



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA-
CRIANÇA

SILVANA LEITE NAPOLEÃO DE ARAÚJO

NASCER NO CEARÁ: AVALIAÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL NA
MACRORREGIÃO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

FORTALEZA

2020

SILVANA LEITE NAPOLEÃO DE ARAÚJO

NASCER NO CEARÁ: AVALIAÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL NA
MACRORREGIÃO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

Dissertação de Mestrado submetida à Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do Título de Mestre. Área de Concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2020

Araújo, Silvana Leite Napoleão

Nascer no Ceará: Avaliação da Rede Materno Infantil na Macrorregião Sertão Central do Ceará –2020.
.77f. ;Il color,30cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Curso de Medicina.
Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança. Fortaleza, 2020.
Área de Concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde da Mulher e da Criança.
Orientação: Professora Doutora Priscila de Souza Aquino

1.Mortalidade Materna; Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Atenção Integral à Saúde;
Estudo de Avaliação; Saúde Pública.

CDD

SILVANA LEITE NAPOLEÃO DE ARAÚJO

NASCER NO CEARÁ: AVALIAÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL NA
MACRORREGIÃO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ

Dissertação de Mestrado submetida a
Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da
Criança, da Universidade Federal do Ceará,
como requisito para a obtenção do Título de
Mestre. Área de Concentração: Atenção
Integrada e Multidisciplinar à Saúde da
Mulher e da Criança

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Priscila de
Souza Aquino

Aprovada em: 30/11/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Priscila de Souza Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Aline Veras Brilhante (1º Membro)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof Dr João Joaquim Freitas do Amaral (2º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita bondade e misericórdia, que me abençoou com a conclusão de mais uma etapa de vida, me concedendo sabedoria, paciência e perseverança para esta minha conquista.

Aos meus filhos, **Everardo Júnior e Patrick**, pelas palavras de incentivo, por não me deixarem desanimar e acreditarem em mim.

A minha querida amiga **Diva**, pelas palavras de incentivo e estímulo, por ter caminhado junto comigo e por sempre confiar em minha capacidade de superação.

A minha orientadora **Prof^a Dr^a Priscila de Souza Aquino**, pelas orientações e contribuições para o presente trabalho.

Às amigas, em especial a **Liduína e Aline**, que me apoiaram na pesquisa. Meu sincero agradecimento.

“Deus não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos. Portanto, fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança.”

Albert Einstein

RESUMO

A mortalidade materna e infantil reflete a qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados na assistência à saúde da população feminina. O perfil epidemiológico de razão da mortalidade materna tem sido considerado como o melhor indicador de saúde da população feminina e, conseqüentemente, uma excelente ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para a diminuição dos índices ora apresentados. A organização da assistência materno-infantil em rede provoca mudanças no modelo de atenção à saúde e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de assistência. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde promovem estrutura mais adequada para efetivar a integralidade da atenção e a qualificação e continuidade da assistência à saúde. O estado do Ceará, por meio do Programa *Mais Infância Ceará* e da Secretaria da Saúde do estado, em parceria com a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, desejando modificar favoravelmente esse cenário de morbimortalidade materna e perinatal, lançou o Programa *Nascer no Ceará*, a partir da análise situacional da assistência materno-infantil por macrorregião de saúde do estado do Ceará. Dessa forma, o presente estudo objetiva analisar a situação de saúde da rede de atenção materno-infantil quanto à integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico, seccional, realizado a partir de dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2017, na macrorregião Sertão Central do estado do Ceará. Participaram do estudo todas as Unidades de Saúde da macrorregião Sertão Central que prestam assistência materno-infantil, incluindo: unidades de atenção primária à saúde dos 20 municípios, duas policlínicas regionais e 15 maternidades de referência para gestantes da macrorregião Sertão Central. Foram selecionados na coleta de dados os indicadores de razão da mortalidade e suas causas, taxa de mortalidade infantil e suas causas, taxa de gravidez na adolescência e as variáveis relacionadas à assistência pré-natal, alocados em: estrutura, processo e resultados. Os dados referentes aos indicadores epidemiológicos foram solicitados à vigilância epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado e captados pelos Sistemas de Informação em Saúde. Para análise dos indicadores epidemiológicos foram utilizados parâmetros da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Para análise dos indicadores de estrutura, processo e resultados das unidades de saúde, utilizaram-se as normativas do Ministério da Saúde, como portarias, manuais, entre outras. Na perspectiva das redes temáticas, foi indicada uma baixa interação entre os serviços da rede, apontando-se falhas no planejamento das ações e

referenciamento aos serviços especializados, reflexos de um modelo médico-assistencial hegemônico, hospitalocêntrico e centrado na doença, ainda presente. O processo de implantação dessa rede requer ações articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e comunidade. Dessa forma as probabilidades de sucesso dessas ações serão maiores.

Como se trata de uma pesquisa com dados secundários, não foi necessária a aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Atenção Integral à Saúde; Estudo de Avaliação; Saúde Pública.

