

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM**  
**GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

YRISMARA PEREIRA DA CRUZ

**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL NO PANORAMA**  
**DA REDE CEGONHA PARA UMA REGIÃO DE SAÚDE DE**  
**PERNAMBUCO**

SALGUEIRO

2018

YRISMARA PEREIRA DA CRUZ

**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL NO PANORAMA  
DA REDE CEGONHA PARA UMA REGIÃO DE SAÚDE DE  
PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Co-Orietador: Anderson Danilo Dario Lima

SALGUEIRO

2018

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>07</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>09</b>
Rede Cegonha e sua implantação na VII Regional.....	09
Análise da mortalidade Infantil para a VII Regional .....	11
Implementação da Rede Cegonha a partir dos indicadores da mortalidade infantil.....	14
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>23</b>
<b>NORMAS DA REVISTA.....</b>	<b>24</b>

## **Análise da mortalidade infantil no panorama da Rede Cegonha para uma Região de Saúde de Pernambuco**

Yrismara Pereira da Cruz <sup>1</sup>, Garibaldi Dantas Gurgel Junior<sup>2</sup>, Anderson Danilo Dario Lima<sup>3</sup>.

### **RESUMO**

O presente artigo teve por objetivo avaliar como se comportou o indicador da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) frente à implantação e implementação da Rede Cegonha (RC) para a VII Regional de Saúde de Pernambuco no período de 2012 a 2016. Metodologicamente, tratou-se de uma pesquisa descritiva que conjugou de abordagem quantitativa. Os dados para a discussão foram extraídos do SIM, Sinasc, documentos institucionais e atas da CIR da VII Regional correspondente ao período de 2012 a 2016. Concluiu-se que embora não seja possível assegurar que a TMI para a VII Regional manteve-se alta durante o período de estudo devido a não estruturação da RC, certamente os vazios assistenciais da rede contribuíram para isso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede Cegonha. Mortalidade Infantil. Regionalização.

---

<sup>1</sup> Escola de saúde Pública de Pernambuco. E-mail: yrismaracruz@hotmail.com

<sup>2</sup> Orientador.

<sup>3</sup> Co-orientador.

## **Introdução**

Segundo a Rede Interagencial de Informação para Saúde (RIPSA) (2008) a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é o indicador responsável por estimar o risco de uma criança nascida viva morrer antes de completar seu primeiro ano de vida, esse cálculo se dá através do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado.

A saber, a taxa de mortalidade infantil pode ser dividida em períodos a depender da idade de morte da criança, sendo: mortalidade neonatal que se refere às mortes que ocorrem nas quatro primeiras semanas de vida da criança e se divide em neonatal precoce (de 0 a 7 dias), e neonatal tardio (de 8 a 28 dias) e a mortalidade infantil pós-neonatal que se refere às mortes que ocorrem de 29 dias a menor que 1 ano de idade da criança (LIMA, 2017).

De acordo com Sardinha (2014) essa divisão é importante, pois são diferentes os conjuntos de causas de morte que incidem em cada um dos períodos. Um exemplo disto é que a mortalidade neonatal está mais relacionada à qualidade da atenção à saúde, enquanto a mortalidade pós-neonatal relaciona-se mais ao ambiente em que a criança cresce e interage.

No Brasil, tendo em vista que uma das metas propostas nos objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foi à redução da taxa de mortalidade infantil a níveis inferiores a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos até 2015, o país conseguiu cumpri-la chegando em 2015 com a estimativa de 13,8 mortes por mil nascidos vivos. No entanto, quando comparado aos demais países sul-americanos, o Brasil apresenta taxas mais elevadas do que Equador, Colômbia, Argentina, Uruguai e Chile, sendo que os dois últimos apresentaram taxas inferiores a 10/1.000 NV em 2013 (LIMA, 2017).

Outro ponto relevante no tocante da mortalidade infantil no Brasil é que embora na última década as disparidades sociais, econômicas e de indicadores de saúde tenham diminuído, as diferenças intra e inter-regionais das taxas de mortalidade infantil persistem. Um exemplo desse fato é que segundo dados do IBGE (2016) em 2015, a região norte do país apresentou taxa de 18,1 óbitos/1.000 nascidos vivos (NV); na região nordeste, a TMI foi 17,5; nas regiões sudeste e sul as TMI ficaram entre 9,7 e 10,7 óbitos/1.000 NV e a região centro-oeste apresentou TMI de 14,8. Os valores extremos no cenário nacional foram de 9,2 no Espírito Santo e 23,5 no Amapá. Vale salientar, que nesse contexto o principal componente da TMI atualmente é o neonatal precoce (0-7 dias de vida) que segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM correspondeu a 60,1% em 2014.

No que diz respeito às causas que levam o número de mortes infantis no Brasil, alguns autores apontam que é um evento em sua maioria prevenível, ou seja, poderiam ser evitadas

através de tecnologias adequadas de atenção à saúde, visto que estudos apontam a relação da mortalidade infantil com fatores associados a atenção à saúde como: atenção ao pré-natal, tipo de parto, parto realizado em hospitais do SUS, baixa cobertura de recursos de saúde, incluindo leitos hospitalares e estratégia da saúde da família, entre outros (SARDINHA, 2014).

