



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**TAINNÁ BARRÊTO FEITOZA**

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL A PARTIR  
DE DOIS INDICADORES ESTRATÉGICOS DA REDE CEGONHA NA IX REGIÃO  
DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

**OURICURI -PE**

**2018**

**TAINNÁ BARRÊTO FEITOZA**

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL A PARTIR DE  
DOIS INDICADORES ESTRATÉGICOS DA REDE CEGONHA NA IX REGIÃO DE  
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Trabalho apresentado a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como requisito para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

Coorientador: Anderson Danilo Dário Lima.

**OURICURI -PE**

**2018**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

F311a      Feitoza, Tainá Barrêto.

Análise da situação de saúde materna e infantil a partir de dois Indicadores estratégicos da rede Cegonha na IX Região de Saúde de Pernambuco. Ouricuri-PE, 2018.  
41f.il.

Orientador (a): Garibaldi Dantas Gurgel Junior.  
Coorientador: Anderson Danilo Dário Lima.  
Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) –  
Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Saúde Materna e Infantil 2. Rede Cegonha  
3. Indicadores de Morbimortalidade Materna/Infantil  
4. Indicadores de Gestão. I. Título.

ESPPE / BNC

CDU – 31:362.15:614

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

**TAINNÁ BARRÊTO FEITOZA**

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL A PARTIR DE  
DOIS INDICADORES ESTRATÉGICOS DA REDE CEGONHA NA IX REGIÃO DE  
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco- ESPPE, como parte das exigências para a obtenção do título de sanitarista.

**Aprovada em 07/04/2018**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior**

---

Orientador

**Emanuella Margareth Lima Rolim Martins**

---

1ª Avaliadora

**Leônia Carvalho de Moura**

---

2ª Avaliadora

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	10
2.1 Objetivo geral .....	10
2.2. Objetivos específicos .....	10
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	11
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 RESULTADOS</b> .....	19
5.1 Documentos que descrevem as ações e serviços da Rede Cegonha na IX Regional de Saúde de Pernambuco .....	19
5.2 Indicadores de Gestão.....	22
5.2.1 Plano Diretor de Regionalização - PDR .....	22
5.2.2 Programação Pactuada e Integrada - PPI.....	23
5.2.3 Porcentagem de investimento estadual no setor saúde .....	23
5.2.4 Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial .....	23
5.2.5 Ouvidoria .....	24
5.3 Indicadores de Mortalidade e Morbidade .....	24
5.3.1 Incidência de sífilis congênita .....	24
5.3.2 Taxa de óbitos infantis (neonatal) e (pós-neonatal).....	26
5.3.3 Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município .....	27
5.3.4 Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas).....	28
5.3.5 Porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados .....	29
5.3.6 Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados .....	30
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	32

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	41

## RESUMO

A pesquisa analisa a situação de saúde materna e infantil a partir de dois indicadores estratégicos da rede cegonha na IX Região de Saúde de Pernambuco, tendo como base a linha histórica de 2010 à 2016. O objetivo foi descrever as ações e serviços da Rede Cegonha, assim como, analisar os indicadores de morbimortalidade materna/infantil e os de gestão da regional. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva. Utilizou-se o banco de dados da Vigilância em Saúde da IX GERES, dos seguintes sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade–SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SISNASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação –SINAN. Utilizou-se também o Plano Diretor de Regionalização -PDR atualizado e a Programação Pactuada e Integrada - PPI atualizada, assim como documentos oficiais da RC na IX Região de Saúde. Os dados foram trabalhados pelo programa Microsoft Excel. Encontrou-se uma rede em processos de articulações, frente a realidade de recursos do território, com ações em replanejamentos recentes. Os indicadores de morbimortalidade, mostram a necessidade constante dos gestores debaterem a saúde materna e infantil da região, buscando estratégias de ampliação e qualificação do serviço ofertado. Os indicadores de gestão mostra-se atualizados, com exceção da PPI, que é o único indicador da gestão pactuada antes da implantação do RC. Contudo, a pesquisa possibilita conhecer o cenário local, analisar os indicadores e readequar a assistência oferecida a população, contribuindo para promoção de saúde coletiva, e reconhecendo a amplitude do modelo de cuidado desenhado pela Rede Cegonha.

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem crescido na atenção ao parto e ao nascimento, ao longo dos anos, a sociedade e o governo tem empreendido esforços e iniciativas para avançar. Contudo, o desafio permanece na redução da morbimortalidade materna e infantil no território brasileiro (BRASIL, 2011c).

Nos anos de 1996 a 1998 há uma elevação da razão de mortalidade materna, principalmente por motivos não associados diretamente a questões obstétricas. Supõe que houve uma melhoria da informação, principalmente ligados ao processo de investigação dos óbitos em mulheres com idade fértil, através do comitê de morte materna. Em contrapartida, dos anos de 1999 a 2001, tal razão decaiu, sendo justificada através da qualidade da atenção obstétrica e na realização do planejamento familiar (BRASIL, 2004a).

O acréscimo da cobertura do pré-natal ao longo do período de 2005 – 2015, em quase todo território brasileiro é evidenciado em estudo, porém o processo apresenta uma qualidade com alto nível de inconformidade na assistência prestada, mostrando pontos qualitativos deficientes (NUNES et al, 2016).

Mesmo com acréscimo do acompanhamento pré-natal, existe uma presença alta de incidência de sífilis congênita e de hipertensão arterial sistêmica, estando entre as causas mais frequentes de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, o que mostra um comprometimento da qualidade nos cuidados dos pré-natais realizados (BRASIL, 2011c).

Segundo dados disponibilizados pelo DATASUS, 70% das mortes infantis em 2010, encontram-se nos critérios evitáveis. Enfatizando a necessidade dos gestores da saúde, no âmbito das três esferas, ampliar o comprometimento com a população das gestantes e crianças, visando uma assistência eficiente e de qualidade pelo SUS (BRASIL, 2012e).

O MS formula então a portaria nº 4.279 de 2010, a mesma apresenta diretrizes que buscam estruturar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A implementação da RAS, é uma estratégia que visualiza sanar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, aprimorando o SUS (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a Rede Cegonha é compreendida como uma das redes temáticas, dentre as cinco selecionadas como prioritárias no Brasil (GIOVANNI, 2013).

A prioridade do programa é a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, ofertando boas práticas, redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011d).



Segundo Rosamaria (2013), a visão da RC, elaborada pelo Governo Federal e aplicada pelo Estado e municípios, é erradicar os elevados indicadores de mortalidade materna no Brasil, dando ênfase nos territórios ligados a extensão da Amazônia e ao Nordeste do país. E na busca da atenção as gestantes do SUS, sendo liberado 9,4 bilhões de reais até 2014 pelo governo.

A rede estabelece quatro focos: o pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação. E sua matriz de diagnóstico possui 4 grupos de indicadores, o primeiro trabalha com indicadores de mortalidade e morbidade, seguido pelo grupo de indicadores de atenção, situação da capacidade hospitalar instalada e por fim o grupo dos indicadores de gestão (BRASIL, 2011d).

O primeiro grupo de mortalidade e morbidade se desmembra em seis indicadores; são eles: Incidência de sífilis congênita; taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município; nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas); porcentagens de óbitos infantis-fetais investigados e porcentagens de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados (BRASIL, 2011d).

O quarto grupo também apresenta subdivisões que são: Porcentagem de investimento estadual no setor saúde; Plano Diretor de Regionalização atualizado; Programação Pactuada e Integrada atualizada; identificação de centrais de regulação: urgências, de internação e ambulatorial e a implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.

Nesse panorama, a presente pesquisa busca analisar a saúde materna e infantil frente a instalação da Rede Cegonha, a partir da análise dos indicadores de morbimortalidade materno/infantil e os indicadores de gestão. Partindo da seguinte pergunta norteadora: Tendo como base de análise dois indicadores da Rede Cegonha, como a saúde materno infantil da IX Região de Saúde de Pernambuco se encontra?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Análise a situação de saúde materna e infantil, a partir de dois indicadores estratégicos da Rede Cegonha na IX Região de Saúde de Pernambuco

### **2.2. Objetivos específicos**

Descrever as ações e serviços do desenho da Rede Cegonha na IX Região de Saúde;

Analisar os indicadores de gestão da Rede Cegonha durante a implantação e implementação da Rede Cegonha;

Analisar a evolução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil da Rede Cegonha entre os anos de 2010 a 2016.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Historicamente as mulheres compõem um papel importante nas conquistas frente a construção da reforma sanitária e na implantação da política de saúde integral para as mulheres. Um dos primeiros indícios de reorientar a saúde das mulheres, foi através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2010f).

A mulher, em suas múltiplas facetas, não recebia um olhar devido, o que historicamente apresenta uma fragmentação da assistência prestada a tal público. Considerando a condição de saúde infantil, a mesma era limitada ao nascer vivo ou morto. Contudo, os movimentos organizados feminista da época, trabalharam para provar que não eram segmentando a mulher ao processo de ser mãe que resolveria as questões em debates (CASSIANO et al, 2014).

A ampliação das ações voltadas as gestantes e recém-nascidos, nos anos 2000, foi o lançamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como uma das considerações a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país (BRASIL, 2000). O acompanhamento do PHPN é realizado através do SispreNatal, gerando informações necessárias para o planejamentos e monitoramento das ações.