ABSTRACT

Maternal and child mortality reflect the quality of life of a region, especially the health care provided to the female population. The epidemiological profile of the maternal mortality ratio has been considered as the best indicator of the health of the female population and, consequently, an excellent public policy management tool aimed at reducing the rates presented here. The organization of networked maternal and child care causes changes in the health care model and points to the need to implement new care models. Regionalized and integrated health care networks promote a more adequate structure to effect comprehensive care and the qualification and continuity of health care. The State of Ceará, through the More Childhood Ceará Program and the State Department of Health, in partnership with the Cearense Society of Gynecology and Obstetrics (Socego), wishing to favorably modify this scenario of maternal and perinatal morbidity and mortality, launched the Nascer Program no. Ceará, from the situational analysis of maternal and child care by health macroregion of the state of Ceará. Thus, the present study aims to analyze the health situation of the maternal and child care network regarding the comprehensiveness of care. This is an epidemiological, observational, analytical, cross-sectional study, conducted from data collected from January to December 2017, in the central Sertão macroregion of the state of Ceará. Participated in the study all Health Units of Macrorregião Central Sertão that provide maternal child care, including: primary health care units of 20 municipalities, two regional polyclinics and 15 maternity referral for pregnant women of the macroregion Sertão Central. Data collection included indicators of the reason for mortality and its causes, infant mortality rate and its causes, adolescent pregnancy rate and the variables related to prenatal care, allocated into: structure, process and outcomes. Data referring to epidemiological indicators were requested from the State Department of Health (SESA) epidemiological surveillance and collected by the Health Information Systems (SIS). For analysis of epidemiological indicators we used parameters from the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health. To analyze the indicators of structure, process and results of health units, we used the Ministry of Health rules, such as ordinances, manuals, among others. Results will be categorized and presented as tables and figures. From the perspective of thematic networks, low interaction between network services was indicated, pointing out flaws in the planning of actions and referral to specialized services, reflections of a hegemonic, hospital-centered and disease-centered medical care model. The process of

implanting this network requires articulated actions between managers, health professionals and the community, thus the chances of success of these actions will be greater. As this is a secondary data research, it was not necessary to approve the study in the Research Ethics Committee.

Keywords: Maternal Mortality; Child Mortality; Maternal and Child Health; Comprehensive Child Health.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1 Macrorregiões de saúde do Estado do Ceará	35
Figura 2 Regiões de saúde do Estado do Ceará.....	36
Figura 3 Macrorregião Sertão Central, suas regiões de saúde, municípios e pontos de atenção.....	37
Quadro 1 Variáveis do instrumento de estudo.....	39
Tabela 1 Estimativa de gestantes de risco habitual e de alto risco por região de saúde, da macrorregião Sertão Central.....	43
Gráfico1 Distribuição da estimativa de gestantes de alto risco por região de saúde da macrorregião Sertão Central.....	44
Tabela 2 Distribuição das variáveis de processo referentes à assistência materno infantil na atenção primária à saúde da macrorregião Sertão Central.....	45
Gráfico 2 Distribuição da produção mensal em números absolutos de consultas pré-natais de alto risco realizadas pelas policlínicas Quixadá e Tauá.....	46
Gráfico 3 Comparação do quantitativo de partos de risco habitual e gestantes estimadas para cada região de saúde.....	48
Gráfico 4 Quantitativo de partos de alto risco realizados e gestantes estimadas para a macrorregião Sertão Central.....	48
Gráfico 5 Comparação da quantidade de leitos obstétricos necessários e existentes na macrorregião Sertão Central.....	49
Tabela 4 Distribuição da razão da mortalidade, taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-natal.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde.
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
E- SUS	Sistema de Informação da Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SIAH	Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar
SIGES	Sistema Integrado de Gestão em Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SOCEGO	Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia
SOCEPE	Sociedade Cearense de Pediatria
NUSMAC	Núcleo da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
NV	Nascidos Vivos
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Aproximação com o Tema.....	10
1.2 Cuidado Integrado e Mortalidade Materno-Infantil.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
4.1 Avaliação dos Serviços de Saúde.....	19
4.1.1 Conceito.....	19
4.2 Avaliação da Rede de Atenção à Saúde.....	20
4.3 Avaliação em Saúde.....	21
4.4 Evoluções da Assistência Materno-Infantil no Brasil.....	24
4.5 Redes de Atenção à Saúde.....	27
4.5.1 Necessidade populacional.....	29
4.5.2 Operacionalização da Rede.....	30
5 METODOLOGIA.....	33
5.1 Tipo de estudo	33
5.2 Local do estudo.....	34
5.3 Coleta de dados.....	37
5.4 Instrumentos de coleta.....	38
5.5 Análise dos dados.....	42
6 RESULTADOS.....	43
6.1 Análise da assistência materno-infantil na atenção primária à saúde.....	43
6.2 Análise da assistência materno-infantil na atenção especializada ambulatorial (policlínicas).....	46
6.3 Análise da assistência materno-infantil na atenção secundária hospitalar.....	48
6.6 Apresentação do perfil epidemiológico da macrorregião Sertão Central.....	50
7 DISCUSSÃO.....	51
8 CONCLUSÃO.....	60
9 REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o tema

O despertar para essa pesquisa surgiu da demanda, em 2017, do Programa Mais Infância Ceará do Governo do Estado, para desenvolver uma estratégia de redução da mortalidade materna e infantil no Estado. A área responsável pelo gerenciamento desses indicadores na estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado é a da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, coordenação exercida, nesse período, pela autora. A primeira iniciativa foi a formação de um grupo condutor de implementação da linha de cuidado materno-infantil no Estado, composto por representantes do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO, da Sociedade Cearense de Pediatria – SOCEPE, diretores da obstetrícia das maternidades terciárias do Estado e representantes das coordenadorias regionais de saúde. Na elaboração de uma proposta de intervenção na assistência materno-infantil, depara-se com um cenário estadual caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população.

A organização da rede materno-infantil expressa o cenário apresentado e caracteriza-se por intensa fragmentação de serviços, ações e práticas clínicas, demonstrada por vazios assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde, fragilidade na gestão do trabalho e alinhamento com a política pública, com precarização e carência de profissionais e a pulverização dos serviços nos municípios. Ademais, ressalta-se a adoção de modelos de atenção marcados pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

Salienta-se que a assistência materna inicia-se na comunidade, com ações educativas para gestantes, puérperas e suas famílias, apoio ao aleitamento materno, apoio nutricional, imunização e apoio social, dentre outras. Outros serviços assistenciais, tais como pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido, são realizados no nível primário de atenção à saúde, em unidades primárias, ou em ambulatórios localizados em unidades mistas, hospitais ou maternidades. A partir da Estratégia Rede Cegonha, criada em 2011, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, outros espaços assistenciais

passaram a se somar aos já existentes, tais como as Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (CGBP) e os Centros de Parto Normal, peri e intra-hospitalares (BRASIL, 2013).