Sendo assim, com o intuito de melhorar a assistência e conseqüentemente os indicadores no componente materno e infantil, o Governo Federal vem adotando medidas desde a década de 90, como por exemplo, a implantação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança com vistas a reduzir a Mortalidade Infantil, entre outros (SARDINHA, 2014).

Ainda dentro desse contexto de assegurar a assistência materna e infantil, em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha (RC), um modelo de atenção ao parto e nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90 e diz respeito a uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implantar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (SANTOS, 2013).

Com isso, a Rede Cegonha é instituída no Brasil através da portaria MS/GM nº 1.459/2011 e busca a melhoria da atenção prestada a mulheres e crianças, através da operacionalização das políticas já criadas, articulando pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais. Sendo assim, seu objetivo é fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade, colaborando, deste modo, para a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

É relevante destacar que a Rede Cegonha é composta por quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e acompanhamento da criança e transporte e regulação. Esclarecendo os componentes da rede, vale enfatizar que o componente Pré-Natal refere-se à garantia que as gestantes têm de serem atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visa estimular a captação precoce e garante os exames de pré-natal de risco habitual e alto risco, além da vinculação da gestante da UBS à maternidade. No componente Parto, a RC propõe garantir leitos suficientes, o direito ao acompanhante, boas práticas e conselho gestor atuante (BRASIL, 2011a).

No componente Puerpério e Atenção à Criança é estimulado o aleitamento materno, o acompanhamento da criança de 0 a 24 meses, busca ativa das crianças vulneráveis e

planejamento reprodutivo. Por fim, no componente Transporte e Regulação, a RC estabelece apoio financeiro às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto (BRASIL, 2011a).

Referente à implantação da Rede Cegonha, esta ocorre através da avaliação da taxa de mortalidade infantil, razão da mortalidade materna e a densidade populacional. Quanto a sua operacionalização esta se dá pela execução de cinco fases: adesão e diagnóstico, desenho Regional da Rede Cegonha, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação (BRASIL, 2011b).

Todavia, embora a RC faça parte de uma proposta do governo Federal, caberá aos Estados e Municípios a sua aplicação, podendo se dá através da adesão regional (aqui são pactuadas ações para os quatros componentes da Rede Cegonha) e adesão facilitada ou adesão integrada (os municípios que não integram uma região prioritária podem aderir os componentes de Pré-natal e Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança) (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Tendo em vista que a adesão da Rede Cegonha nas regiões de saúde do Estado de Pernambuco se deu no ano de 2012, a problemática do presente estudo se voltou para o seguinte questionamento: sendo um dos objetivos da Rede Cegonha a redução da mortalidade infantil no componente neonatal e tendo em vista que a VII Região de Saúde de Pernambuco implantou essa rede em 2012, de que a maneira a TMI tem se comportado após essa implantação?

Através do exposto, o presente artigo teve por objetivo geral avaliar o comportamento do indicador de mortalidade infantil frente à implantação e implementação da Rede Cegonha na VII Regional de Saúde de Pernambuco entre o período de 2012 a 2016. E como objetivos específicos compreender o processo de implantação da RC para a VII Regional; Averiguar o comportamento dos indicadores da mortalidade infantil entre os anos de 2012 a 2016 e por fim analisar como a RC inferiu sobre a TMI para a presente regional.

## **Método**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, que segundo Gerhardt (2009) exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, pretendendo assim, descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Vale destacar que o estudo conjugou de abordagem quantitativa.

O local onde a pesquisa foi executada diz respeito a VII Região de Saúde de Pernambuco, que tem como sede a cidade de Salgueiro. A regional por sua vez, está localizada na região centro-oeste, sertão central, sendo composta por sete municípios, inserida na IV Macrorregião Petrolina, sendo eles: Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante com estimativa populacional para o ano de 2016 de 145.716 habitantes (PERNAMBUCO, 2012a).

Referente às informações sobre a implantação e implementação da Rede Cegonha na VII Regional, estas foram extraídas de documentos institucionais como o Plano de Ação Regional (2012a), Análise Situacional da Rede Cegonha (2016) e de documentos estaduais que abordam a rede cegonha e de alguma forma trazem informações sobre a regional onde a pesquisa foi desenvolvida.

Para o cálculo dos coeficientes referente à taxa de mortalidade infantil, os dados sobre nascimentos e óbitos relativo à VII Região de Saúde no período de 2012 a 2016 elucidados neste estudo, foram extraídos das estatísticas de nascimento do Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC) e das estatísticas de mortalidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Através do SIM também foram extraídos dados referente às principais causas dos óbitos e do SINASC a faixa etária da mãe, a cor da mãe e grau de escolaridade.

Os dados referentes à mortalidade infantil foram organizados de acordo com a idade, sendo dividido em: neonatal precoce, neonatal tardia, mortalidade pós-neonatal. Essa divisão foi relevante para se compreender a posição que cada taxa ocupa no contexto geral da mortalidade infantil na regional.

Tendo em vista que um dos objetivos da rede cegonha é reduzir a mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal precoce e sendo que esse coeficiente reflete a condição da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sendo esses componentes da Rede Cegonha, vale salientar que foi realizado um levantamento referente ao número de consultas pré-natal, assim como os tipos de partos realizados na VII regional entre os anos 2012-2016 através do SINASC.