Os óbitos infantis pós-neonatais são na maioria das vezes evitáveis pela melhoria das condições de vida e acesso a uma assistência à saúde de qualidade; significando que a gestão da saúde pode mobilizar-se mais nesse contexto, buscando a diminuição desses indicadores (BRASIL, 2004a).

Segundo Victora et al (2011) é visível maior conscientização quando fala-se de criança; a saúde infantil apresenta indicadores de mortalidade mais fácil de serem quantificados do que a mortalidade materna, e por isso, ao longo do tempo é considerado um espelho de condições de vida.

A Cúpula do Milênio, no ano 2000, estabeleceu um compromisso com 191 Estados membros da ONU, incluindo o Brasil. Estabeleceu-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são eles: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV / SIDA, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade do meio ambiente; e promover uma parceria global para o desenvolvimento (ONU, 2000).

O MS lança então a portaria 4.279/10, que busca efetivar a RAS. E o que vem ser RAS? Segundo a portaria, Rede de Atenção à Saúde é um arranjo organizativo de ações e

serviços de saúde, que possui tecnológicas variadas, que se interligam por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetivando garantir a integralidade do cuidado. A RAS trabalha com três áreas de aplicação: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência (BRASIL, 2010g).

No ano 2011, ocorreu em pactuação na tripartite um delineamento de redes prioritárias para o Ministério da Saúde, tais RAS Temáticas, são conhecidas como: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (GIOVANNI,2013).

A Rede Cegonha-RC é uma estratégia com finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil do Brasil, superando os níveis de segmentação da assistência ofertada até então. Sua inserção no território brasileiro acontecerá gradualmente, iniciando sua implantação norteada pelas características epidemiológicas, taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. BRASIL, P. 1, 2011d.

Apresenta o princípio do respeito, preservação e a efetivação dos direitos humanos; consideração da amplitude cultural, étnica e racial; a equidade; a abordagem de gênero; a segurança dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a interação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011d).

O Governo Federal, através da RC busca enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças, realizando ações que transformem o contexto existente no Brasil. Contudo, a estratégia deve seguir interferindo como as pessoas, trabalhadores e gestores visualizam o modelo de atenção oferecido ao público-alvo, realizando reflexão, e ultrapassando o olhar que RC é atrelado aos recursos de aprimoramentos de leitos ou procedimentos (CAVALCANTI et al, 2013).

A RC tem o objetivo de estabelecer um novo modelo de atenção à saúde da mulher, e à saúde da criança dando ênfase na atenção ao parto, nascimento, crescimento e no desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à

Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e diminuir a mortalidade materna e infantil com evidência na fase neonatal (BRASIL, 2011d).

A região norte e nordeste do país, necessitam garantir uma cobertura maior da atenção básica. Neste sentido, a instalação do programa governamental da RC, busca expandir e qualificar a assistência à gestante e ao recém-nascido, com ênfase nas regiões mais carentes, possibilitando segurança ao processo do parto e ao nascimento (BRASIL, 2012e).

No nordeste, do ano de 2000 a 2010, abre-se destaque para a redução de óbitos infantis do período pós-neonatal. Enquanto ao motivo do óbito, o Norte e o Nordeste do país, apresenta como causa principal para a mortalidade pós-neonatal a infecção, enquanto as demais regiões observam-se as malformações congênitas (BRASIL, 2012e).

Um dos indicadores que possibilitam a visão da saúde de um território é o de mortalidade materna. Quando a razão de mortalidade materna é elevada, significa baixa qualidade socioeconômica, diminuição de escolaridade, taxas de violência familiar frequente, e dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade, estabelecendo o grau de desenvolvimento da sociedade (BRASIL, 2004).

O Rede Cegonha é considerado uma das estratégias mais completas do governo, pois apresenta ações que visualizam questões holística da usuária. Sua assistência compreende estratégias que vão desde a orientação do autocuidado, perpassando o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até finalizar com as ações ao atendimento da criança de dois anos de idade (CASSIANO et al, 2014).

Mediante as diretrizes nacionais, o Estado de Pernambuco, implantou a Rede Cegonha em todas as regiões de saúde, tal rede possui vínculo estreito com o Programa Mãe Coruja Pernambucana, pois ambos buscam fornecer uma reorganização da assistência materna e infantil no Estado (PINHEIRO, 2014).

Dentre as conquistas da RC no território brasileiro, tem-se: o teste rápido de gravidez; a produção da nova caderneta da gestante; a ampliação do plano de qualificação das maternidades; recomendação da elaboração e validação de diretrizes e protocolos clínicos, bem como uso da educação permanente para trabalhar a temática foco da rede com os profissionais; maternidade como um direito assistido; reconhecimento da pluralidade entre as mulheres, assim como, sua autonomia (GUERRA et al, 2016).

A rede apresenta uma matriz de diagnóstico que possui 4 grupos de indicadores: 1- o indicadores de mortalidade e morbidade; 2- indicadores de atenção; 3- situação da capacidade hospitalar instalada e 4- indicadores de gestão (BRASIL, 2011d).

A atenção primária necessita ser fortalecida no SUS, com o juízo de uma rede com ações integradas, e princípios interligados; de uma maneira que apresente a capacidade de cada vez mais, ampliar o cuidado sob a gestante de forma integral. Logo existem inúmeras visões a serem consideradas neste processo de qualificação (BRASIL, 2011c).

Em análise de indicadores, realizado pelo MS, sobre a relação da cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família-ESF, demonstrou a relevância desta para a redução da mortalidade infantil. Um pré-natal apropriado permite a realização de um diagnóstico e o tratamento precoce de inúmeras complicações, promovendo, por vez, a educação de condutas de risco levando a diminuição da mortalidade materna e infantil (FERNANDES; VILELA, 2014).

Victora et al (2011), mostra que a saúde tem evoluído, mas que ainda existem impasses, como nos casos de sífilis congênita, que apresenta uma taxa de 1,7 por cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2006, e se for considerado as subnotificações, tal taxa poderá ser questionada. Porém independente da taxa, trata-se de uma doença que pode ser prevenida socialmente, principalmente quando leva-se em consideração o sistema universal de pré-natal no Brasil.

O pré-natal é peça essencial para a prevenção, controle e/ou detecção precoce de enfermidades e agravos à saúde materna e infantil. A sífilis congênita é considerada uma causa evitável para crianças menores de 5 anos de idade e seus casos na população é reduzida por uma atenção à mulher na gestação (FERREIRA et al, 2017).

As centrais de regulações, que são locais responsáveis por receber as solicitações de atendimento, avaliar a situação, processar e agendar. Possuem o objetivo de garantir o atendimento integral, ágil e qualificado aos usuários, sabendo previamente os números de leitos ocupados, capacidade instalada, equipe médica disponível, podendo controlar o fluxo de internação, transferência e altas hospitalares (PINHEIRO, 2014).

Almeida e Szwarcwald (2012), alertam a importância das estratégias de aprimoramento da assistência no Brasil, as ações que viabilizam o acesso igualitário à assistência ao parto, mostram-se insuficientes. As autoras ainda enfatizam que um deslocamento intermunicipal para o parto pode ser um fator relevante para a mortalidade infantil, principalmente quando unido as desigualdade de oferta de serviços qualificados e à falta de integração com a atenção básica de saúde.

As ações estabelecidas pela RC, fazem parte dos componentes importantes para diminuição da mortalidade materna e infantil, tendo em vista, sua busca em articular pontos da atenção à saúde de forma integral. Portanto, as diretrizes do programa devem ser exercidas

para o estabelecimento do pré-natal de qualidade, com ampliação do acesso a saúde, detecção e resolutividade das complicações em tempo hábil, refletindo assim nos indicadores de saúde da população alvo do programa (GUERRA et al, 2016).

#### 4. METODOLOGIA

A pesquisa é de cunho quantitativo, possuindo a finalidade de quantificar o fenômeno estudado para analisá-lo e classificá-lo; utilizando ferramentas objetivas, para que as análises dos dados estejam bem estruturadas (GERHARD; SILVEIRA, 2009).

O estudo é descritivo, que segundo Ferreira (2012), é uma pesquisa feita com análises e interpretações de registros sem influência do pesquisador no campo investigado. Objetivando a identificação, registro e análise das variáveis que mantêm relação com o fenômeno estudado.

Como um estudo descritivo, buscará apresentar dados dos anos de 2010 a 2016, sobre a morbimortalidade materna e infantil e os indicadores de gestão, da Rede Cegonha na IX Região de Saúde de Pernambuco. A linha histórica escolhida corresponde ao ano anterior da portaria que institui a Rede Cegonha no Brasil, até o último ano de dados fechados pelos sistemas de informações durante a coleta de dados.

A Rede Cegonha apresenta quatro indicadores para análise situacional, segundo a Portaria nº 1.459 de 2011d, porém na presente pesquisa, serão trabalhados os indicadores do grupo 1 e 4 de sua matriz. Segue quadro 01, com o ilustrativo da matriz diagnóstica.

Quadro 01: Matriz diagnóstica da Rede Cegonha

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade	2º GRUPO: Indicadores de Atenção	3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada	4º GRUPO: Indicadores de Gestão
Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)	Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal	Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde	PDR atualizado
Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)	Cobertura de equipes de Saúde da Família	Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco	PPI atualizada
Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município	Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe	Identificação dos leitos UTI neonatal existentes	% de investimento estadual no setor saúde



Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)	% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação	Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto	Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial
% de óbitos infantis-fetais investigados	% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses		Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital
% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados	% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada		
	% de gestantes com todos os exames preconizados		

Fonte: Portaria nº 1.459 de 2011

Para obtenção da descrição das ações e serviços do desenho da Rede Cegonha na IX Região de Saúde, foi utilizado os documentos oficiais que relatam as mesmas. E como estratégia de coleta foi utilizado a análise documental.