As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade materna e infantil são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento da gestante e do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação nesse público são relacionados a falhas na capacidade de prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, o parto e o puerpério, coincidindo com o período perinatal (GILMORE; CAMHE, 2012).

Para enfrentar o atual cenário das necessidades de saúde e eliminar a fragmentação que enfraquece os sistemas de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera as redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária de Saúde (APS) o princípio essencial (OPAS, 2011). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas no Decreto nº. 7.508 como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

“O conceito adotado de redes operacionais, demonstra que a estruturação em rede implica em definir uma única missão, objetivos comuns e planejamento integrado e que se distancia da concepção de *networking* que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação”. (MENDES, 2010, p.71)

A partir da avaliação das fragilidades e potencialidades da assistência na rede de atenção materno-infantil na macrorregião Sertão Central, será possível elaborar estratégias para qualificar e integrar essa rede de forma regionalizada. Diante da análise dos resultados encontrados, serão desenvolvidas ações de planejamento e organização da assistência à gestante em cada nível de atenção à saúde, melhorando seu acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades e grau de risco. Uma rede atuando de forma integrada, com o fluxo definido de forma regionalizada, segundo o grau de risco da gestante, com profissionais qualificados nas condutas assistenciais padronizadas e garantia de ofertas dos serviços, reduzirá sensivelmente os indicadores de mortalidade materna e neonatal nessa macrorregião.

Assim, destaca-se o interesse na realização da presente pesquisa para responder aos seguintes questionamentos: Como estão os indicadores epidemiológicos relacionados à atenção

materno-infantil na macrorregião Sertão Central? Como está organizada a assistência ao pré-natal na atenção primária dos municípios? Como está organizada a assistência ao pré-natal de alto risco? Como está organizada a atenção ao parto e nascimento na macrorregião Sertão Central? Como está organizada a rede de assistência materno-infantil na macrorregião Sertão Central?

1.2. Cuidado Integrado e Mortalidade Materno Infantil

Em uma avaliação de 72 sistemas que desenvolviam ações integradas do cuidado, concluiu-se que os programas que integravam a atenção primária à saúde com os outros níveis de atenção foram mais efetivos e que seus usuários estavam mais satisfeitos (MALCOM; WRIGHT; CARSON, 2000).

Um estudo randomizado verificou que o cuidado integrado, entre o nível de atenção primária e a atenção ambulatorial especializada à saúde, permitiu a identificação de pessoas com alto risco de hospitalização e reduziu o uso de serviços especializados (MCINNES; MCGHEE, 1995). Uma análise de 14 revisões sistemáticas e 29 ensaios clínicos randomizados encontrou evidências de que as redes de atenção à saúde otimizaram o uso dos recursos e reduziram os custos da atenção (SINGH, 2005).

Alguns estudos na Espanha demonstraram evidências fortes de que os enfoques e intervenções dos sistemas integrados mostraram resultados positivos em vários âmbitos e patologias (NUÑO, 2008). Há evidências de que o planejamento integrado entre gestores e prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve algum impacto sobre os custos da atenção à saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Na realidade brasileira, a temática sobre rede de atenção ainda é muito recente e não há muitos estudos relevantes e sólidos. Entretanto, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, a exemplo do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS (ALBUQUERQUE; MENDES, 2009).

Segundo Silva (2011), o planejamento de uma rede integrada de cuidados contribui para otimizar e racionalizar os recursos e promove a adoção de modelo de atenção voltado para a necessidade da população. A organização de redes regionalizadas e integradas depende sobretudo do compromisso da gestão intergovernamental para qualificar a pactuação de

responsabilidades entre as esferas de governo e a qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e integrar os níveis de atenção à saúde.

Os esforços para a redução da mortalidade materna e infantil e da morbidade e agravos resultantes das complicações da gravidez e do parto, além daquelas oriundas do próprio processo assistencial, devem compreender ações em todos os níveis, com a participação ativa da sociedade, dos governos e dos prestadores de serviços. Tais ações devem abranger a organização da assistência em rede, com acesso universal, precoce e sem barreiras a um pré-natal de qualidade e garantia de atendimento em maternidade de referência previamente definida e conhecida pela mulher. Mais importante ainda são a estruturação e a organização adequadas dos serviços assistenciais, com o envolvimento e a capacitação dos seus profissionais, com vistas ao reconhecimento precoce dos problemas e atuação em tempo hábil e com eficiência, diante de complicações que possam colocar em risco a vida da mãe e/ou da criança (BRASIL, 2011).

A mortalidade materna e infantil representa indicadores de saúde que refletem diretamente as condições do sistema de saúde e da população, e podem ser utilizados como forma de avaliação e monitoramento das ações realizadas. A mortalidade materna, definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, reflete a qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados à assistência à saúde da população feminina (ALVES; SILVA, 2000).

A redução da mortalidade materna e infantil está incluída no terceiro objetivo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, que visam assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Os ODS refletem o compromisso assumido pelos países integrantes da ONU, do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando o alcance de patamares mais dignos de vida para população (UNITED, 2015).

As mortes maternas podem ser diretas ou indiretas. São classificadas como mortes maternas por causas diretas as decorrentes de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, causadas por omissões, tratamentos ou intervenções incorretas. As causas indiretas são consequências de doenças preexistentes, ou que surgiram durante a gestação, agravadas pelas alterações fisiológicas do período (BRASIL, 2012; BRASIL, 2007).

