ao público, via acesso à internet, provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), considerando-se os anos de 2018 e 2019. Todas informações oriundas destes sistemas de informação referem-se a documentos oficiais, incluindo-se a Declaração de Nascidos Vivos, Declaração de Óbito, como também registros de estabelecimentos de saúde, independente da natureza operacional.

As variáveis estudadas incluíram aquelas relacionadas ao nascimento: população residente de acordo com município, peso ao nascer (classificados em peso inferior a 2,5kg e superior a 2,5kg), tipo de parto (classificados em vaginal e cesáreo), número de consultas pré-natal (agrupados segundo SINASC em: nenhuma consulta, de 1 a 3 consultas, de 4 a 6 consultas, e 7 ou mais consultas), considerando o local de residência da mãe. Todas as variáveis foram coletadas via Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Para as variáveis relacionadas à assistência, foram utilizados os seguintes dados: número de partos hospitalares, obtidos por meio do SINASC; óbitos em menores de 01 de idade, com base no SIM; além do número de leitos obstétricos, número de anestesistas, número de médicos obstetras, número de pediatras, número de leitos em UTI neonatal, obtidos por meio do CNES. Foi considerado o local de ocorrência do parto. As taxas de natalidade para o período foram calculadas considerando o número de nascimentos, multiplicando 1.000 e dividido pela população da macrorregião.

Para avaliar a assistência, todas as informações coletadas foram relacionadas ao município de ocorrência do nascimento, sendo considerados os municípios da região do Grande Oeste, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>(9)</sup>, o qual foi computado o valor médio entre os anos de 2018 e 2019.

Para avaliar a situação da Atenção ao Parto e ao Recém Nascido, foram utilizadas as denominações descritas no Plano Estadual de Saúde<sup>(8)</sup> o qual classifica como:



- Situação de atenção qualificada (Padrão Ouro): Equipe composta por dois ou mais profissionais das seguintes especialidades (pediatra, obstetra, anestesista) + UTI Neonatal;
- Situação de atenção razoável: Equipe composta por dois ou mais profissionais de cada especialidade + leito obstétrico (sem leito de UTI neonatal);
- Situação de atenção crítica: Equipe composta por um profissional de cada especialidade + leito obstétrico (sem leito de UTI neonatal);
- Situação de atenção inexistente: Nenhum profissional ou equipe incompleta por especialidade. Ter ou não leito obstétrico, sem leito de UTI neonatal.

Os dados foram coletados diretamente do TABNET – DATASUS, os quais foram posteriormente armazenados em planilhas eletrônicas. Para garantir a qualidade dos dados foram realizadas dupla checagem dos achados, garantindo assim que as informações fossem fidedignas aos bancos oficiais. Para análise foram feitas estatísticas descritivas, incluindo a frequência absoluta e relativa, como também foram aplicadas medidas de dispersão. Por tratar-se de uma estudo utilizando dados secundários em base de dados públicos, não houve a necessidade de um processo avaliativo que necessita-se de apreciação de comitê de ética.

## RESULTADOS

No período entre 2018 e 2019 foram identificados 23.287 nascimentos na macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, o qual representou uma taxa de natalidade de 29,3%. Ao analisar as condições de nascimento de acordo com o local de residência, a maioria dos municípios tiveram menos de 14% dos nascidos com peso inferior a 2,5kg, somente 02 municípios apresentar mais do que 14% dos nascimentos, sendo eles Cordilheira Alta (14,73%) e Caxambu do Sul (14,41%).

Em relação a via de parto, a macrorregião apresentou 32 municípios (41,02%) com taxas maiores de 70% de partos cesáreos, e a respeito do número de consultas pré-natal, mulheres de 42 municípios (53,85%) da macrorregião tiveram ao menos 1 consulta pré-natal, no entanto, 3 municípios, Bom Jesus, Arvoredo e Iraceminha, apresentaram, respectivamente, 35,5%, 36,9% e 41,2% das gestantes com menos de 7 consultas pré natal realizadas.

Na análise feita, é possível perceber que, entre os municípios referência de cada uma das três regiões que compõem a macrorregião do Grande Oeste: São Miguel do Oeste, Xanxerê e Chapecó são os municípios que apresentaram melhores condições de cobertura pré-natal e um peso satisfatório ao nascer.