Buscando atingir o objetivo de analisar a evolução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil foi utilizado o banco de dados da Vigilância em Saúde da IX GERES, dos seguintes sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade–SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SISNASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação –SINAN. Os dados foram trabalhados e analisados, pelos recursos do programa Microsoft Excel e quando necessários cálculos para obtenção das taxas, utilizou-se a ciência epidemiológica. Os dados estão apresentados em uma linha histórica dos anos de 2010 à 2016, quando não aparecendo o ano ou o município na informação, estes não deteve registros.

Para análise dos indicadores de gestão da Rede Cegonha, foi utilizado o Plano Diretor de Regionalização -PDR atualizado e a Programação Pactuada e Integrada - PPI atualizada, assim como todas as informações de documentos oficiais que contemplam os indicadores de gestão. Como estratégia de coleta foi realizada, uma análise documental dos achados.

Os dados coletados são apresentados seguindo a divisão de indicadores de mortalidade e morbidade e indicadores de gestão. Cada indicador trabalhado foi apresentado seguindo sua subdivisão, assim como consta no quadro 01.

A IX região de saúde de Pernambuco está localizada no sertão do Araripe, consisti em 11 municípios que comporta um total de 327.866 hab. segundo o último IBGE de 2010. A

sua sede é localizada na cidade de Ouricuri que possui 64.358 hab. A região apresenta uma média de PIB de 7.160,49 por município e no ano de 2015, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos, segundo dados do IBGE. Segue quadro 02, com informações básicas dos municípios da IX região de saúde, retiradas do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010.

Quadro 02: Informações sobre IX Região de Saúde de Pernambuco

LOCALIDADE	IDHM	RENDA PER CAPITA	POPULAÇÃO RESIDENTE
<b>Araripina</b>	0,602	324,01	77.302
<b>Bodocó</b>	0,565	234,36	35.158
<b>Exú</b>	0,576	234,83	31.636
<b>Granito</b>	0,595	234,90	6.855
<b>Ipubi</b>	0,550	231,47	28.120
<b>Moreilândia</b>	0,600	206,11	11.132
<b>Ouricuri</b>	0,572	291,75	64.358
<b>Parnamirim</b>	0,599	255,27	20.224
<b>Santa cruz</b>	0,549	206,07	13.594
<b>Santa Filomena</b>	0,533	175,48	13.371
<b>Trindade</b>	0,595	338,39	26.116

Fonte: IBGE

A presente pesquisa foi apresentada ao responsável legal da instituição da IX GERES, para os encaminhamentos éticos da carta de anuência. O então gerente institucional assinou, concordando com a realização da pesquisa e liberando os dados para a mesma.

Tendo em vista que o trabalho não obtém o caráter experimental e sim científico, acredita-se, que com a pesquisa poderá surgir novas visões sobre a realidade vivenciada pela regional de saúde estudada, que promovam intervenções baseadas na saúde coletiva e áreas afins, desencadeando saúde pública no contexto da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Documentos que descrevem as ações e serviços da Rede Cegonha na IX Regional de Saúde de Pernambuco

Quadro 03: Documentos e ações da Rede Cegonha na IX Região de Saúde

DOCUMENTO	AÇÃO
<b>Resolução CIR nº21/2012, de 21 de março de 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactuação dos onze municípios que compõem a IX Regional de Saúde na adesão ao Plano de Ação da Rede Cegonha;</li> <li>• Estabelecimento das referências para Pré-natal de risco habitual – O próprio município; O Pré-natal de alto risco – com intercorrência, para o Hospital Regional Fernando Bezerra -HRFB, localizado em Ouricuri e o Hospital Dom Malan/IMIP-HDM, Petrolina</li> <li>• Estabelecimento das referências para Parto e nascimento de Risco habitual – O próprio município; com exceção de Santa Filomena, que referencia para a Maternidade Mãe Coruja, e dos municípios de Parnamirim e Moreilândia, que pactuaram também, para o Hospital Regional de Salgueiro. Estabelecimento das referências para Alto risco - Hospital Dom Malan/IMIP.</li> <li>• Estabelecimento das central de regulação dos leitos pela Central de Regulação de Leitos –CRIL.</li> </ul>
<b>Portaria de nº 1.918 de 5 de setembro de 2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorização de recursos, em parcela única para Estados e municípios, referentes aos novos exames de componente pré-natal da Rede Cegonha, tais exames são os de testes rápidos de gravidez.</li> </ul>
<b>Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, 2012. (Homologado pela CIB/PE nº 1872/2012)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institui a referência para intercorrências na parte de risco habitual a Maternidade Mãe Coruja-Hospital Regional Fernando Bezerra -HRFB, situada em Ouricuri e o Hospital Maternidade Santa Maria –HMSM;</li> <li>• Para as demandas de alto risco o Hospital Dom Malan – HDM /IMIP, situado em Petrolina;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duas UTI'S (uma Neonatal – 5 leitos, e outra adulto – 10 leitos);</li> <li>• Construção de 2 casa de Gestantes, Bebê e Puérpera, uma em Ouricuri e outra em Petrolina;</li> </ul>
<p><b>Relatório de readequação da RC na IX Região de saúde, pelo grupo condutor da RC do território de 2017.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta informações sobre a discussão realizada entre o grupo e a assistência obstétrica;</li> <li>• Reestruturação do perfil dos leitos obstétricos - os municípios deverão conduzir seus partos normais e cesáreos para o hospital de referência de Ouricuri e Araripina, com exceção dos partos em período expulsivo;</li> <li>• Os partos de alto risco são direcionados para o HDM/IMIP, no município de Petrolina ou Recife</li> <li>• Construção do Centro de Parto Normal (CPN) em Ouricuri, com construção e aquisição de equipamentos através de recursos próprios e custeio mensal de forma compartilhada com os 8 municípios que referenciam para Ouricuri na RC.</li> <li>• Solicitação novamente a construção de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e 5 leitos de UTI Neonatal;</li> <li>• Solicitação de recursos de reforma/ambiência para as maternidades de referência do RC, HMSM e HRFB - a médio e longo prazo;</li> <li>• Enfatiza a realização da regulação pela CRIL das gestantes para as unidades de referências;</li> <li>• Estabelecem a necessidade da qualificação dos recursos humanos frente a demanda.</li> </ul>
<p><b>Resolução da CIR da IX GERES de nº 005/2017.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprova e repactua a Rede Obstétrica da IX Regional de Saúde;</li> <li>• Centro de Parto Normal –CPN, com 05 quartos PPP;</li> <li>• Apresenta a resolução CIB/PE nº 3006 de maio de 2017, que remaneja recursos da PPI para o município de Araripina, custeando os partos de risco habitual (parto normal e</li> </ul>

parto cesário) no HMSM.

O histórico da Rede Cegonha na IX Regional, através dos registros, mostram a adesão por todos os municípios do território, com estabelecimento de referências para os componentes de pré-parto habitual e de risco, assim como, para o componente do parto e do nascimento. Essas determinações são levadas ao longo de sua instalação.

Após 5 anos, por meio do grupo condutor é estabelecido alteração no perfil dos leitos obstétricos, no qual os municípios devem direcionar suas gestante para os hospitais de referência da RC, com exceção dos casos em que a parturiente esteja em período expulsivo. Além do direcionamento para a construção do Centro de Parto Normal para os municípios que utilizam a referência do HRFB.

É pactuado por vez, na CIR 005/2017, o novo desenho da Rede Obstétrica, com estabelecimento para as referência de risco habitual, alto risco, UCI neonatal, UTI neonatal, UTI materna e agrega-se o Centro de Parto Normal como referência para toda regional de saúde. Segue quadro 4, com a última atuação documental.

Quadro 4: Pactuação da Rede Obstétrica da IX Regional de Saúde

Municípios	Referência Risco Habitual	Centro Parto Normal	Alto Risco	UCI neo	UTI neo	UTI Materna
Araripina	HMSM	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Bodocó	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Exu	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Granito	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Ipubi	HMSM	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Moreilândia	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Ouricuri	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Parnamirim	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Santa Cruz	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Santa Filomena	HRFB	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM
Trindade	HMSM	Ouricuri	HDM	HDM	HDM	HDM

Fonte: Resolução da CIR –IX GERES/Nº 005/2017

## 5.2 Indicadores de Gestão

### 5.2.1 Plano Diretor de Regionalização - PDR

O avanço da regionalização decorre da descentralização das ações e serviços prestados, que seguem uma logística de distribuição territorial, respeitando as demandas de cada local. Sua estruturação fortalece uma atenção à saúde por redes, que por vezes, devem ser resolutivas e hierarquizadas, com execuções claras do Estado e município (PERNAMBUCO, 2011a).

No ano de 2009, iniciou-se a um novo planejamento no estado de Pernambuco; equipes técnicas, juntamente com gestores estaduais e municipais, definiram quais eram as redes de saúde prioritárias para o território pernambucano, levando em considerações as questões locorregionais. Visaram 08 linhas de cuidado: Cardiologia; Oncologia; Urgência/emergência com ênfase em trauma; Materno-infantil (pela necessidade de redução da mortalidade materna e infantil precoce); Nefrologia; Saúde Mental; Saúde Bucal; Oftalmologia (PERNAMBUCO, 2011a).