No tocante das discussões existentes sobre a Rede Cegonha em consonância com a mortalidade infantil, foram analisadas as atas da Comissão Intergestores Regional (CIR) entre os anos de 2012 a 2016, é importante destacar que essa análise teve uma limitação devido ao fato de todas as atas não estarem digitadas, com isso, algumas atas de cada ano não foram analisados.

Por fim, para a realização da presente pesquisa na VII Regional de Saúde houve a liberação para o estudo por meio de uma carta de anuência. Por trata-se de uma pesquisa que



utilizasse de dados secundários, disponibilizados de modo coletivo, não havendo identificação dos indivíduos e estando, portanto, em consonância com os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, dispensou a aprovação de um comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

## Resultados

### Rede Cegonha e sua implantação na VII Regional

A Rede Cegonha foi implantada na VII Regional de Pernambuco no ano de 2012 com o intuito de melhorar a assistência materna e infantil. O quadro 1 aborda os documentos que foram analisados para a obtenção dos dados referente a essa implantação.

*Quadro1. Documentos referentes à implantação da Rede Cegonha, VII Regional.*

	PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE CEGONHA DA VII REGIÃO DE SAÚDE	PORTARIA ESTADUAL RESOLUÇÃO CIB/PE Nº1.872	RESOLUÇÃO CIR Nº 04
O QUE É?	Instrumento que apresenta o cenário epidemiológico e as características da região.	Resolução que homologa os planos regionais da Rede Cegonha do estado de Pernambuco.	A Comissão Intergestores Regional - CIR é o espaço regional onde ocorrem as negociações e decisões entre os gestores municipais e o estado.
O QUE CONTÉM?	Programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários.	A adesão por parte das 12 Regiões de Saúde de Pernambuco dos 4 componentes da Rede Cegonha.	As pactuações para a Rede Cegonha VII Regional.
AUTORES	Grupo condutor estadual da rede cegonha; Prefeitos municipais; Componentes da Comissão Intergestores Regional – CIR- VII GERES.	Presidente da Comissão Intergestores Bipartite CIB/PE e Presidente do Colegiado de Secretários Municipais de saúde COSEMS/PE	Componentes da Comissão Intergestores Regional – CIR- VII GERES
ANO	2012	2012	2012

Para a apresentação do cenário epidemiológico da VII Regional o Plano Regional de Ação (2012a) apresenta quatro grupos de indicadores, sendo eles: Indicadores de Mortalidade e Morbidade, Indicadores de Atenção, Situação da Capacidade Hospitalar Instalada e indicadores de Gestão.

No que diz respeito aos indicadores de mortalidade e morbidade o cenário apresentado pelo plano foi referente ao ano de 2009 onde o número de nascidos vivos foi de 2727. A taxa de mortalidade infantil apresentou para este ano citado percentual de 21,3% (58 óbitos), sendo que 16,1% (44) ocorreram no período neonatal e 5,1% (14) no período pós-neonatal, destes óbitos 55,2% (32) foram investigados. No tocante ao número de óbitos maternos vale salientar que foram dois (PERNAMBUCO, 2012a).

No panorama dos Indicadores de Atenção, a cobertura da atenção básica para o ano de 2009 foi de 94,32%, relativo ao número de mães com 7 e mais consultas pré-natal essa cobertura correspondeu a 48,0% e no tocante ao tipo de parto para o respectivo ano o parto cesáreo obteve um percentual de 31,7% enquanto o vaginal 68,2 % para 2727 nascidos vivos (PERNAMBUCO, 2012a).

Na Situação da Capacidade Hospitalar Instalada para o ano de 2010 os municípios pertencentes a VII Região de Saúde disponibilizavam de serviços próprios de pré-natal de risco habitual, onde procedimentos como exames e consultas eram realizados através da atenção primária a saúde e que os partos de risco habitual que não apresentavam intercorrências durante a gestação eram realizados na rede municipal. No entanto, quando se tratava de uma gestação de alto risco o acompanhamento do pré-natal era compartilhado com o município de Salgueiro no Hospital Regional Inácio de Sá, com Petrolina e Recife (PERNAMBUCO, 2012a).

Pertinente as gestações de alto risco, bem como os partos que apresentavam alto risco para a vida da mãe ou do bebê, segundo o plano regional, estes eram encaminhados para o Hospital Regional Inácio de Sá – Salgueiro; Hospital Dom Malan / IMIP e alguns casos eram encaminhadas para os Hospitais do IMIP e Barão de Lucena na cidade de Recife (PERNAMBUCO, 2012a).

Por fim, no tópico Indicadores de Gestão é enfatizado que O Governo do Estado de Pernambuco no ano de 2011 investiu na saúde 15,73% do total de seus recursos e que a Programação Pactuada e Integrada em Pernambuco encontrava-se em processo de construção (PERNAMBUCO, 2012a).

Diante do cenário epidemiológico e das ações e serviços ofertados foram realizadas propostas e posteriores pactuações na CIR para a Implantação da Rede Cegonha na VII Região de Saúde, sendo esta homologada pela portaria estadual e resolução cib/pe n°1.872 (2012b).

Dentre as pactuações feitas em CIR e que constam na resolução N°04 (2012c) ficou acordado que os partos de risco habitual dos municípios da VII regional passariam a ser realizados no Hospital Regional Inácio de Sá localizado na cidade de Salgueiro e as referencias para UCI Neo e UTI Neo ficariam sendo o Hospital Dom Malan.