O local de ocorrência do parto também foi avaliado, sendo assim, 47 (60,26%) municípios não registraram parto no período, principalmente por estes não possuíam assistência hospitalar. De acordo com os registros encontrados no CNES, o município de Chapecó conta com 01 hospital com 300 leitos



SUS, incluindo 15 leitos de UTI Neonatal. Xanxerê, apresentou 01 hospital especializado tipo II em Cardiologia, contando com 166 leitos gerais - SUS, além de 09 leitos de UTI neonatal. Outro município que apresenta leitos UTI SUS disponível na macrorregião é São Miguel do Oeste, o qual possui um hospital geral credenciado e habilitado em traumatologia-ortopedia e possui 110 leitos - SUS, com 10 leitos de UTI adulto, porém sem leitos de UTI Neonatal.

De acordo com o período estudado, 2018 a 2019, a média de leitos obstétricos disponíveis para o SUS foi de 258 leitos, concentrados, em sua maioria, nas cidades-sede de cada uma das regiões de saúde: Chapecó, Xanxerê e São Miguel do Oeste. Outra característica importante a ser ressaltada para a macrorregião estudada é a ausência de registros de Banco de Leite Humano. Em relação à assistência, é relevante destacar que Chapecó, Xanxerê e São Miguel do Oeste possuem um hospital-maternidade capacitado no Método Canguru em cada cidade, respectivamente. Contudo, não foram identificadas unidades de cuidado intermediário neonatal na macrorregião, assim como não existe Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, em toda macrorregião. Quanto ao aleitamento materno, somente o hospital de referência em Chapecó e o de referência em Xanxerê são habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo este um selo de qualidade emitido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno<sup>(8)</sup>.

Quanto à situação de atenção qualificada (Padrão Ouro) de atenção ao parto e o recém-nascido, somente 02 municípios da macrorregião (Chapecó e Xanxerê) encontram-se qualificados, enquanto a maioria 51 municípios (57,69%), apresenta situação inexistente para a assistência enquanto 20 municípios foram classificados com situação de atenção crítica e 5 com situação razoável. Também foram analisados os óbitos em menores de 01 ano nos municípios da macrorregião, sendo que a maioria (151 óbitos no período), ocorreu em municípios com inexistência de assistência ao parto e ao recém-nascido, bem como sem nenhum atendimento registrado no período, conforme disposto na Tabela 1.

## DISCUSSÃO

A partir da descrição dos atendimentos das demandas advindas das necessidades de garantia de acesso ao parto e nascimento seguros, incluindo características sociais e demográficas das mulheres, observou-se que, ao avaliarmos a assistência ao parto e as condições de nascimento, as informações encontradas no PES 2016 a 2019 e no PES 2020-2023 apontam dados de nascimentos ocorridos até 2015, evidenciando a necessidade de atualização desses indicadores, bem como o uso dos Sistemas de Informações, tais como: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).



A assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer, abrangendo não apenas a preocupação com a saúde da mulher e do bebê, mas também, o amparo durante a gravidez e o acompanhamento emocional. Nesse sentido, as diretrizes devem incluir orientação sobre os locais de assistência ao parto, os cuidados gerais durante o trabalho de parto, o alívio da dor no trabalho de parto, a assistência aos cuidados maternos após o parto, incluindo o recém-nascido. Essas diretrizes são destinadas a todos os profissionais envolvidos na assistência e no processo de parto, além das mulheres, seus familiares ou representantes, doulas e educadoras perinatais<sup>(11)</sup>.

O peso ao nascer é um parâmetro utilizado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, segundo a Organização Mundial da Saúde existem parâmetros de análise que classificam o peso ao nascer<sup>(12)</sup>. Os dados do estudo mostraram que 02 municípios apresentaram Baixo Peso ao Nascer (BPN), sabendo que o BPN é de 2,5kg a termo (>37 semanas de gestação). Esses parâmetros influenciam com valores de maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida<sup>(13)</sup>. É possível estimar o peso fetal antes mesmo do nascimento através de fórmulas apresentadas a partir de ultrassonografias. Existem a utilização da ultrassonografia bidimensional (US2D), entretanto podem gerar erros de até 15% em relação ao peso real<sup>(14)</sup>.

Alguns fatores genéticos também influenciam o desenvolvimento genético como por exemplo de 27% da variação da circunferência da cabeça e os fatores genéticos maternos por 22% do peso ao nascimento e 19% da variação do comprimento e circunferência da cabeça, outro ponto avaliado no estudo dos EUA, foi um polimorfismo do gene da insulina parece ser um fator de risco associado como o tamanho do bebê ao nascimento<sup>(15)</sup>. Tendo em vista o estudo realizado não foram analisados outros fatores que poderiam influenciar no peso do RN, entretanto apenas 03 municípios apresentaram peso ao nascer superior a 2,5 kg. Outro fator fundamental relacionado ao peso ao nascer é o agravo que pode ocorrer na infância e na vida adulta posteriormente.