Em 2011, considerado o decreto 7.508/2011, foi estabelecido novas pactuações e foi incluído nas discussões como novas linhas de cuidado a neurologia/neurocirurgia e a vigilância à saúde. Após debates, foi homologado em CIB de 19/09/2011 a nova divisão territorial da saúde. A mesma organiza o Estado em: 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011a). Segue mapa de saúde na imagem 01.

Observa-se que o plano de regionalização mais atualizado de Pernambuco contempla os primeiros debates sobre a Rede Cegonha, e que durante sua instalação não ocorreu alteração do mesmo, considerando que já segue os princípios do decreto 7.508/2011.

Imagem 01: Mapa de saúde de Pernambuco



Fonte: PDR-PE, 2011

### 5.2.2 Programação Pactuada e Integrada - PPI

A IX Região de Saúde de Pernambuco não apresenta uma nova pactuação considerando o decreto 7.508/11. A PPI vigente no Estado apresenta estrutura anterior a mudança da tabela SUS, o que não reflete as pactuações realizadas na construção da Rede Cegonha. (Plano da Rede Cegonha da IX Regional de Saúde de 2012).

Tendo em vista que a PPI não apresenta padrões estabelecidos pela RC faz-se necessário um olhar sobre tal instrumento, credibilizando que o mesmo faz parte de um indicador de gestão que possui relevância para o estabelecimento de um rede de assistência eficiente e eficaz no território.

### 5.2.3 Porcentagem de investimento estadual no setor saúde

A tabela 08, retrata o investimento do Estado de Pernambuco no setor saúde. Observa-se que ao longo dos anos o Estado oscila seus investimentos, estando o ano de 2013 com menor investimento (14,96%), e o ano de 2014 com a maior porcentagem de investimento (16,58%).

Tabela 08: Porcentagem de investimento do Estado no setor saúde

ANO	% DE INVESTIMENTO	FONTE DO DADO
2011	15,73%	Prestação de Contas - 4º trimestre de 2011
2012	15,74%	Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2012
2013	14,96%	Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2013
2014	16,58%	Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2014
2015	16,24%	Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2015
2016	15%	Prestação de Contas - 3º quadrimestre de 2016

Fonte: PERNAMBUCO/SES, 2011/2017

### 5.2.4 Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial

Na IX Regional de saúde, possui dois Complexos Reguladores: a Central de Consultas e Exames do Ambulatório Médico Especializado - AME do Consórcio Intermunicipal da Região do Araripe Pernambuco - CISAPE, que é informatizada; e a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), juntamente com o município de Juazeiro da Bahia (PERNAMBUCO, 2012).

O acesso aos serviços de saúde por regulação são: Tratamento Fora do Domicílio – interestadual; Urgência e Emergência – que regula o usuário para os leitos complementares (UTI, Isolamento, CTQ, entre outros) do SUS ou contratados pela Rede PEBA; e Complexo Regulador Municipal do CISAPE (PERNAMBUCO, 2012).

#### *5.2.5 Ouvidoria*

Em Pernambuco, a Ouvidoria-Geral do Estado (OGE), foi legalizada por meio do decreto nº 32.476, de 14 de outubro de 2008, que dispõe sobre a criação da Ouvidoria Geral do Estado, considerando o estreitamento de vínculo com o usuário e qualificação da assistência prestada (PERNAMBUCO, s.d.; PERNAMBUCO, 2008).

A OGE encontra-se vinculada à Secretaria da Controladoria-Geral do Estado (SCGE), que objetiva receber e tratar as declarações, além de ordenar a Rede de Ouvidorias, por um sistema informatizado, analisa e monitorar as secretarias e órgãos do Poder Executivo Estadual. A ouvidoria busca fortalecer a cidadania e com isso evoluir nos serviços prestados aos usuários (PERNAMBUCO, s.d.; PERNAMBUCO, 2008).

Existem as ouvidorias centrais, que correspondem as localizadas em secretarias, que organiza e monitora as demais ouvidorias de sua rede; as setoriais, que correspondem as localizadas em órgãos/entidades que são coordenação pela Ouvidoria Central; as especiais, que não apresentam vínculo com a Ouvidoria Central e nem Ouvidoria Setorial; e as gerais, que coordena todas as unidades de ouvidorias do Poder Executivo Estadual e encontra-se ligada ao Gabinete da Secretaria da Controladoria-Geral do Estado (PERNAMBUCO, s.d.).

As ouvidorias devem trabalhar com a recepção de elogios, sugestões, solicitações, reclamações e denúncias, todas podem ser de forma identificada, sigilosa ou anônima. Os canais de acesso dos usuários para o serviço são: E-mail, formulário eletrônico, carta/ofício, atendimento presencial, telefone e caixas de sugestão. A ouvidoria possui um prazo de 20 (vinte) dias corridos, entre o registro e a conclusão da manifestação (PERNAMBUCO, s.d.).

### 5.3 Indicadores de Mortalidade e Morbidade

#### *5.3.1 Incidência de sífilis congênita*

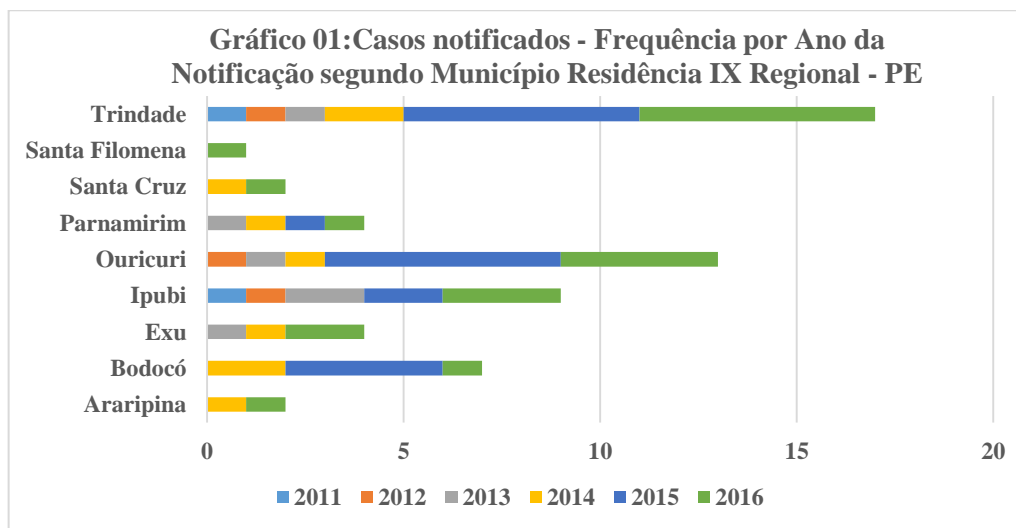
A notificação dos casos de sífilis congênita não corresponde ao de casos confirmados pelo agravo, apesar do aumento ao longo da linha histórica estudada. É possível verificar que



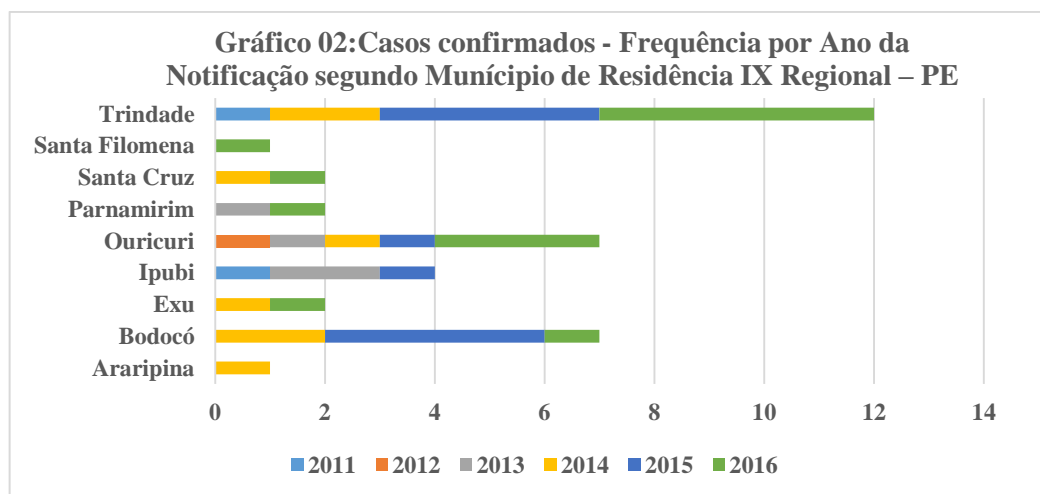
o número de casos notificados são bem maiores do que aqueles confirmados na regional, principalmente considerando os anos de 2012 a 2016.

Observa-se que os municípios que mais apresentam casos confirmados de 2011-2016 são: Trindade- 12 casos, seguido por Ouricuri e Bodocó com 07 casos cada, gráfico 02. Já em notificação obteve-se o município de Trindade com 17 notificações, acompanhado por Ouricuri – 13 e Ipubi – 09 notificações ao longo dos anos, gráfico 01.

Quando observado do ano de 2011 ao de 2016, no qual é o de maior destaque na linha histórica, obteve-se que tanto em notificações quanto em confirmações, há um aumento considerável de ano para ano, sendo o de 2016, aquele com mais notificações e casos confirmados na regional.