Além disso, foi pactuada em CIR com todos os Secretários municipais de saúde do ano de 2012, a necessidade da garantia de regulação de leitos obstétricos, bem como, a disponibilidade de ambulância avançadas suficiente para atender a demanda da região SAMU CEGONHA, tendo em vista a distância dos municípios para o município pólo (PERNAMBUCO, 2012c).

No cenário dos leitos obstétricos ficou acordado a necessidade da ampliação de leitos e ambiência da maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá – Salgueiro, sendo enfatizada também a necessidade da implantação de UCI Neo e UTI Neo (PERNAMBUCO, 2012c).

Ademais foi acordado que a presente regional estaria articulando em base regional, para ficar sediado na cidade de Salgueiro –PE, um Centro de Parto Normal (CPN) e uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), bem como, a necessidade da contrapartida estadual para aquisição de equipamentos das maternidade municipais que solicitaram ambiência (Salgueiro –Hospital Regional Inácio de Sá) (PERNAMBUCO, 2012c).

### **Análise da mortalidade Infantil para a VII Regional**

Com o intuito de avaliar a mortalidade infantil na VII GERES, a tabela a seguir apresenta o número de óbitos infantis que ocorreram no período de 2012-2016.

**Tabela 1.** Taxa de Mortalidade infantil segundo componente etário. VII Regional de Saúde, 2012-2016.

Ano	Componentes Etários							
	TMI %		Neonatal precoce (0 a 7 dias)		Neonatal tardio (7 a 28 dias)		Pós Neonatal (28 a menor de 1 ano)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2012	45	17,7	29	11,4	6	2,3	10	3,9
2013	38	15,7	25	10,4	4	1,6	9	3,7
2014	44	19,1	27	11,7	6	2,5	11	4,7
2015	42	16,9	25	10	7	2,8	10	4
2016	43	20,2	30	14,3	7	3,2	6	2,76

Fonte: SIM/ SINASC

Conforme análise da Tabela 1, observou-se que no ano de 2012, na VII Regional de Saúde, ocorreram 45 óbitos de menores de 1 ano, gerando uma TMI de 17,7% óbitos por mil nascidos vivo; taxa de mortalidade neonatal precoce de 11,4%, neonatal tardio de 2,3% e pós-

neonatal de 3,9%. O ano de 2013, por sua vez, caracterizou-se por apresentar uma queda dos indicadores em relação ao ano anterior e em 2014 observou-se o aumento dos mesmos em relação ao ano anterior, sendo registrado o maior número de mortes referente ao período pós-neonatal, 4,7%, no que diz respeito aos anos analisados.

Em 2015 notou-se que ocorreu mais uma vez a queda dos indicadores referente ao ano anterior, no entanto em 2016 foi registrada a maior TMI para os anos do estudo sendo de 20,2%. Verifica-se ainda que, durante os cinco anos examinados, os indicadores não apresentaram decréscimos significativos entre um ano e outro.

Observa-se ainda na Tabela 1, que a proporção de óbitos neonatais e pós-neonatais manteve-se constante entre os anos de 2012-2016. Sendo que, a maior frequência dos óbitos encontra-se no componente etário neonatal precoce.

Tendo em vista que o cuidado com a mulher no período da gestação é um passo importante para a análise da mortalidade infantil, através da Tabela 2 é possível verificar que durante o período de 2012 a 2016 o número de 7 e mais consultas pré-natais foram crescentes para a VII Regional, sendo que em 2012 apresentou um percentual de 63,61% e chegou em 2016 com 76,90%. Respectivamente os percentuais relacionados ao número de 1-3 consultas, 4-6 consultas apresentaram um comportamento decrescente.

**Tabela 2.** Número e proporção de óbitos infantis segundo número de consulta pré-natal. VII Regional de Saúde, 2012-2016.

Ano	Números de Consultas pré-natais										Total
	Nenhuma		1-3		4-6		7 e +		Ignorado		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2012	10	0,39	139	5,49	750	29,60	1612	63,61	23	0,91	2534
2013	10	0,41	88	3,65	595	24,65	1711	70,88	10	0,41	2414
2014	28	1,21	106	4,59	570	24,68	1599	69,22	7	0,30	2310
2015	25	1,00	86	3,45	552	22,17	1822	73,17	5	0,20	2490
2016	24	1,10	61	2,81	410	18,87	1671	76,90	7	0,32	2173

Fonte: SINASC

Na Tabela 2 também é possível averiguar que durante o período analisando ocorreu um aumento crescente no que diz respeito a não realização de nenhuma consulta pré-natal, passando de 0,39% em 2012 para 1,10% em 2016.

Dando seguimento a análise dos indicadores que mantém relação com a mortalidade infantil, a tabela 3 aborda os tipos de parto que foram realizados na VII Regional durante o período do estudo. Observa-se na tabela 3 que o parto do tipo cesáreo foi prevalente na maior parte dos anos analisados, sendo que apenas no ano de 2012 o parto do tipo vaginal obteve um

indicador maior (51,07%) comparado ao parto cesáreo (48,74%). Nos anos subsequentes o parto cesáreo prevaleceu e variou entre 53,15% e 56,95%.