O perfil epidemiológico da razão da mortalidade materna tem sido considerado como o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, uma excelente ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para a diminuição dos índices ora

apresentados. A razão de mortalidade materna, também conhecida como taxa ou coeficiente, é calculada a partir da relação entre as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas e o número de nascidos vivos (BRASIL, 2007).

As mortes maternas, em sua maioria, resultam de causas evitáveis e seus índices são considerados elevados. No mundo, morrem diariamente cerca de 830 mulheres por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto. Estima-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram no período gravídico-puerperal. O número elevado de óbitos maternos em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento reflete a desigualdade no acesso a uma assistência qualificada, ressaltando a diferença entre ricos e pobres. Cerca de 99% dos óbitos maternos ocorreram em países em desenvolvimento, 50% desses óbitos ocorreram na África Subsaariana e quase um terço no sul da Ásia (OPAS, 2018).

Revisão sistemática realizada acerca das causas de mortalidade materna mundial evidenciou que cerca de 73% de todas as mortes maternas entre 2003 e 2009 foram devido a causas obstétricas diretas. Prevaleram as hemorragias, 27,1%, doenças hipertensivas, 14% e sepse, 10,7%. Mais de um quarto das mortes foi atribuída a causas indiretas (SAY *et al.*, 2014).

Os países subsaarianos, desde 1990, têm reduzido pela metade a mortalidade materna. Em outras regiões, como a Ásia e o Norte da África, essa redução tem sido ainda maior. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se uma aceleração nessa redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5% (OPAS; 2018).

Quanto à redução da mortalidade no mundo, os Estados Unidos não apresentaram melhora nesse índice, evidenciando um aumento. A taxa de mortalidade materna aumentou de 20,6 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2008/2009, e para 25,4 na população entre 2013/2014. Foram investigados óbitos no Distrito de Columbia e 27 estados americanos. A maior parte do aumento foi entre as mulheres com idades acima de 40 anos, e por causas não especificadas. Para esse grupo populacional, a taxa aumentou 90%. A taxa de mortalidade materna por causas não específicas aumentou em 48% (MACDORMAN; DECLERCQ; THOMA, 2017).

Na realidade brasileira, a exemplo de outros países, a morte obstétrica direta é responsável pela elevada razão da mortalidade materna. A maior parte das mortes maternas poderia ser evitada se medidas de prevenção fossem adotadas antes, durante e depois da gestação. O acesso a cuidados específicos, o reconhecimento das emergências obstétricas e a

disponibilidade de intervenções em momentos adequados contribuem para a evitar a ocorrência dessas mortes (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

A Portaria nº 493 de 13 de maio de 2006 do Ministério da Saúde estabelece que uma Razão da Mortalidade Materna (RMM), acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos é considerada elevada (BRASIL, 2006). O Brasil apresentou em 2016 uma RMM de 64,4 óbitos. No Ceará, de 2014 a 2018, a RMM apresentou uma pequena variação de 65,3, em 2014, para 61 em 2018. A média da RMM, no período supracitado, foi de 62,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS (SESA/COVIG, 2018).

Em 2018, a principal causa de morte no estado do Ceará foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), representando 29,5% dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, seguida das síndromes hemorrágicas com 15,9% de óbitos, da embolia com 11,4% e aborto com 9,1%. Essas causas correspondem a 65% do total das causas obstétricas diretas (SESA/COVIG, 2018).

A taxa de mortalidade infantil compreende o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Pode-se afirmar que a mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). A classificação das taxas de mortalidade infantil consiste em: altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. Esses parâmetros devem ser revisados periodicamente e ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico (BRASIL, 2000).

A taxa de mortalidade infantil elevada reflete, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 61,7% entre os anos 1990 e 2010. O aumento do acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional, do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, e o aumento da prevalência do aleitamento materno, são apontados, dentre outros, como fatores responsáveis pela mudança no perfil da mortalidade infantil no país (LANSKY *et al.*, 2009; FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009).

Entretanto, são observadas grandes diferenças regionais, como é o caso da região Nordeste do Brasil, que, apesar de ter experimentado a maior queda geral das últimas décadas,

tem, juntamente com a região Norte, as taxas mais elevadas do país. A taxa de mortalidade infantil da região Nordeste em 2007 foi 40% maior que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da região Sul (BRASIL, 2009).

A taxa de mortalidade infantil representa a expectativa de vida ao nascer, que faz parte do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. A situação do Ceará acompanha o contexto nacional, destacando a inversão proporcional dos seus componentes da mortalidade infantil, em que o risco de morte de crianças maiores de 27 dias (óbitos pós-neonatais) apresenta redução e o risco de morte de crianças menores de 28 dias (óbitos neonatais) passa a representar quase a totalidade dos óbitos em menores de 1 ano de idade, chegando a representar 70,1% dessas mortes, no ano de 2017 (SESA, 2017).

Com o objetivo de modificar favoravelmente o cenário de atenção à saúde materno-infantil, o Governo do estado do Ceará, por meio do Programa Mais Infância Ceará, em parceria com a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO) construiu uma análise situacional da rede materno-infantil por macrorregião de saúde do estado do Ceará para identificar as potencialidades e as fragilidades da integralidade do cuidado nos três níveis de atenção.

A análise situacional da rede materno-infantil por macrorregião está sendo construída de maneira sequencial nas cinco macrorregiões do Ceará, iniciando-se pela macrorregião Sertão Central, por apresentar os índices mais elevados do estado de mortalidade materna e infantil.