Fonte: SINAN



Fonte: SINAN

Considerando o indicador de morbimortalidade da Rede Cegonha, incidência de casos na IX Região de saúde, temos que, na linha histórica estudada a mesma encontra-se dentro do

preconizado no Brasil nos anos de 2011 e 2012. Porém, nos últimos 4 anos a região de saúde apresenta-se fora do parâmetro da taxa de incidência preconizado de  $\leq 0,5$  caso/1.000 nascidos vivos. Como pode ser visto na tabela 01.

Tabela 01: Taxa de incidência dos casos de Sífilis Congênita na IX Região de Saúde

Variável por ano na IX Região de Saúde	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<b>Total de casos confirmados</b>	2	1	4	8	10	13	38
<b>Nº de nascidos vivos</b>	6 520	6 343	5 798	5 968	6 062	5 616	42 886
<b>Incidência de casos</b>	0.30	0.15	0.68	1.34	1.64	2.31	0.88

Fonte: SINAN/SINASC

### 5.3.2 Taxa de óbitos infantis (neonatal) e (pós-neonatal)

As taxas de óbitos neonatal e pós-neonatal, tabela 02, conterà um resumo com o total por ano de ambas as taxas do indicador analisado. Frente a tabela, fica visível que a taxa de neonatal no ano de 2010 para 2013 decai, porém volta a crescer no ano seguinte. Já na taxa de pós-neonatal, observa-se uma baixa de 2010 para o ano de 2013, com acréscimo no ano seguinte, mantendo uma média de 5.19 – 4.61.

Tabela 02: Resumo com o total/por ano de ambas as taxas do indicador analisado.

Ano	Total de óbito neonatal	Taxa	Total de óbito pós-neonatal	Taxa
<b>2010</b>	105	15.95	43	6.53
<b>2011</b>	80	12.26	39	5.98
<b>2012</b>	84	13.24	28	4.41
<b>2013</b>	57	9.83	20	3.44
<b>2014</b>	62	10.38	31	5.19
<b>2015</b>	70	11.54	28	4.61
<b>2016</b>	79	14.06	29	5.16

Fonte: SIM; SINASC

No dados encontrados a taxa de mortalidade neonatal de Ipubi, é a maior no ano de 2010, seguida por Moreilândia e Granito. No ano seguinte encontra-se Moreilândia com a maior taxa, sendo Santa Cruz e Granito os seguintes. Em 2012, Moreilândia permanece com a maior taxa, seguida por Parnamirim e Araripina.

Santa Cruz aparece no ano de 2013 com maior taxa de mortalidade neonatal, seguida por Trindade e Moreilândia. Em 2014, o município de Exú tem a maior taxa, seguido por Bodocó e Parnamirim. No ano de 2015, Santa Filomena, Granito e Santa Cruz, são os municípios com maiores taxas. E no último ano de análise, os municípios de Trindade, Santa Cruz e Santa Filomena, ganham destaque.

Das taxas de mortalidade pós neonatal, o município com maior indicador no ano de 2010 foi Moreilândia, seguida por Trindade e Ipubi. No ano de 2011, o município de Exú apresenta maior taxa, sendo Ipubi e Trindade os seguintes. Porém no ano de 2012, Bodocó aparece com maior taxa, seguido por Araripina e Trindade.

Em 2013, os municípios de Granito, Ipubi e Ouricuri, são os que possuem maior taxa de mortalidade pós-neonatal. No ano de 2014, o município de Araripina apresenta maior taxa, seguida por Exú e Ipubi. As maiores taxas em 2015 estão nas cidades de Bodocó, Ouricuri, Santa Filomena. No último ano de análise, Trindade, Granito e Santa Cruz, são as evidências.

### 5.3.3 Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Tabela 03: Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) na IX Região de Saúde de Pernambuco

Ano	2010	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Óbito Materno de 10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0
Óbito Materno de 15 à 19 anos	1	4	1	1	0	1	8
Óbito Materno de 20 à 24	0	2	0	1	1	1	5
<b>Total</b>	1	6	1	2	1	2	13

Fonte: SIM; SINASC

O município de Parnamirim apresenta o óbito do ano de 2010; em 2012 na faixa etária de 15 a 19 anos, estão Araripina -2 casos, Bodoco-1caso e Granito-1caso; no mesmo ano, na faixa etária de 20 a 24 anos, os municípios são Araripina e Ouricuri. No ano de 2013 o óbito da região foi na cidade de Trindade.

No ano seguinte, 2014, o óbito da faixa etária de 15 a 19 anos ocorreu em Exú, e o de 20 a 24 anos no município de Araripina. Em 2015 o registro foi de Ouricuri, e no ano de 2016 na faixa etária de 15 a 19 anos o óbito aconteceu em Parnamirim e de 20 a 24 anos em Exú.

Considerando a descrição dos óbitos por cidades, observa-se que grande parte ocorreu na cidade de Araripina, mesmo que em anos diferenciados. Ao analisar a linha histórica, é possível verificar que a região possui uma média de um ou dois óbitos por ano, com exceção de 2012, que apresenta maior número absoluto, com um registro de 6 óbitos. Contudo, a faixa etária que mais apresenta óbito materno é a de 15 a 19 anos.

#### 5.3.4 Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

Tabela 04: Número Nascidos vivos por Faixa Etária da Mãe na IX Região de saúde

Ano	< 14a	15-19a	20-34a	35 e+	Ign.	Total
2010	97	1418	4452	611	1	6579
2011	84	1538	4291	607	-	6520
2012	99	1511	4160	573	-	6343
2013	64	1376	3823	535	-	5798
2014	90	1483	3825	570	-	5968
2015	93	1490	3910	569	-	6062
2016	63	1396	3678	479	-	5616
<b>Total</b>	590	10,212	28,139	3,944	1	42,886

Fonte: SINASC

Observa-se que ao longo dos anos de 2010 a 2016, tabela 04, as parturientes são adultas/jovens entre 20-34 anos, em média 65%. Porém o grupo de 15 -19 anos, de adolescentes da IX Região de Saúde, encontra-se como o segundo em parturientes, correspondendo a 24% do todo analisado. Importante descrever, que o número de mulheres menores de 14 até 19 anos, não se eleva ao longo da linha histórica apresentada.

Tabela 05: Número Nascidos vivos segundo IG < 37 semanas na IX Região de saúde

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Araripina	9	11	10	11	16	7	8	72
Bodocó	2	2	4	1	6	4	4	23
Exu	2	2	5	2	4	1	4	20
Granito	0	1	0	1	0	0	0	02
Ipubi	4	4	3	1	7	6	2	27
Moreilândia	0	2	5	1	0	3	0	11
Ouricuri	1	5	10	5	3	4	5	33
Parnamirim	1	3	3	0	1	0	3	11
Santa Cruz	1	0	3	7	3	3	0	17
Santa	2	0	5	0	0	0	0	7

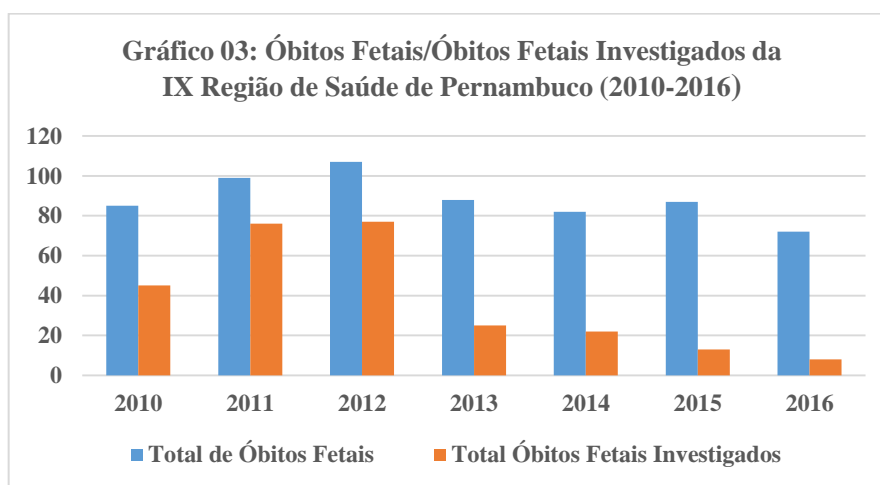
Filomena								
Trindade	3	4	2	3	2	1	5	20
Total	25	34	50	32	42	29	31	243

Fonte SINASC

Tendo por base a tabela 05, obtém-se que o município de Araripina apresenta o maior quantitativos de nascidos vivos menor que 37 semanas, concentrando 29,6% de tais casos durante os sete anos analisados. Em 2012, é possível observar o maior número de nascidos vivos com IG menor que 37. Verifica-se que a Região de Saúde, apresenta um quadro com pequenas oscilações nos últimos dois anos.