**Tabela 3.** Número e proporção de óbitos infantis segundo tipo de parto. VII Regional de Saúde, 2012-2016.

Ano	Tipo de parto						Total
	Não informado		Vaginal		Cesáreo		
	N	%	N	%	N	%	
2012	5	0,20	1294	51,07	1235	48,74	2534
2013	2	0,08	1129	46,77	1283	53,15	2414
2014	6	0,26	1031	44,63	1273	55,11	2310
2015	5	0,20	1067	42,85	1418	56,95	2490
2016	1	0,05	956	43,99	1216	55,96	2173

Fonte: SINASC

No tocante das causas dos óbitos em menores de um ano referente aos anos de estudo, a tabela 4 lista os grupos de causas da mortalidade infantil para a VII Regional de Saúde de acordo com a classificação internacional de doenças (CID-10), com as respectivas frequências de óbitos, e as proporções de óbitos infantis de acordo com a causa, por ano de estudo.

**Tabela 4.** Principais grupos de causas da mortalidade infantil, VII Regional de Saúde, 2012-2016.

Causas (CID 10)	2012		2013		2014		2015		2016		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	4	8,88	3	7,89	1	2,27	2	4,76	2	4,54	12
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.</b>	0	0	0	0	0	0	1	2,38	0	0	1
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	0	0	1	2,63	1	2,27	0	0	0	0	2
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	1	2,22	0	0	1	2,27	1	2,38	1	2,27	4
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	2	4,44	0	0	4	9,09	1	2,38	0	0	7
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	0	0	2	5,26	0	0	0	0	0	0	2
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	0	0	1	2,61	0	0	0	0	0	-0	2
<b>XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal</b>	32	71,1	9	50	25	56,8	26	26	32	72,7	124
<b>XVII. Malf. cong. deformidade e anomalias cromossômicas</b>	6	13,3	9	23,6	10	22,7	9	21,4	7	15,9	41
<b>XVIII. Sint. sinais de achado anormais exames clínico e laboratório</b>	0	0	1	2,63	2	4,54	1	2,38	1	4,54	5
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	0	0	2	5,26	0	0	1	2,38	0	0	3

Fonte: SIM

Analisando os principais grupos de causas da mortalidade infantil para a VII Regional, das 213 mortes ocorridas ao longo dos cinco anos (tabela 4), os três grupos que

mais contribuíram na formação dos óbitos dos bebês foram: algumas afecções originadas no período perinatal (124 óbitos), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (41 óbitos) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (12) responsáveis respectivamente por 58,51%, 19,24% e 5,63% do total de óbitos de crianças com menos de um ano de vida.

O grupo de causa “algumas afecções originadas no período perinatal” apresentou as maiores proporções de óbitos infantis – todas superiores ou igual a 50% – sendo esse grupo, também, o maior responsável pelos óbitos ocorridos ano a ano. As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, presentes nos cinco anos, também tiveram acentuada participação, as maiores proporções de óbitos notificadas para este grupo foram de 23,6 (2013) e 22,7% (2014).

No tocante do perfil socioeconômico das mães, os resultados encontrados para a VII Regional, no que diz respeito à escolaridade, mostraram que para os cinco anos analisados o percentual referente entre 8 e 11 anos de estudo ficaram entre 54,1% a 61,4% , sendo este o maior. O segundo maior percentual de anos de estudos foi de 4 a 7, ficando entre 19,7% e 27,2%, seguido por 12 e mais anos de estudo (8,87% a 13,6%) que apresentou um comportamento crescente.

Quanto à idade da mãe, a faixa etária 21 a 30 anos obteve o maior percentual para os cinco anos, ficando entre 49,8% e 51,4%, seguido por a faixa etária entre 15 e 20 anos, que oscilou entre 25,2% e 27,4% e por ultimo a faixa etária entre 31 e 40 anos ocupou o terceiro maior percentual ficando entre 19,5% e 20,8% .

Por fim, a proporção de óbitos infantis segundo raça das mães para a VII Regional nos cinco anos de estudo teve sua maior proporção para a raça parda ficando entre 77,5 e 80,5, seguida da branca que ficou entre 10,8 e 14,17.

### **Implementação da Rede Cegonha a partir dos indicadores da mortalidade infantil**

No quadro 2, pode-se visualizar um panorama das discussões e temáticas da CIR alusivo aos anos de 2012 a 2016 a respeito do planejamento e ações que mantêm relação com o que é preconizado pelo o Rede Cegonha e que possuem uma ligação com as discussões acerca da mortalidade infantil.

Os resultados apresentam as ações empreendidas por gestores na VII Região de saúde para planejamento, implementação e regulação de serviços voltados a Rede Cegonha e que de alguma forma mantêm relação com a mortalidade infantil.

**Quadro 2.** *Consolidação das atas da CIR da VII Regional entre os anos 2012 e 2016, no tocante da Rede cegonha e mortalidade infantil*