Ao analisar a via de parto na região do Grande Oeste de Santa Catarina 41,02% (32) dos municípios apresentaram taxas de cesariana superiores a 70%. Um outro estudo realizado nessa mesma perspectiva, em 2017, mostrou que a taxa de cesarianas foi de 55,3% no Brasil e de 60,8% na região Sul<sup>(16)</sup>. De modo geral parto cesáreo foi associado a um maior risco de morbimortalidade tanto materna quanto perinatal, comparado ao parto vaginal espontâneo<sup>(17)</sup>.

Quanto aos determinantes que levaram a ocorrência de partos cesáreos, mulheres mais pobres e atendidas pelo setor público não são adequadamente informadas e empoderadas durante o pré-natal sobre o parto e, também, é este grupo de parturientes que sofre o menor número de intervenções cesarianas<sup>(18)</sup>. Outro fator que colabora para a opção da gestante pelo parto cesáreo é o medo da dor e o medo da violência obstétrica durante o parto<sup>(18)</sup>.



No que tange ao número de consultas pré natal, os municípios de Bom Jesus, Arvoredo e Itaceminha apresentaram, respectivamente, 35,5%, 36,9% e 41,2% das gestantes com menos de 7 consultas pré natal realizadas. O Ministério da Saúde segue orientação da OMS e preconiza que o número ideal de consultas pré-natal seriam de 6 ou mais<sup>(6)</sup>.

O menor número de consultas pré-natal, dentre outros fatores (financiamento público, adolescentes, baixa escolaridade, raça/cor não branca e baixa renda), está associado à maior prevalência de hospitalização durante a gestação<sup>(19)</sup>. Um estudo realizado na cidade de Cuiabá - MT identificou que a mortalidade de neonatos com baixo peso ao nascer está associada ao número de consultas pré natal menor que 7 com odds ratio de 3,8<sup>(20)</sup>.

Nesse sentido, um dos resultados esperados na lógica da qualidade da Atenção Pré-natal é o maior número de consultas para as gestantes e puérperas e o devido subsídio para as práticas de assistência que demandam informações além do número de consultas pré-natal. Assim, aspectos como a estrutura das unidades de saúde, dos processos gerenciais e assistenciais também devem ser considerados <sup>(21)</sup>.

Em relação à estrutura física e profissional das unidades de saúde da região do Grande Oeste Catarinense, estas foram comparadas com os moldes dados pelo Plano Estadual de Saúde do governo de Santa Catarina (PES-SC), no qual expõe os critérios de avaliação dessas unidades. Nesse viés, foi observada, então, a falta de estrutura da região do grande oeste catarinense, uma vez que, dentre os 78 municípios estudados, somente Chapecó e Xanxerê se enquadram como Padrão Ouro.

A maioria das condições que resultam em óbito neonatal podem ser prevenidas e ou tratadas sem alta tecnologia<sup>(22)</sup>, no entanto é necessário estrutura e organização dos sistemas de saúde para garantir que a assistência irá ocorrer adequadamente. Com isso, torna-se imprescindível ter recursos qualificados para que sejam considerados os riscos da gravidez, do parto e da fisiologia do recém-nascido durante o período perinatal (até 07 dias após o nascimento).

Os óbitos infantis evitáveis podem ser classificados por: imunoprevenção; causas reduzíveis por adequado controle na gravidez; causas reduzíveis por adequada atenção ao parto; causas reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce; e causas reduzíveis através de parcerias com outros setores; os quais demandam estudos para avaliar a qualidade da assistência presente nos serviços de saúde.<sup>(22)</sup> Os achados encontrados em nosso estudo foram semelhantes aos já apresentados no PES<sup>(8)</sup>.

Como limitação do estudo deve-se considerar que por tratar-se de dados secundários coletados via SINASC, não foi possível obter informações individualizadas, sendo uma falácia já esperada para este tipo de estudo. Além disso, não foi possível obter maiores informações a respeito de outros possíveis impactos causados pela estrutura física dos estabelecimentos, pois somente obtivemos informações sobre o número de profissionais e estrutura física disponível via CNES. Por outro lado, o estudo



apresenta um olhar científico para dados de saúde que são rotineiramente coletados nos diferentes serviços de saúde, auxiliando assim, a produção de informação e instrumentalização dos processos de planejamento para a saúde materno-infantil, além de atualizar as informações identificadas no Plano Estadual de Saúde (PES) de Santa Catarina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário encontrado na macrorregião do Grande Oeste aponta algumas fragilidades em relação às condições de nascimento. A macrorregião concentra grande proporção de partos cesáreos, contrariando as taxas preconizadas internacionalmente. Esse último indicador também está relacionado às taxas de duração de gestação, o que pode demandar assistência especializada, uma realidade ainda insatisfatória para toda macrorregião. Na análise da qualidade da assistência, a maioria dos municípios encontra-se em situação de atenção ao parto inexistente, sendo justamente nesses municípios que se concentram os maiores números de óbitos em menores de 01 ano.