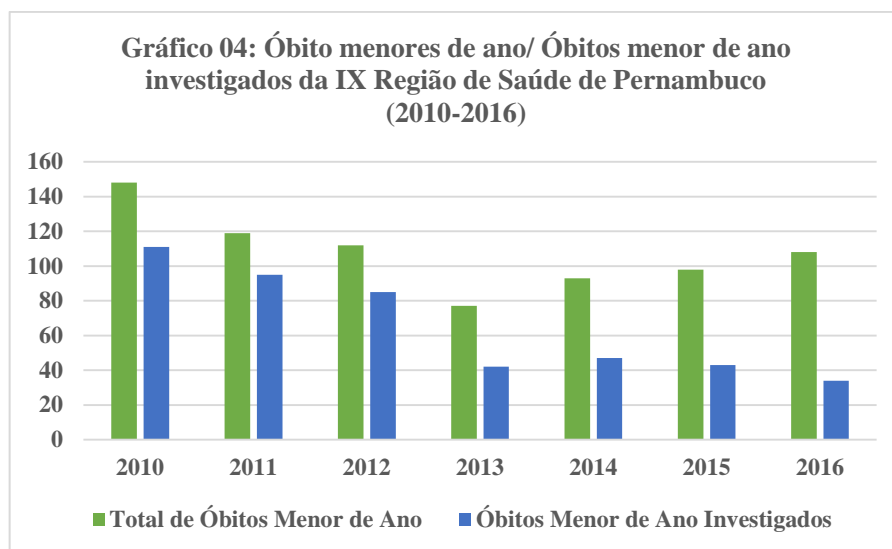
### 5.3.5 Porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados

O gráfico 03, apresenta a relação de óbitos fetais e óbitos fetais investigados. Observa-se que do ano de 2010 a 2012, os números aumentam em ambos, e no ano seguinte os números decrescem. Porém, observa-se que mesmo com tais alterações, ao longo de todos os anos, o número de óbitos investigados é sempre menor que os acontecidos na região, com ênfase em 2016.



Fonte: SIM

Os óbitos em menores de ano e suas investigações estão representados no gráfico 04. Observa-se que no ano de 2010, o quantitativo foi maior em ambos indicadores, porém ao longo da linha histórica, verifica-se uma diminuição até o ano de 2013, com acréscimo nos anos seguintes, em relação aos óbitos acontecidos na região; já de suas investigações observa-se um decréscimo de 2014 -2016.



Fonte: SIM

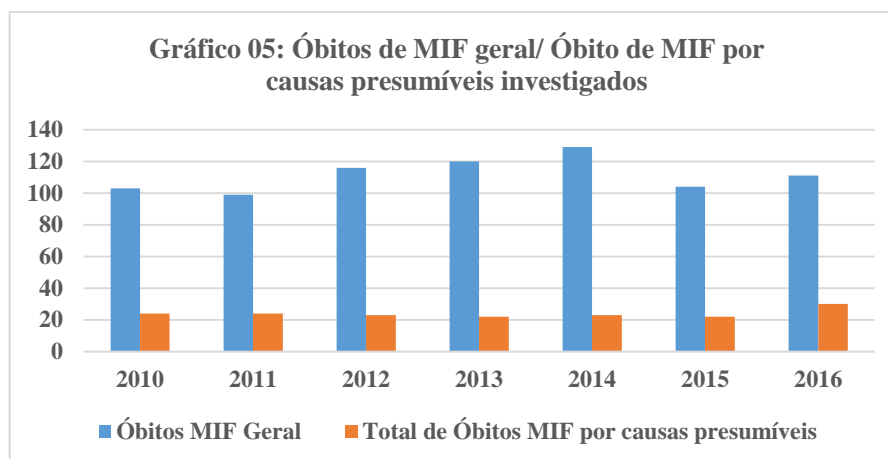
Realizando a porcentagem de óbitos fetais investigados, consta durante os anos de 2011-2012, o maior percentual de investigações na IX Regional de Saúde, considerando o período analisado; já nos dois últimos anos, obtém-se os menores indicadores de óbitos fetais investigados, chegando no ano de 2016 a 11%. Tabela 06.

Tabela 06: Porcentagens de óbitos investigados de 2010 – 2016, na IX Região de Saúde de Pernambuco

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Porcentagem óbitos fetais investigado	53%	76%	72%	28%	27%	15%	11%
Porcentagem óbitos menores de ano investigado	75%	80%	76%	54%	50%	44%	31%

### 5.3.6 Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

Os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) geral na IX Região de Saúde, possuem poucas variações, como pode ser visualizado no gráfico 05, e quando relacionados aos óbitos de MIF por causas presumíveis investigadas, pode-se alegar que tais óbitos representam um quantitativo constante na região durante o período estudado.



Fonte: SIM

Verificando a tabela 07, é possível visualizar que os óbitos MIF por causas presumíveis investigados, possuem uma constante entre 18% - 27% na região, não apresentando grandes variações ao longo da linha histórica trabalhada.

Tabela 07: Porcentagens de óbitos MIF por causas presumíveis investigados de 2010 – 2016, na IX Região de Saúde de Pernambuco

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Óbitos MIF Geral	103	99	116	120	129	104	111
Total de Óbitos MIF por causas presumíveis investigado	24	24	23	22	23	22	30
Porcentagem investigado	23%	24%	20%	19%	18%	21%	27%

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na descrição das ações e serviços estabelecidos pela RC na IX Região de Saúde, é possível notar sua estruturação e reestruturação na região estudada. O único recurso financeiro liberado, corresponde a realização de testes rápidos de gravidez. Mediante a necessidade da regional foi restabelecido a pactuação da RC com a rede obstétrica, seguindo basicamente o mesmo fluxo estabelecido no plano de ação da RC.

Observa-se novos direcionamentos na busca dos Centros de Parto Normal, dos leitos de UTI Neonatal no HRFB-Ouricuri e Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). A efetivação desses espaços fortifica a assistência na IX regional e amplia o acesso a saúde.

As presentes estruturas estabelecem as ações de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Com atendimento humanizado e de qualidade, garantindo a particularidade, respeito e autonomia da mulher, ao estabelecer um ambiente mais acolhedor e aconchegante, contando com o acompanhante de sua livre escolha (BRASIL,2011c).

Certificando-se por documentos descritos nos resultados, a RC possui uma lacuna nos incentivos financeiros, porém o Estado não investiu menos que o proposto na Lei Complementar 141/2012, que é de 12%. Nota-se que a rede é constituída por uma visão amplificada das ações que envolvem o público materno e infantil da região, e que busca-se aprimorar a assistência oferecida aos usuários com uso dos instrumento instalados e o quadro de profissionais/especialistas existentes no território.

O direcionamento da ação oferecida, torna-se de relevância para uma assistência de qualidade. Os complexos de regulação da IX região, facilitam o acesso dos usuários aos instrumentos ofertados na localidade, principalmente quando tratado do encaminhamento via CRIL, para o leitos obstétricos como apresentado no relatório do grupo condutor da RC de 2017.

Ao visualizar uma assistência de qualidade a população alvo da RC, deve-se pensar no deslocamento das gestantes para as suas devidas referências na rede. A atualização do PDR e da PPI, torna-se uma estratégia importante de diminuição dos riscos maternos/infantis.

Almeida e Szwarcwald (2012), destacam: um deslocamento intermunicipal para o parto, pode ser um fator relevante para a mortalidade infantil, e especialmente, quando há limitações nas ofertas de serviços.

No estudo realizado na cidade de Recife-PE, evidencia que na acessibilidade ao parto, foi encontrado dificuldades para as mulheres que se localizam mais distante dos hospitais, tendo que peregrinar em mais de uma instituição para obter o acesso a assistência. Essa



peregrinação é retrato da fragmentação das ações ofertadas ao pré-natal e ao parto, que proporcionam consequências negativas nas taxas de mortalidade materna (PINHEIRO, 2014).

Reforçando a importância da regulação Pinheiro (2014), enfatiza sua utilidade na garantia do atendimento integral, ágil e qualificado dentro do SUS. O sistema regulador possui uma previsibilidade dos leitos disponíveis, a equipe médica adequada para assistir o usuário e controla o fluxo de internação, transferência e altas hospitalares, evitando encaminhamentos inoportunos.

A sífilis congênita no Brasil, possui um parâmetro de taxa de incidência  $\leq 0,5$  caso/1.000 nascidos vivos. Com uma agenda de ações estratégicas para a redução da problemática, são traçadas prioridades como a qualificação da atenção à saúde e do compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado no município de Porto Velho -RO, encontrou-se um aumento da incidência de 0,9 casos para 8,65/1000 nascidos vivos, tornando a cidade acima da taxa do Estado local. Esse estudo foi realizado no período de 2009 – 2014, com dados coletados pelo SINAN do município foco. No mesmo foi encontrado 79,29% das gestantes realizando o pré-natal, na qual 60,10%, obtiveram o diagnóstico durante o mesmo e 55,1% foram tratadas incorretamente, mostrando um desafio na identificação precoce e tratamento adequado para usuárias gestantes com sífilis (MOREIRA et al, 2017).

Na pesquisa de Victora et al (2011), a taxa é de 1,7 por cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2006, e se for considerado as subnotificações, visualiza-se questionamentos sobre a mesma. Já em outra pesquisa realizada em Sobral - CE, a taxa de detecção de sífilis em gestante variou de 10,3 a 18,7 casos por mil nascidos vivos, referentes aos anos de 2007 a 2015(FERREIRA et al, 2017).

Na série histórica dos anos de 2010 à 2013, a taxa de incidência de sífilis congênita no Estado de Pernambuco, apresenta um aumento. No ano de 2010 a taxa de incidência era de 3,55, seguindo em 2011- 4,79, 2012 – 5,33 e 2013 com a taxa de 6,71 por mil nascidos vivos (PERNAMBUCO, 2016).

Entre o ano de 2010 – 2016, foi observado uma elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e nas taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos. Houve um aumento de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, simultaneamente. Considerando o ano de 2016 as taxas de incidência de sífilis congênita foram superiores à taxa nacional em vários Estados do Brasil, estando Pernambuco entre estes, com 10,4 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017).