Tipo de reunião	Data	Assunto	Encaminhamentos
<b>Ordinária</b>	29-05-2012	Necessidade da implantação do comitê de Mortalidade infantil e materna.	A plenária aprovou a implantação do comitê de mortalidade infantil, que seguirá posterior resolução da composição do grupo condutor ainda nesta reunião.
<b>Ordinária</b>	27-08-2013	Monitoramento do pacto pela saúde.	Propor discussões para buscar a melhoria da qualidade do pré-natal nos serviços, tanto em grupo de gestores quanto profissionais.
<b>Ordinária</b>	29-10-2013	Baixa cobertura de indicadores  Pré-natal de alto risco	Chamou atenção sobre os baixos percentuais dos indicadores referentes à proporção de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-natal e a proporção de óbitos por atenção no período Perinatal.  Solicitação para os Gestores darem maior respostas as necessidades das usuárias, tendo em vista a reclamação das usuárias acerca da qualidade do atendimento do pré-natal nos municípios e a demora para o encaminhamento ao pré natal de alto risco; Avaliação da necessidade ou não da continuidade do encaminhamento das gestantes de alto risco ao serviço de referência do município de Petrolina; Discussões referentes a óbitos fetais e neonatais; Discussão sobre implantação e acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica.
<b>Ordinária</b>	17/06/2014	Pré-natal de alto risco	Para que toda gestante comparecesse ao hospital regional Inácio de Sá com o cartão da gestante, contendo número do SISPRENATAL.
<b>Ordinária</b>	31/03/2015	Reconstrução do grupo condutor da rede cegonha VII Geres	Atualização do projeto Rede Cegonha VII Geres.
<b>Ordinária</b>	04/08/2015	Planejamento familiar	Solicitou aos municípios que através da USF enviem antecedentes de mulheres que pretendem realizar laqueadura, no hospital Regional Inácio de Sá.

<b>Ordinária</b>	29/11/2016	Pré-natal de alto risco	Realização do pré-natal de alto risco no Hospital Inácio de Sá com o intuito de diminuir o fluxo.
<b>Ordinária</b>	12/12/2016	Pré-natal de alto risco (hospital regional Inácio de Sá).	Sugestão da ocorrência de um Fórum com os novos gestores pela necessidade de realinhamento quanto ao encaminhamento das usuárias que precisam de pré-natal de alto risco, para posterior implantação da regulação no referido hospital.

Fonte: Atas da CIR VII Regional

Através do quadro 2, observou-se que para o ano de 2012 em uma das reuniões ordinárias da CIR, foi realizada discussões voltadas para a instituição do comitê de mortalidade infantil, sendo que sua implantação se deu posteriormente com a formação do grupo conduto.

No que diz respeito às temáticas presentes nas atas da CIRs no ano de 2013 (quadro 2), que mantiveram uma correlação com os componentes da Rede Cegonha, percebeu-se a preocupação quanto ao tipo de assistência prestada no período do pré-natal. As discussões sobre este componente ficarem em torno da qualidade do pré-natal ofertado pelos municípios, a demora para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e os baixos percentuais dos indicadores referentes à proporção de nascidos vivos de mães com 07 e mais consultas de Pré-natal.

Ainda em 2013 foi discutindo a proporção de óbitos no período perinatal e óbitos fetais e neonatais. Quanto aos encaminhamentos realizados nas CIRs para o respectivo ano, destacou-se: a necessidade de discussões para se buscar a melhoria da qualidade do pré-natal nos serviço, a análise sobre a implantação e acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica e a avaliação da necessidade ou não da continuidade do encaminhamento das gestantes de alto risco ao serviço de referencia do município de Petrolina.

Quanto ao ano de 2014 constatou-se mais uma vez a necessidade de resoluções do fluxo frente ao pré-natal de alto, tendo em vista a necessidade do cadastro das mães no SISPRENATAL, visando a assistência no hospital Inácio de Sá.

No primeiro semestre do ano de 2015 (quadro 2) verificou-se que ocorreram discussões na CIR quanto a reconstrução do grupo condutor da Rede Cegonha e respectivamente atualização do projeto desde para VII Geres. E no segundo semestre foram realizados encaminhamentos para os municípios quanto à necessidade da formação de uma



lista de usuárias interessadas na realização da laqueadura, acrescentando que o planejamento familiar faz parte das ações da Rede Cegonha.

Por fim, para o ano 2016 (quadro 2) foi possível visualizar que o Hospital Regional Inácio de Sá passou a ser o principal responsável pelo o pré-natal de alto risco e o intuito dessa centralização foi a diminuição do fluxo e a prestação da assistência em tempo hábil a gestante.

## **Discussão**

O cenário da mortalidade infantil quando o plano de ação foi desenvolvido para a VII GERES correspondeu ao ano de 2009, por sua vez, a TMI apresentava um percentual de 21,3%, sendo 16,1% neonatal e 5,1 pós-neonatal. Traçando um comparativo desse cenário com os anos analisados após a implantação da RC (2012-2016), observa-se que não ocorreu um decréscimo considerável, uma vez que a TMI variou entre 15,7% e 20,2%. Quanto ao componente etário para os cinco anos analisados, o neonatal, assim como em 2009, foi prevalente, ficando entre 12% e 17,5%.

No tocante das principais causas dos óbitos infantis para o período 2012-2016 (algumas afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e algumas doenças infecciosas e parasitárias) estes aparecem no estudo de Lansky *et al* (2014) e estão relacionados ao período neonatal, mantendo uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento, e sendo preveníveis por ação dos serviços de saúde.

Quanto ao comportamento do componente neonatal, este corrobora com a pesquisa desenvolvida por Rocha (2013) uma vez que tornou-se uns dos principais no que diz respeito à análise da mortalidade infantil, visto que através dele é cada vez mais possível relacionar os indicadores de mortalidade infantil com os cuidados no período da gestação, do nascimento e com as condições de saúde do recém-nascido.