O presente estudo contribui para o entendimento e monitoramento dos nascimentos em relação à oferta de serviços de saúde na macrorregião. Não se espera que existam serviços especializados e com padrão ouro em todos os municípios; no entanto, os resultados colocam em pauta a necessidade de uma atenção executada em rede, que esteja preparada para identificar e mitigar os riscos de piores condições de nascimento. Dessa maneira, evidencia-se que o componente logístico da Rede Cegonha precisa atender de forma equânime todas as parturientes.

## REFERÊNCIAS

1. Bittencourt SD de A, Vilela ME de A, Marques MC de O, Santos AM dos, Silva CKRT da, Domingues RMSM, et al. **Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021 Mar; 26 (Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(3)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 União 2011; 24 jun
3. Bourguignon AM, Grisotti M. **A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012).** Publ. UEPG Ci. Soc. Apl. 2016 [acesso em 2023 jan 20]; 24(3):345-356. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/sociais/article/view/8951/5552>
4. Bourguignon AM, Hartz Z, Moreira D. **Avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil: perfil bibliométrico da produção científica (2000-2019).** Saúde debate [Internet]. 2021 Jul;45 (Saúde debate, 2021 45(130)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113026>
5. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa**



de **Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(3):269-79.

6. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 32. Pré-natal**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 09 fev 2023
7. Silva Cazagrande, Géssica, e André Teixeira Pontes. “**Aplicação do Planejamento Estratégico Situacional na Central de Abastecimento Farmacêutico de um hospital público de médio porte**”. *Sistemas & Gestão*, vol. 13, nº 1, março de 2018, p. 25–35. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.20985/1980-5160.2017.v12n4.1120>.
8. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>. Acesso em: 09 jan 2023.
9. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file>. Acesso em: 09 jan. 2023.
10. Santa Catarina. **Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Regiões PDR 2021**. 2021. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/regioes-pdr-2021-municipios>. Acesso em: 14 fev 2023.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
12. Piccinini, Cesar Augusto, et al. “**Gestação e a Constituição Da Maternidade**”. *Psicologia Em Estudo*, vol. 13, no 1, março de 2008. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>.
13. Ferraz, Thaise da Rocha, e Eliane Tatsch Neves. “**Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal**”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol. 32, no 1, março de 2011, p. 86–92. DOI. org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100011>.
14. Nardoza, Luciano Marcondes Machado, et al. “**Estimativa de Peso Ao Nascimento Utilizando a Ultrassonografia Bidimensional e Tridimensional**”. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, vol. 56, no 2, 2010, p. 204–08. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200020>.
15. Euser, A. M., et al. “Growth of Preterm Born Children”. *Hormone Research in Paediatrics*, vol. 70, nº 6, 2008, p. 319–28. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1159/000161862>.
16. Dias BAS, Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. **Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital**. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(Cad. Saúde Pública, 2022 38(6)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>



17. Yang J, Armson BA, Attenborough R, Carson GD, da Silva O, Heaman M, Janssen P, Murphy PA, Pasquier JC, Sauve R, Von Dadelszen P, Walker M, Lee SK; Canadian Mode of Delivery Study Group. **Survey of Mode of Delivery and Maternal and Perinatal Outcomes in Canada.** J Obstet Gynaecol Can. 2022 May 17;S1701-2163(22) 00361-9. doi: 10.1016/j.jogc.2022.04.017. Epub ahead of print. PMID: 35595024.
18. Rocha NFF da, Ferreira J. **A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa.** Saúde debate [Internet]. 2020 Apr;44(Saúde debate, 2020 44(125)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
19. Falavina LP, Oliveira RR de, Melo EC, Varela PLR, Mathias TA de F. **Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional.** Rev esc enferm USP [Internet]. 2018;52(Rev. esc. enferm. USP, 2018 52). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017032403317>
20. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. **Neonatal mortality in infants with low birth weigh.** Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 Oct;48(Rev. esc. enferm. USP, 2014 48(5)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000002>
21. da Luz, Leandro Alves; Aquino, Rosana; Medina, Maria Guadalupe. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29701/1/Artigo%20Leandro%20Luz.%202018.pdf>  
Dias, B. A. S., Santos, E. T. dos ., & Andrade, M. A. C.. (2017). **Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?.** Cadernos De Saúde Pública, 33(Cad. Saúde Pública, 2017 33(5)). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125916>