2. JUSTIFICATIVA

Iniciativas de análise da situação em saúde como esta permitem múltiplos recortes da realidade e abordagens metodológicas diferentes, podendo apresentar-se como um instrumento importante para a elaboração de estratégias de gestão para o setor saúde (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Diante do exposto, torna-se relevante a realização de estudos que analisem a situação da assistência com a finalidade de identificar potencialidades e lacunas no sistema de saúde relacionadas às condutas assistenciais e aos serviços da rede de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério do Estado do Ceará. Visando contribuir para a construção da rede de atenção materno-infantil integrada e resolutive, este estudo se propõe a analisar a assistência na atenção primária, secundária e terciária e sua forma de organização, para a qual apresenta uma proposta metodológica de avaliação, como planejamento da assistência e também como nós de

uma rede. Essa proposta de avaliação baseia-se na utilização de referenciais teórico-conceituais existentes que facilitam a utilização da avaliação no processo de tomada de decisão.

Embora exista na literatura nacional uma gama de artigos sobre avaliação de serviços e programas de saúde, ainda não dispomos de artigos no campo da saúde coletiva sobre avaliação de redes. As avaliações na área da saúde geralmente se situam em nível de políticas, programas, serviços (entendidos como instituições) ou intervenções (SILVA, 2010). As redes, enquanto objeto de pesquisa e avaliação, são ainda mais raras na literatura especializada, em especial as que dizem respeito às propostas de modelos de avaliação, embora se encontrem algumas pesquisas relacionadas a indicadores epidemiológicos (RODRIGUES JUNIOR, 2012), ao papel da atenção primária na organização da rede de atenção (CECILIO *et al.*, 2012; LAVRAS, 2011), a integração do cuidado entre serviços (SILVA, 2011) e a interfederatividade (SANTOS; ANDRADE, 2011). Ou seja, a tradução desses elementos em ferramentas que auxiliem efetivamente análises e processos avaliativos persiste como uma importante lacuna.

A presente pesquisa justifica-se pela escassez de estudos que respondam como está a qualidade dos serviços da rede materno-infantil nos três níveis de atenção. O conhecimento da realidade local é necessário para subsidiar programas de governo e tomadas de decisões em nível de gestão, com vistas à garantia de eficácia e eficiência dos mesmos. Acredita-se que os resultados contribuirão para identificar os avanços e as lacunas na assistência e gerência, relacionadas ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, que demandam atenção da rede de saúde nos níveis municipais e estaduais, visando cumprir os princípios e diretrizes das políticas públicas acerca dessa temática. Soma-se a isso a produção de evidências científicas, fornecendo aos profissionais de saúde e gestores informações relevantes para intervenções que qualifiquem a atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade da rede de assistência materno-infantil na macrorregião Sertão Central .

3.2. Objetivos específicos

- Avaliar o modelo de atenção relacionado à assistência materno-infantil;
- Verificar potencialidades e fragilidades da rede de assistência materno-infantil na atenção primária, secundária ambulatorial especializada e atenção hospitalar da macrorregião Sertão Central do Ceará.

4.REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

4.1.1 Conceito

A avaliação é um instrumento político importante para modificar/influenciar a direção e a velocidade da atenção à saúde. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (TANAKA; MELO, 2008).

Contandriopoulos (2002, p. 31) entende que avaliação é emitir juízo de valor sobre a assistência prestada ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

Para Hartz e Silva (2014), a avaliação da qualidade da assistência prestada se faz a partir da comparação de parâmetros padronizados com a situação observada. Estes padrões refletem uma valoração, um consenso ou uma evidência científica sobre o modo de beneficiar um paciente ou toda a população.

Os sistemas de saúde devem ter como objetivo fundamental prestar assistência qualificada aos seus usuários. Pode-se considerar uma assistência de qualidade aquela que obedece padrões predefinidos de excelência – são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades da população; implantam em seus serviços programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para as usuárias; fazem-se de forma humanizada; satisfazem as expectativas das usuárias; e são equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ *et al.*, 2004).

A avaliação da assistência prestada é um componente fundamental para a revisão e a reorientação na execução das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, à vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento das ações e serviços de saúde.

Em 2015, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Os estabelecimentos de

atenção especializada em saúde, ambulatorial e hospitalar, serão avaliados sob os critérios de estrutura, processos de trabalho, resultados relacionados ao risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Dessa forma, a avaliação dos serviços de saúde torna-se uma ferramenta primordial da gestão em saúde, como forma de direcionar o planejamento a partir das necessidades de qualificação desses serviços relacionados à estrutura física, equipamentos, recursos humanos e educação permanente.

4.2. Avaliação de Rede de Atenção à Saúde

A avaliação de desempenho de uma rede de atenção é um processo complexo, que demanda ações em diferentes níveis: sobre a complexidade da assistência (nível macro); sobre a organização da oferta de serviços (nível regional); e sobre as decisões clínicas (nível municipal) (BROUSSELLE *et al.*, 2011). Entretanto, os critérios selecionados para a avaliação nessa esfera geralmente são relacionados a aspectos individualizados de serviços: disponibilidade e distribuição social dos recursos; oferta de serviços; custos e produtividade; utilização de protocolos baseados em evidências científicas; processos de implantação; e características relacionais entre os agentes das ações (usuário-profissional, gestor-profissional e profissional-profissional) (SILVA, 2010).

Acredita-se que as avaliações de redes de atenção impõem um novo desafio no planejamento das ações de saúde, sendo necessário operacionalizá-las adequadamente em práticas de avaliação e investigação. É necessário compreender o potencial e as fragilidades dos processos gestados nas redes e reconhecer evidências de seu efeito nas práticas de cuidado.

4.3 Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde relaciona uma série de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde. Esses critérios são considerados indicadores de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980; REIS, 1995). Indicadores de qualidade em saúde são componentes para a avaliação da qualidade da assistência à saúde de uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços. Pode-se citar, como exemplos de indicadores de qualidade em saúde: o número de profissionais de saúde a atender uma população; as condições de armazenamento de medicamentos em uma farmácia; o percentual de consultas ofertadas em um serviço de saúde e atendidas pelo próprio serviço; a taxa de infecção

hospitalar em um hospital; e a existência de um sistema de referência e contra-referência de pacientes dentro de uma rede de serviços de saúde.