No que diz respeito às ações da RC frente à TMI, vale salientar, que esta objetiva a redução com ênfase no componente neonatal através da formulação do modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento.

Referente aos cuidados no período da gestação pode-se enfatizar o componente pré-natal. Quanto ao número de consultas exposto no plano de Ação da RC o percentual de sete e mais consultas correspondeu a 48,0% (2009). Após a implantação (2012-2016) aconteceu um crescimento desde percentual, indo de 63,61% em 2012 para 76,90% em 2016.

No entanto, embora seja possível visualizar que a VII Regional apresentou um comportamento crescente referente ao percentual entre sete e mais consultas obedecendo ao que é preconizado pelo o Ministério da Saúde, a Rede Cegonha preconiza que a assistência pré-natal vai além do número de consultas realizadas, pois é necessário segundo a portaria 1.459 (2011a) a captação precoce da gestante, acolhimento com avaliação e classificação de risco, acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, realização dos exames e resultados em tempo oportuno e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Ainda em relação ao pré-natal, observou-se que esta temática se fez presente mais de uma vez nas atas das CIRs analisadas, onde foi discutido a qualidade do serviço ofertado, o fluxo, as referências para o pré-natal de alto risco e discussão sobre implantação e acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica.

Quanto aos encaminhamentos realizados nas CIRs (2012-2016) para este componente, ficou acordado que o Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS) localizado na cidade de Salgueiro seria o principal responsável por a realização do pré-natal de alto risco, estando em consonância com o que foi pactuado na implantação da RC. O intuito dessa centralização foi a diminuição do fluxo e a prestação da assistência em tempo hábil a gestante com enfoque na evitabilidade de óbitos materno e infantil (PERNAMBUCO, 2016).

Para o componente parto e nascimento, em 2009, 68,2% dos partos realizados na VII GERES era do tipo vaginal, enquanto o cesáreo correspondia a 31,7%. Entre os anos de 2012 a 2016 o parto do tipo cesáreo passou a ser prevalente, ficando entre 53,15 e 56,95%, enquanto o vaginal variou entre 42,85 e 46,77.

É importante enfatizar que embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%, a prevalência do parto cesáreo apresentado na VII Regional corrobora com a realidade nacional, visto que os índices de partos cesáreos no Brasil segundo o estudo “Nascer no Brasil” realizado por Lansky *et al* (2014) se apresentam como situação alarmante, tendo em vista que revela que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que no setor privado, o valor é de 88%.

Com isso, a generalização da cirurgia é vista como um problema sanitário por acarretar maior risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido e por causar um maior impacto econômico sobre o sistema de saúde, salvo que a utilização indiscriminada da cirurgia aumentaria seus gastos (RISCADO, 2016).

No tocante da solicitação do HRIS para que a gestante comparecesse ao hospital com o cartão da gestante contendo o número do SISPRENATAL é importante enfatizar que este está inserido dentro da Rede Cegonha e por ser um sistema online que permite cadastrar as gestantes, serve como base para fazer o cálculo para os repasses mensais para o pré-natal proporcional ao número de gestantes cadastradas (AGUIAR, 2011).

É através do SISPRENATAL também que é possível monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério ofertadas pelos serviços de saúde, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. Sendo assim, objetiva promover a segurança da saúde da mãe e da criança e contribui na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (AGUIAR,2011).

Quanto ao que foi pactuado com a implantação da RC e o que foi alcançando, a Análise situacional da RC da VII GERES (2016) destaca a realização do parto de risco habitual no HRIS, no entanto enfatiza que embora exista resolutiva por parte do HRIS, a existência da fragilidade nos pontos de atenção a saúde materno/infantil intensifica o fluxo de internação para partos no HRIS. Com isso, destaca a necessidade de se fazer o fortalecimento das redes de atenção a saúde e a reordenação de fluxo de referencia e contra-referências e caso julgue necessário, traçar novos caminhos visando o uso eficiente e eficaz dos recursos assistenciais existentes.

Outra pactuação que foi realizada referiu-se à necessidade da ampliação de leitos obstétricos e a ambiência da maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá, e a necessidade da implantação de UCI Neo e UTI Neo. No ano de 2016 o HRIS passou a contar com 05 leitos de UCI Neo e com isso diminuiu o fluxo, uma vez que esse serviço antes da instalação era ofertado em Petrolina.

Em consonância com o que foi alcançado pela Rede Cegonha na VII Regional referente a UCI Neo, segundo Sardinha (2014) essa instalação assim como a melhoria ao acesso ao pré-natal de qualidade tornam-se fatores que contribui para a redução de óbitos no período neonatal, visto que óbitos neste período estão fortemente correlacionados a fatores biológicos, incluindo gestação múltipla, prematuridade, baixo peso ao nascer, malformação congênita, afecções do período perinatal, entre outras causas.

Por fim, no ano de 2015 em uma das reuniões da CIR foi discutida a reconstrução do grupo condutor da rede cegonha e a atualização do projeto Rede Cegonha para VII. De acordo com a análise situacional realizada, é através do fortalecimento da capacidade instalada, reorganização da assistência dimensionada conforme a capacidade de atendimento,

restabelecimento de fluxo e captação de recursos que as pactuações existentes poderão ser concretizadas (PERNAMBUCO, 2016).