## TABELA

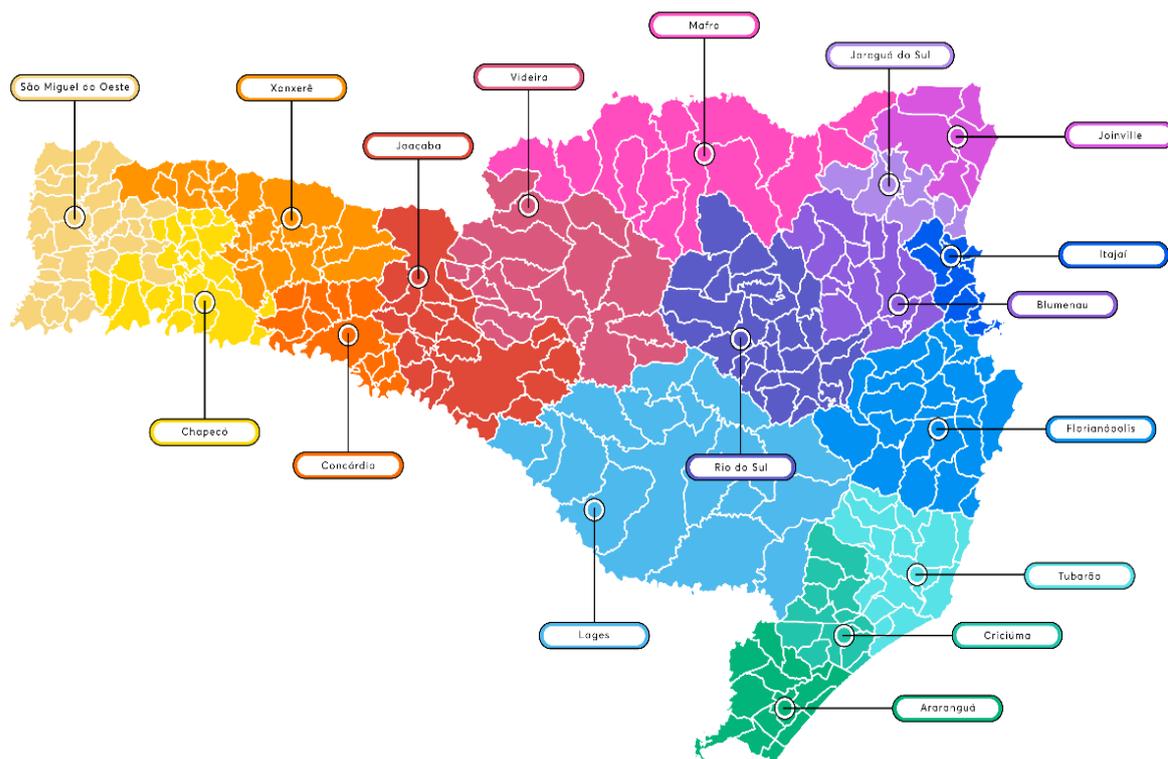
**Tabela 1.** Classificação dos municípios de acordo com situação de atenção ao parto, ao RN e número de óbitos em menores de 01 ano. Macrorregião do Grande Oeste-SC, 2018-2019.

<i>Ocorrência de parto no hospital local</i>	<i>Número de municípios</i>	<i>Total de NV</i>	<i>% de total de partos</i>	<i>Qualificada</i>	<i>Razoável</i>	<i>Crítica</i>	<i>Inexistente</i>	<i>Óbitos &lt;1 ano</i>
Zero	48	4070	17.48	0	0	2	46	151
1 a 26	6	1259	5.41	0	0	5	1	2
27 a 100	4	630	2.71	0	0	3	1	3
101 a 200	3	733	3.15	0	0	3	0	0
201 a 364	4	1.560	6.70	0	0	4	0	1
365 a 500	3	865	3.71	0	1	1	1	0
501 a 999	5	2.916	12.52	0	1	2	2	15
Mais de 1.000	5	11.254	48.33	2	3	0	0	46
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>23.287</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>218</b>



**FIGURA**

**Figura 1.** Macrorregiões de Saúde no estado de Santa Catarina. Chapecó, SC, Brasil, 2021



Fonte: DIVE-SC<sup>(10)</sup>