O conceito de padrão é de grande importância na avaliação em saúde. Padronizar é uma valoração específica para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador (DONABEDIAN, 1980; REIS, 1995).

Implementar uma padronização do funcionamento das redes pode formalizar diretrizes de referência para procedimentos típicos nos serviços. Essas diretrizes podem funcionar de forma *horizontal*, na forma de *protocolos clínicos*, normatizando determinadas ações a serem realizadas em todos os serviços para determinados agravos, ou de forma *vertical*, na forma de *linhas-guia*, que normatizam a conduta de uma condição de saúde, direcionando-a para diferentes serviços a partir de indicadores de gravidade (HARBOUR, 2008; MENDES, 2011).

A literatura a respeito de estudos sobre o tema de avaliação de desempenho das RAS no Brasil é escassa, evidenciando uma lacuna nas normativas acerca da definição de mecanismos de monitoramento e avaliação de desempenho. Com o propósito de identificar uma ferramenta que permita a avaliação do desempenho das RAS, a autora pretende utilizar o marco conceitual proposto por Avelis Donabedian, pediatra libanês radicado nos Estados Unidos e fundador de estudos sobre qualidade em saúde, que levantou questões teóricas e práticas de monitoramento e avaliação de qualidade.

Donabedian defendia que a avaliação da qualidade se sustentava em três componentes: estrutura, processo e resultado. As informações desses componentes só podem ser utilizadas se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado (BRASIL, 2014). No componente estrutura, avalia-se a relação das propriedades físicas e organizacionais do local onde o cuidado é oferecido, o número e treinamento dos profissionais de saúde e os equipamentos disponíveis. Está relacionado principalmente com as condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá.

No componente processo, consideram-se as atividades realizadas no cuidado ao paciente, testes e procedimentos apropriados para o diagnóstico, utilização de protocolos, terapêutica e acompanhamento, ou seja, a inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados.

Os resultados são geralmente medidos pelo estado de saúde e satisfação do paciente, usando-se indicadores como “taxa de mortalidade”, “taxa de satisfação do paciente”, entre outros.

Compreendendo os três aspectos, permite-se ter uma visão mais sistêmica da gestão em saúde e implementar ações mais assertivas e estratégicas. Às vezes, o que parece ser um problema de estrutura física pode ser um problema de processo, o que será explicitado pelo resultado. Donabedian acredita também que o conceito de qualidade em saúde se desdobra em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN,1990).

O surgimento destes sete pilares da qualidade, na década de 80, provocou grandes mudanças na área da saúde, elevando o foco para a melhora do paciente e a visibilidade das instituições perante a sociedade, além de ter encorajado muitos profissionais a refletir sobre as práticas do setor e melhorar sua prestação de serviços (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian, um dos precursores dessa área, assistência de qualidade era aquela que priorizava o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado. Posteriormente, o próprio Donabedian considerou a qualidade da assistência de forma mais abrangente, englobando sete atributos (ou dimensões), denominados “os sete pilares”, nomeadamente: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (BRASIL, 2014).

A eficácia equivale aos recursos empregados para produzir efeitos positivos no paciente. Esses recursos seriam a soma de tudo que a medicina pode fazer para fornecer ao cliente melhoras em sua saúde e qualidade de vida. Portanto, a eficácia seria um conjunto das condições ideais para o tratamento de um indivíduo: as melhores estruturas físicas, os melhores equipamentos, melhores reações do paciente e os melhores serviços ((DONABEDIAN,1990).

A efetividade corresponde à melhora real obtida no tratamento do cliente utilizando os recursos disponíveis, que nem sempre são os melhores. A eficácia está relacionada mais ao planejamento do que será executado no tratamento do cliente, enquanto a efetividade está diretamente ligada aos resultados das ações ((DONABEDIAN,1990).

Deve-se sempre medir o quanto o cuidado real (Efetividade) se aproxima do cuidado ideal (Eficácia), buscando melhorar o tratamento para que o resultado real se aproxime o máximo possível do tratamento ideal ((DONABEDIAN,1990).

Eficiência é proporcionar o melhor tratamento ao paciente, utilizando a menor quantidade possível de recursos. Pode-se incluir a redução de retrabalhos, a inovação, novos métodos e tecnologias, enfim, tudo que ajude a fazer mais pelo paciente com menos esforços e custos. Tudo isso, é claro, sem afetar a melhora da saúde do paciente ((DONABEDIAN,1990).

A otimização leva em conta os cuidados com o paciente em conjunto com os custos do tratamento, tentando criar a melhor relação custo-benefício, ou seja, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido. Com a otimização, busca-se melhorar os processos já existentes, tornando-os mais rápidos e melhores. Cria-se, então, um incentivo à cultura de melhoria, estimulando os colaboradores a darem sugestões para melhorar o sistema. Então, se a eficiência busca obter a melhora do paciente utilizando a menor quantidade de recursos, a otimização busca a melhor aplicação dos recursos disponíveis, procurando elevar o tratamento ao estado ótimo ((DONABEDIAN,1990).

O quinto princípio relaciona-se à adaptação do cliente ao tratamento. Diversos fatores influenciam nesse quesito, que está diretamente direcionado às expectativas do paciente e de seus familiares em relação aos cuidados recebidos. Para que a aceitabilidade do cliente, em relação aos cuidados, seja maior, é preciso trabalhar os seguintes aspectos: acessibilidade, relação médico-paciente, comodidade do tratamento, custo do tratamento ((DONABEDIAN, 1990).

A Legitimidade tem a ver com visão que a sociedade tem a respeito da organização. Além da relação com os clientes, existe também a responsabilidade perante a sociedade em geral e os cuidados que ela necessita. Obter legitimidade é fazer com que a sociedade aceite a instituição como uma boa prestadora dos serviços que oferece, neste caso, os cuidados com a saúde ((DONABEDIAN,1990).