### **Considerações finais**

A mortalidade infantil embora tenha apresentando redução nos últimos anos no cenário brasileiro, ainda apresenta-se como um grave problema de saúde pública, uma vez que ainda apresenta-se como um desafio tanto para os serviços de saúde como para a sociedade de uma forma geral.

Ao levar em consideração essa problemática como o principal alvo de fundamentação para a realização deste estudo, buscou-se analisar como a Rede Cegonha que surgiu com o intuito de reformular a assistência materna e infantil contribuiu para a redução desse indicador na VII Região de Saúde de Pernambuco.

A partir da análise do comportamento do indicador da TMI, observou-se que esta se manteve constante desde a implantação da RC. No entanto, esse comportamento pode ter acontecido pela prematuridade do programa, que se baseia muito em ações educativas e que requer um período de tempo maior para tornarem-se efetivas; ou pelo espaço de tempo analisado ter sido curto, principalmente quando se considera o interior do país.

Sendo assim, aferir que a não redução da mortalidade infantil para os anos de estudo está em consonância com a não efetivação da implantação da Rede Cegonha para a VII Regional é uma afirmação precipitada, sendo que a análise sobre a contribuição de um programa precisa de uma serie histórica maior e pelo o fato de que o comportamento de um indicador como a TMI mantém relação com outros fatores.

Com isso, o que pode-se visualizar com os dados trazidos no presente estudo é que alguns componentes que são priorizados pela a Rede Cegonha, como o componente pré-natal, por exemplo, apresentam indícios que podem está relacionado ao comportamento da TMI para a VII Regional.

Sobre esse fato foi possível constatar que se por um lado os números de consultas pré-natais para os anos de estudo analisados se apresentaram crescentes, por outro lado o mesmo se apresentou como um fator preocupante nas atas das CIRs. Pudemos visualizar essa preocupação através da necessidade da reorganização do fluxo desse serviço que foi trato nas atas e por o pedido de um olhar mais atento por parte dos gestores a esse componente.

Sendo assim, cabe ressaltar a importância das decisões colegiadas para o processo de governança de rede buscando fortalecer os pilares da regionalização neste território, visto que

o enfrentamento dessa situação exige medidas de monitoramento e avaliação sistemática utilizando instrumentos de planejamento e regulação.

Outro ponto que diz respeito ao componente parto e nascimento, uma vez que a instalação da UCI não faz parte desse componente e por a instalação desta só ter ocorrido na VII Regional no final do ano de 2016, com isso, os benefícios que essa aquisição pôde trazer para a redução da TMI não puderam ser enfatizados neste recorte.

Nesse contexto, sendo que os resultados encontrados indicam predominância das mortes neonatais na composição das mortes infantis, e sendo essas refletoras da inadequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sendo estes componentes da RC, sugere-se a atualização do plano da RC para a VII regional, assim como, a atualização do que foi pactuado.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi realizada através da coleta e análise de dados secundários, o que pode configurar uma limitação para o estudo uma vez que as discussões nas atas da CIRs no período de 2012-2016 não terem sido todas analisadas por não estarem disponíveis.

Por fim, espera-se que novos estudos possam ser realizados a fim de melhor compreender tais questões, contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores e barreiras que influenciam na ocorrência desses óbitos. Deste modo, espera-se, ainda, que os dados encontrados contribuam na efetivação de ações concretas, que possibilitem a diminuição e o controle das taxas de mortalidade infantil para a VII Regional.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. B. *Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referência*. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília:Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. *Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa*. – 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

- LANSKY, S *et al.* Pesquisa *Nascer no Brasil*: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2014.
- LIMA, J.C *et al.* Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.931-939, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)*. 2018 feb.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC)*. 2018 feb.
- PERNAMBUCO. *Plano Rede Cegonha VII Região de Saúde*. Salgueiro, 2012a.
- PERNAMBUCO. *Resolução CIB/PE n° 1872*. Recife, 2012b.
- PERNAMBUCO. *Resolução CIR N° 04*. Salgueiro, 2012c.
- PERNAMBUCO. *Análise Situacional Rede Cegonha VII Região de Saúde*. Salgueiro, 2016.
- PORTAL DA SAÚDE. *Rede Cegonha*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/Qm5aUM>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C.B. ; BARBOSA , R.H.S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm*, 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>> Acesso em: 22 de jan. 2018.
- ROCHA, A F. *Mortalidade neonatal: assistência pré-natal em municípios do Nordeste do Brasil*. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- SANTOS, G. L. *Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto*. 60 f. Dissertação (Mestrado) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- SARDINHA, L. M. V. *Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)*.182 f. Tese (Doutorado) –Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Brasília, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

# ANEXO

## **Revista provável para a submissão do TCR**

### **Revista Saúde em Debate**

#### **ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS**

**1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.**

#### **Preparação do texto**

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), **margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5**. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, devem ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto. Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’. Evitar iniciais maiúsculas e negrito. Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

#### **O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a, deve conter:**

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.



- b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.
- c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” na folha de apresentação do artigo será suficiente.
- e) **Resumo** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- f) Ao final do resumo, incluir de três a **cinco palavras-chave**, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), **disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br)**.

**2. Texto.** Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- b) Métodos descritos de forma objetiva;
- c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referencias. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

#### **Citação direta com até três linhas**

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos fóruns facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

#### **Citação direta com mais de três linhas**

Citação indireta

#### **Exemplos de referencias**

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.