Assim como em outras localidades, a IX Região de Saúde de Pernambuco apresenta um acréscimo da taxa de incidência de sífilis congênita. Porém observa-se que diferente dos estudos relatados, a região sai de uma taxa preconizada no Brasil – 0,30 por mil nascidos vivos, para uma variação crescente, que chega 2.31 por 1.000 nascidos vivos. Possibilitando ponderar se o aumento faz parte de reflexo do processo de qualificação da assistência oferecida na região, tornando os casos possíveis de notificações.

O estudo realizado por Dantas; Alcântara e Silva, (2014) mostra que as publicações sobre sífilis, associam a assistência do pré-natal como causa de aumento de casos, contudo aponta que os estudos devem considerar a qualidade deste serviço como estratégia de combate ao aumento de casos de sífilis congênita.

Nos últimos anos, no Brasil, foi observado um acréscimo constante de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Relaciona-se, por vez, este aumento ao alargamento da cobertura de testagem com ampliação do uso de teste rápidos, redução do uso de preservativo pela população, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, e o aperfeiçoamento do sistema de vigilância (BRASIL, 2017).

Segundo o “Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores”, o indicador de sífilis congênita, é importante para o monitoramento da gestão, devido o mesmo expressar a qualidade do pré-natal. Considerando que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação da usuária, e do seu parto (BRASIL,2014).

O Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - DIAHV, planeja a implantação de um projeto que busca resposta rápida à sífilis nas redes de atenção, visando a redução da sífilis adquirida e em gestantes, e por vez, eliminar a sífilis congênita no Brasil. Tal ação é planejada para o ano de 2018, com o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação, buscando uma resposta integrada e colaborativa (BRASIL, 2017).

Como mostrado no referencial teórico, a mortalidade infantil, compõe um indicador de desenvolvimento da sociedade. E por este motivo, sempre foi visada pelos gestores, até mesmo, mais que as gestantes. (VICTORA et al, 2011).

A mortalidade neonatal, que corresponde ao óbito ocorrido entre 0 a 27 dias de vida, é considerada o principal componente da mortalidade infantil desde o final da década de 80, e encontra-se relacionada a 60% e 70% da mortalidade infantil, em território brasileiro. Dentro dos obtidos neonatais, é comum que o mesmo ocorra entre o nascimento e o sexto dia de vida, o que enfatiza a relação com a assistência prestada no parto e no nascer (BRASIL, 2009).

Mesmo o parto sendo abordado como uma urgência prevista na saúde, os avanços na organização e estruturação para sua ocorrência é limitada. Pois é visível a desarticulação vivenciada constantemente por usuárias da rede, além da fragilidade entre os componentes do pré-natal e do parto para a maioria da população brasileira (FRANÇA; LANSKY, 2009).

A mortalidade neonatal apresenta vinculação também com as causas preveníveis, que estão relacionadas ao acesso e ações prestadas na saúde, assim como, na qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Logo, a organização da atenção perinatal, considerando a mulher em sua integridade, com regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal, parto, recém-nascido e à puérpera, tornam-se de suma importância (BRASIL, 2009).

O coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal está relacionado ao número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos. Sua interpretação permite a estimativa do risco que um nascido vivo tem de morrer dos 28 aos 364 dias de vida. Encontra-se ligado ao desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que proporcionam a desnutrição infantil e as infecções associadas. Logo, o acesso e a qualidade para a saúde materno-infantil são fatores decisivos para manutenção de taxas de mortalidade pós-neonatais baixas (BRASIL, 2009).

As taxas de mortalidade, encontradas na região estudada, alteram consideravelmente de óbitos neonatais para os pós-neonatais, tendo o primeiro sempre taxas mais elevadas do que o segundo. Sabe-se que a integração dos serviços de saúde, fluxos bem determinados e qualidade ofertada, pode ampliar o acesso ao SUS, assim como diminuir tais taxas. Ao analisar que os óbitos ocorrem em grande parte do nascer a 27 dias, a assistência voltada a essa mulher e a criança que acaba de nascer deve ser melhor estruturada, principalmente considerando o aumento da taxa de 2013-2016.

A mortalidade infantil (MI) possui vários fatores, como é mencionado por França e Lansky (2009). Entre tais fatores é apontado questões biológicas, comunitárias, culturais e de lacunas do sistema de saúde, portanto, as ações para diminuir a realidade vivenciada da MI, encontra-se relacionada a mudanças estruturais de condições de vida da população, como também das ações do SUS.

A PPI vigente no território, segue uma pactuação anterior a implantação da RC, sua atualização é uma ação necessária e associada as atribuições da gestão do SUS. Logo, nota-se a importância de reestabelecer suas diretrizes e relacioná-la com as novas demandas legais e territoriais vivenciadas na região.

No ano de 2000 a 2010, o nordeste, mostra redução de óbitos infantis do período pós-neonatal (BRASIL, 2012e). Esse processo continua na IX região, onde é importante observar que no ano de 2010, a taxa foi de 6,53 e no ano de 2016 a taxa era de 5,16 por mil nascido vivos. Apesar da análise positiva, é importante pontuar que houveram oscilações no indicador, devendo os municípios da regional ficarem atentos aos mesmos.

A Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004, preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna, e dos Estados, complementar a atuação dos municípios (BRASIL, 2004).

A relevância do indicador de percentual de investigação de óbitos infantis e fetais encontra-se em medir o esforço de aperfeiçoamento da informação sobre mortalidade infantil, levando à reclassificação quando necessário e a pontuação de determinantes que ocasionaram o óbito. Permitindo aos gestores locais realizar/planejar ações na prevenção de ocorrências de eventos similares (BRASIL, 2014).

O estudo em grande escala sobre o óbito investigado, origina uma análise e conclusão mais precisa, portanto devem ser discutidos em todos os níveis da atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência. Além de proporcionar maior análise, a discussão compartilhada, permite que os profissionais avaliem os problemas ocorridos para aperfeiçoar suas rotinas de trabalho e evitar novos óbitos por causas presumíveis (BRASIL, 2009).

Em estudo realizado por Pereira (2016), na cidade de Caicó-RN, foi encontrado um baixo percentual de investigação - 45,3%, das fichas de óbitos infantis e fetais. Além da baixa investigação, ocorreram, com predominância, após o prazo oportuno estipulado pelo Ministério da Saúde. A pesquisadora enfatiza a fragilidade da vigilância de óbito do município e pontua a importância dos dados para ações efetivas sobre a saúde local.

Na IX Região de Saúde, é possível observar uma fragilidade nas investigações dos óbitos infantis-fetais, assim como na pesquisa supracitada. Durante os anos de 2011-2016, e considerando os dois tipos de óbitos, o número de investigação caiu consideravelmente na IX região, quando comparado ao número de óbitos ocorridos por ano.

É visível que no ano de 2011 e 2012, há porcentagens melhores da regional, chegando a 80% dos óbitos por menores de 1 ano investigados e 76% dos óbitos fetais investigados; contudo nos dois últimos anos a fragilidade tem ficado mais evidente, chegando a 11% no ano de 2016, os óbitos fetais e 31% nos menores de um ano.

Todos os municípios do Estado pactuaram a notificação e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, porém ainda existem problemas de cobertura e, principalmente, de qualidade da investigação. Com a investigação de óbito de mulheres em idade fértil resgata-se informações omitidas na Declaração de Óbito (Razão de Mortalidade Materna Bruta), o que possibilita recuperar mortes maternas não declaradas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (PERNAMBUCO 2011b).

Além de recuperar os óbitos maternos não declarados, a análise dos óbitos de mulheres em idade fértil, possibilita identificar determinantes da origem de óbitos materno, que possam apoiar os gestores no desenho de ações que promovam a saúde e previnam eventos similares na população (BRASIL,2014).

Nos dados encontrados na presente pesquisa, observou-se uma porcentagem de investigação dos óbitos MIF por causas presumíveis de 18% - 27%; porcentagem pequena frente aos números de óbitos MIF geral. Tendo em vista a necessidade de tais investigações para qualificação da assistência frente a um desenho real da mortalidade materna, a região deve buscar novas estratégias que estimulem as investigações MIF, para o resgate de possíveis óbitos maternos não declarados.

Sobre os óbitos maternos por faixa etária e municípios, Araripina encontra-se em destaque, assim como na análise de nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas. Articulando com sua cobertura de ESF baixa, pode-se pensar que esta lacuna tem proporcionado baixa assistência em seu território e conseqüentemente maiores agravos a sua comunidade, necessitando de um olhar mais delicado.

Em pesquisa realizada, por Silva et al (2013), evidencia-se um estudo no ano de 2010 do MS, que quando considerando a variável de idade, as adolescentes representaram 16,4% do total de óbitos por causas maternas. Outras pesquisas, apresentadas pelo trabalho, mostram uma quantidade significativa de óbitos na faixa etária, o que vislumbra um alto risco nas gestações de tal público.

Na IX região os óbitos maternos estão concentrados, ao longo da linha do tempo estudada, na faixa etária de 15 a 19 anos. Esse dado alerta os gestores a pensar em estratégias voltadas a sexualidade e adolescência, tendo em vista que trata-se de uma gestação de alto risco para tal público, e que estas mulheres, encontram-se em segundo lugar entre as parturientes da regional.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, aprofunda as responsabilidades do SUS com a mulher brasileira. Reconhecendo as mulheres em suas

especificidades e ciclos de vida, diante das faixas etárias e distintos grupos sociais (BRASIL, 2010f).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Cegonha, como estratégia do governo, que busca estabelecer um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, na IX Região de Saúde de Pernambuco, encontra-se em processo de articulação com os instrumentos de saúde existentes, a lacuna de profissionais qualificados para a demanda e recursos financeiros limitados.