A Equidade é o princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os cuidados e benefícios fornecidos pelas instituições de saúde para a sociedade. Segundo este princípio, é preciso que haja imparcialidade no atendimento hospitalar (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian criou a **Tríade Donabediana** ou **Modelo de Donabedian** que é um modelo conceitual que fornece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde (MCDONALD *et al.*, 2007). O componente Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, e a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados. O componente Resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo

profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (D'INNOCENZO *et al.*; 2006).

O modelo de Donabedian também pode ser aplicado a um sistema de saúde amplo para medir a qualidade global e alinhar trabalho de melhoria através de um hospital, prática de grupo ou o sistema de saúde integrado para melhorar a qualidade e os resultados para uma população, no caso, as redes de atenção.

A avaliação de desempenho das RAS deve ser apoiada por informações de qualidade provindas de Sistema de Informação em Saúde-SIS confiáveis, conforme destacado por Mendes (2011). O grande volume de dados captados nas RAS possibilita a instituição de instrumentos para essa avaliação, implicando na apropriação sistemática e dinâmica dos dados produzidos no processo de atenção à saúde, transformando-os de simples registros burocráticos a “informação gerencial”.

Embora o desempenho dos serviços de saúde esteja condicionado à estrutura do sistema, que por sua vez deve ser orientado pelos determinantes e condições de saúde, o objeto de análise deste estudo está restrito à dimensão do desempenho dos serviços de saúde no contexto das RAS. Esta escolha justifica-se pelo fato de ser esta dimensão a que influencia mais diretamente a atenção à saúde prestada, preservando assim o enfoque nos resultados da situação de saúde da população.

4.4 Evoluções da Assistência Materno-Infantil no Brasil

Os primeiros programas voltados para a saúde materno infantil surgiram nos serviços públicos na década de 70, até meados de 1980, como resposta do governo a alguns problemas sanitários selecionados como prioritários. Podemos destacar dois programas da assistência à mulher:

- Programa Materno-Infantil (PMI), 1975;
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), 1984.

O Programa Materno Infantil veio de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura. Esse programa contemplava os seguintes eixos: assistência materna (gestação, parto e puerpério); assistência à criança e ao adolescente (controle de crianças menores de 05 anos e do grupo de 05 a 14 anos); expansão da assistência materno-infantil (integração de grupos comunitários, controle e orientação de curiosas); suplementação alimentar: prevenção de desnutrição materna, gestação

e lactação (Programa coordenado pelo INAM); atividades educativas; capacitação de recursos humanos. (TYRRELL; CARVALHO, 1995).

Na década de 1980 observa-se um crescente sentimento de democratização no país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. O tema Saúde da Mulher ganhou importância no país ocupando os meios acadêmicos e os movimentos sociais organizados. Nesse mesmo contexto, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983. Esse programa antecede a criação do SUS e tem como referência a assistência integral a saúde da mulher, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. Em seguida foram incorporadas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade (OSIS, 1994)

Em 1985, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC e o movimento iniciado pelo PAISM foi decisivo para que, em 1990, a Saúde da Mulher se constituísse em uma coordenação separada. O Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, lançado logo em seguida, teve como objetivo central instituir procedimentos adequados para a atenção ao parto e nascimento e incluir um trabalho com as parteiras tradicionais (NUÑO, 2008).

Na década de 1990, surgiu o primeiro Projeto Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil – PRMI, que objetivava a redução dos óbitos infantis e a melhoria da situação de saúde das crianças, através da implementação dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial (saúde, educação, agricultura, saneamento, habitação, trabalho, comunicação social, justiça e orçamento) com instituições internacionais, UNICEF e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organizações não-governamentais, sociedades científicas de classe, conselhos de secretários de saúde nos três níveis de governo, e a sociedade civil (BRASIL, 1995b).

Diante dos estudos epidemiológicos no ano 2000, constatou-se que os óbitos infantis se concentravam no período perinatal e as ações do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e a Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de BPN – Método Canguru implantados nesse período tiveram como objetivo qualificar a assistência ao parto e nascimento (SERRUYA et al., 2004).

O atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado com a implantação desses programas. A qualidade e a humanização do atendimento se tornam princípios norteadores da assistência. A gestante, que até esse momento não tinha conhecimento em relação ao lugar em que daria à luz, tem agora o direito de saber qual a maternidade de referência. Isso lhe dá maior segurança durante todo o período gestacional, uma vez que ela sabe qual instituição deve procurar caso necessite de atendimento. Ela passa a ter o direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato. Isso proporciona à mulher maior conforto e segurança durante todo o período de internamento.

Outra novidade estabelecida pelo programa é o alojamento conjunto, ou seja, todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não somente durante a amamentação. Para incentivar a implementação do PHPN pelos Municípios, o Governo Federal estabeleceu, dentro do próprio programa, incentivo financeiro que só seria repassado se os critérios mínimos estabelecidos pelo programa fossem cumpridos.

Esses critérios são: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina de rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação [...] (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher – PNAISM, elaborada com a contribuição de movimentos sociais, profissionais de saúde e sociedades de especialistas. Ao retomar os princípios do PAISM, a PNAISM avançou ao reconhecer a diversidade das mulheres, contemplando a saúde de diferentes grupos (negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras) e distintos ciclos da vida, ao enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos. No ano seguinte, foram promulgadas as normas relativas à atenção humanizada ao abortamento e a lei do acompanhante que passou a garantir às parturientes o direito a acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. Em 2007, a lei da vinculação à maternidade dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade de assistência ao parto no SUS.