As ações desenhadas pela RC, estão no nível de replanejamento, principalmente, quando verificado o registro do grupo condutor de 2017, no qual, entre vários direcionamentos, sinaliza a pactuação que modifica o perfil dos leitos obstétricos, seguindo a referência estabelecida para cada município no plano de ação da RC da IX Região de Saúde de 2012.

Abordando os indicadores de morbimortalidade, os dados mostram que a sífilis congênita cresceu ao longo do tempo analisado, e que pode ser um reflexo da assistência oferecida. As taxas de óbitos neonatal e pós-neonatal, correspondem a uma realidade possível de evolução, principalmente, devido a ênfase do programa RC, em diminuir o óbito neonatal, que na região chegou a cair, mas tem aumentado nos últimos três anos analisados. Sobre o número absoluto de óbitos maternos por faixa etária, o público de adolescentes representa maior parte dos registros, e correspondem ao segundo grupo de parturientes da região, merecendo destaque nas discussões de ações da gestão local.

A porcentagens de óbitos investigados infantis e fetais, apresentam uma queda na linha histórica analisada; já a porcentagem de óbitos MIF por causas presumíveis investigados, exibem uma variação pequena no histórico, mas com uma porcentagem muito inferior ao número de óbitos gerais por MIF.

Contudo, a análise do indicador de morbidade e mortalidade materno e infantil da região, enfatiza que os dados encontrados, necessitam de debates entre os gestores, profissionais e usuários para estabelecer direcionamentos, que visem a resolutividade das demandas encontradas com menor danos à saúde coletiva. Assim como a PPI, que é o único indicador da gestão que foi elaborado anterior as pactuações realizadas na construção da Rede Cegonha, precisando ser avaliado e por vez revisto, frente as demandas atuais da regional.

O presente estudo viabiliza maior debate da situação materna infantil em associação a RC, servindo como base para o direcionamento de ações da gestão local e ampliação do estudo aos demais indicadores da RC, estabelecendo um quadro situacional mais detalhados para ampliação e aprimoramento das intervenções da gestão local.

Portanto, a assistência materna e infantil deve continuar sendo alvo de debates e estudos científicos, com o objeto de conhecer, analisar e readequar a assistência oferecida a população, refletindo na promoção de saúde coletiva no território brasileiro e reconhecendo a amplitude do modelo de cuidado desenhado pela Rede Cegonha.



## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Rivaldo Mendes de; CECATTI, José Guilherme; HARDY, Ellen; FAÚNDES, Aníbal. Mortalidade materna em Recife. 1. Avaliação da subnumeração de estatísticas oficiais. On-line version ISSN 1678-4464. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.13 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1997. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acessado em: 18/01/2018.
- ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. On-line version ISSN 1518-8787. **Rev. Saúde Pública**. vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012 Epub Jan 06, 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acessado em: 18/01/2018.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010. Disponível em: <  
[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/o\\_atlas\\_/>](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/>) Acessado em: 18/01/2018.
- BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010g.
- \_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico**. Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde ISSN online 2358-9450. 2017. Disponível em: <  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>> Acessado em: 13/02/2018.
- \_\_\_\_\_. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. /– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012f**.
- \_\_\_\_\_. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011c. Disponível em:  
 <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT]%20(1).pdf> Acessado em: 23/02/2018.
- \_\_\_\_\_. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. ISSN 1806-1192. Ano V, maio/junho de 2004b.
- \_\_\_\_\_. **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04. Brasília – 2004a disponível em: <  
[http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf)> acessado em: 23/11/2017.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011d.
- \_\_\_\_\_. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2011**. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília – DF. 2012e. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf)> Acessado em: 23/11/2017.

BRASIL. **SAÚDE DA MULHER: Um diálogo aberto e participativo**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2010f.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM**. Disponível em:

<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>> Acessado em: 17/11/2017.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes; CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza; GOMES, Cristiane Faccio; BENNEMANN, Rose Mari. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público** Brasília 65 (2): 227-244 abr/jun 2014.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; JUNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; VACONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de; GUERRERO, André Vinicius Pires. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. vol.23 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014)> Acessado em 23/02/2018.

DANTAS, Cleiseana; ALCÂNTARA, Júlia Fonseca; SILVA, Rita de Cássia Velozo da. Fatores associados ao aumento de casos de sífilis congênita: uma revisão bibliográfica. 2014. Disponível em:

<<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/680/1/TCC%20final.pdf>> Acessado em: 26/02/2018.

FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4457-4466. 2014. Disponível em:

<[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4457.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4457.pdf)> Acessado em: 24/02/2018.

FERREIRA, Lenivaldo. **Tipos de pesquisas. O que é e para que serve**. 2012 Disponível em: < <http://www.administradores.com.br/producao-academica/tipos-de-pesquisas-o-que-e-e-para-que-serve/5236/>>. Acessado em: 25/03/2017.

FERREIRA, Verena Emmanuelle Soares; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; JÚNIOR, David Gomes Araújo; MESQUITA, Anna Larissa Moraes; Tomaz, Amanda Lourenço. Avaliação de indicadores da assistência pré- natal com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita. **SANARE**, Sobral - V.16 Suplemento n.01, p.68-73, 2017. Disponível em: <

file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1141-2776-1-SM.pdf> Acessado em 18/01/2018.

FRANÇA E , LANSKY S . **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas** . In: Rede Interagencial para Saúde , organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências . Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde ; 2009 . 85 - 112 .

GERHARD, Tatiana Engel; SILVEIRA Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUERRA, Heloísa Silva; HIRAYAMA, André Bubna; SILVA, Aline Karolyne Cândida da; OLIVEIRA, Bruno de Jesus Silva; OLIVEIRA, Jaqueline Francisca de Jesus. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**. v. 18, n. 1, p. 73-80. 2016. Disponível em: <

<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/icesumar/article/view/4897/pdf>> Acessado em 24/02/2018.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; OLIVEIRA, Davisson Michetti de; ALENCAR, Lucas Noronha de; CAVALCANTE, Daniela Ferreira Borba; PINHEIRO, Aldrin de Sousa; ORFÃO, Nathalia Halax. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Revista Cogitare Enfermagem**. (22)2: e48949, 2017. Disponível em: <

<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/48949-200945-1-PB.pdf>> Acessado em: 15/02/2017.

NUNES, Teixeira; GOMES, Keila Rejane Oliveira; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 24 (2): 252-261. 2016. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>> Acessado em: 14/03/2018.

ONU. **Objetivos de Desarrollo del Milenio**. 2000. Disponível em:<

[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/)> Acessado em: 22/11/2017.

PERNAMBUCO. **Boletim Sífilis**. Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST Nesta Edição: 1 sífilis. ano 5, nº 1 1º semestre. 2016. Disponível em: <

[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim\\_sifilis\\_pe\\_-\\_2016.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_sifilis_pe_-_2016.pdf)> Acessado em: 19/03/2018.

\_\_\_\_\_. **Manual de ações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**. O passo a passo da vigilância ao óbito materno. Secretaria Estadual de Saúde – PE. 1ª edição Recife-PE. 2011b. Disponível em: <

<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Manual%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Investiga%C3%A7%C3%B5es%20de%20C3%93bitos%20de%20Mulheres%20em%20Idade%20F%C3%A9rtil%20e%20C3%93bitos%20Maternos.pdf> > Acessado em: 16/02/2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 32.476, de 14 de outubro de 2008**. Disponível em:

<<http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=7982&tipo=TEXTTOATUALIZADO>> Acessado em: 11/02/2018.

\_\_\_\_\_. **Manual de Procedimentos da Rede de Ouvidorias do Poder Executivo de Pernambuco**. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado. S/D. Disponível em:

<[http://www.upe.br/ouvidoria/images/documentos/Manual\\_de\\_Procedimentos\\_da\\_Rede\\_de\\_Ouvidorias\\_do\\_Poder\\_Executivo\\_de\\_Pernambuco.pdf](http://www.upe.br/ouvidoria/images/documentos/Manual_de_Procedimentos_da_Rede_de_Ouvidorias_do_Poder_Executivo_de_Pernambuco.pdf)> Acessado em: 11/02/2018.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização - PDR**. Secretaria de saúde do estado de Pernambuco. 2011a. Disponível em:

<<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/PLANO%20DIRETOR%20DE%20REGIONALIZA%C3%87%C3%83O%202011.pdf>> Acessado em: 11/02/2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Informações em saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral**. 2011/2017. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-gestor>> Acessado em: 12/02/2018.

PINHEIRO, Hérika Dantas Modesto. **Do domicílio ao parto**: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE. Dissertação, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SILVA, Vanessa Danielle Mendes Ferraz da; QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves; QUEIROZ, Rafaelle Cristina Cruz da Silva; RIBEIRO, Thatiana Silvestre Fernandes; FONSECA, Maíse do Socorro Santos. Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos ocorridos no Estado do Maranhão em 2011. **Rev. Ciênc. Saúde** v.15, n. 1, p. 47-54, jan-jun, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1921-15030-1-PB.pdf>> Acessado em:25/02/2018.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015.

VICTORA, Cesar G; AQUINO, Estela M L; LEAL, Maria do Carmo, MONTEIRO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C; SZWARCOWALD, Celia L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Publicado online 9 de maio de 2011. DOI:101016/S0140-6736(11)138-4.

XAVIER, Saulo Bezerra. **Mortalidade materna em Pernambuco**: uma revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.