Em 2011, a rede de atenção materna, neonatal e infantil, denominada Rede Cegonha, se constituiu como um programa que incorporou todas as ações anteriores, para garantir acesso, acolhimento e resolutividade na atenção ao parto e nascimento, ao

crescimento/desenvolvimento da criança até os 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo. A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). Outra importante ação foi o lançamento das Diretrizes Nacionais sobre a realização de Cesarianas e do Parto Normal, em 2015 e 2017, baseadas na metodologia e nas diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido.

Na área de atenção à saúde da criança, o foco foi ampliado para os direitos das crianças até os 6 anos e foi lançado o Plano Nacional da Primeira Infância, com o tema da promoção de um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI). Em 2012, o programa intersetorial Brasil Carinhoso passou a priorizar crianças na primeira infância, de famílias contempladas pelo Bolsa Família. Essas iniciativas foram complementadas, em 2016, pela promulgação do Marco Legal da Primeira Infância (Lei Federal nº 13.257) e o lançamento do Programa Criança Feliz, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, como principal estratégia para a promoção do DPI em beneficiárias dos programas de redução da pobreza. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, de 2015, sistematizou os eixos estratégicos de atuação para se garantir a integralidade da atenção à saúde da criança, frente aos desafios do século XXI.

Nos últimos anos, a OMS e a OPAS , juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com base nas experiências acumuladas com **programas** implementados no passado e visando retificar o desequilíbrio e a iniquidade existentes na saúde infantil. Estimulada pela crescente quantidade de evidências científicas, a abordagem tem mudado o seu enfoque de controle de doenças individuais para uma abordagem nova e integrada do tratamento e da prevenção das doenças da infância. A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma abordagem que responde pela condição da criança doente em toda a sua complexidade. Para isso, usa-se uma estratégia padronizada, baseada em normas internacionais com grande impacto na redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2002).

Muitas políticas públicas foram desenvolvidas para a promoção da saúde das mães e crianças após a implantação do SUS como política de Estado.

4.3 Redes de Atenção à Saúde

Redes de Atenção à Saúde (RAS) é definida, no Decreto nº. 7.508, como um “*conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a*

finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). As RAS estão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. De acordo com o Decreto nº 7508, de 2011, a Região de Saúde é “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”.

A regionalização, de acordo Viana e Lima (2011), “é um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais” inseridos em espaços geográficos delimitados e que, por conseguinte, demanda “a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território”. Desse modo, as RAS se apresentam como uma proposta integradora com capacidade para dar respostas positivas à nova situação sanitária.

Conforme Mendes (2010), existem experiências internacionais de sucesso nesse sentido com melhora de resultados sanitários e econômicos, as quais poderiam ser adotadas e adaptadas à realidade do sistema público de saúde brasileiro.

As primeiras experiências com as RAS que ocorreram no Brasil foram em forma de redes temáticas e se disseminaram pelo país, em geral sob a coordenação das secretarias de saúde estaduais. As diretrizes para a sua organização, no âmbito do SUS, foram publicadas em 2010, pela Portaria GM/MS n.º 4279, e definidas como uma “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010).

Mendes (2008, p. 35) conceitua redes de atenção à saúde como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A proposta das RAS é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964). Nos Estados Unidos, o estudo de Shortell e colaboradores (1993) propôs superar a fragmentação existente nos sistemas de

atenção à saúde por meio da constituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Sua proposta se baseou na análise empírica de 12 sistemas nos quais identificou os obstáculos à integração e sugeriu formas de superação da fragmentação (MENDES, 2011).

Griffith (1997) analisou o movimento de transformação de hospitais comunitários em organizações integradas de atenção à saúde e identificou os fatores de sucesso: a combinação de liderança interna e externa, a maior participação dos médicos, o fortalecimento da APS e a introdução da gestão da clínica, a partir da implantação de diretrizes clínicas (MENDES, 2011).

Young e McCarthy (1999) resgataram a importância da integralidade dos sistemas de saúde para, a partir dela, definir os seus componentes fundamentais quais sejam: a participação de mais de um hospital, a participação de unidades de cuidados subagudos, a integração clínica, o pagamento prospectivo incluindo a captação e os sistemas de informação potentes estruturados em redes. Em relação à integração clínica, enfatizaram o acesso a registros clínicos uniformizados, à programação feita a partir das diretrizes clínicas e ao compartilhamento de sistemas de apoio à clínica (MENDES, 2011).

Na construção de uma rede de atenção à saúde deve-se considerar os seguintes critérios: ter missão e objetivos comuns; operar de forma cooperativa e interdependente; intercambiar seus recursos de acordo com a necessidade do usuário; organizar sem hierarquia os diferentes componentes, de forma que todos os pontos de atenção à saúde sejam igualmente importantes e se relacionem horizontalmente. Destacam-se, ainda, um cuidado contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; coordenação da atenção primária à saúde; assistência de forma oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011).

Na proposta de construção das redes, cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho (VÁZQUEZ; VARGAS, 2006). Na organização de uma rede de atenção deve-se levar em

consideração três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

4.3.1 Necessidade populacional

Denomina-se população a soma de pessoas que residem dentro de um território, cidade, estado, país ou qualquer outro tipo de área demográfica e que possuem, em muitos casos, características que podem ser comuns. O primeiro elemento das redes de atenção à saúde, e sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que caracteriza a atenção à saúde baseada na necessidade populacional.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (MENDES, 2009).

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada como subpopulações por riscos sócios sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total. Ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio-sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010).

4.3.2 Operacionalização da Rede

A operacionalização da rede é o segundo elemento constitutivo de uma rede de atenção à saúde, constituída pelos nós e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós (VIANA; LIMA, 2011).

Na operacionalização da rede deve-se levar em consideração cinco componentes: comunicação com usuários, atenção primária à saúde; pontos de atenção secundários e

terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós e o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).

A atenção primária à saúde (unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família) é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde e é o nó no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde.

As evidências demonstram que os sistemas de atenção à saúde, baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, contrastados com os sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são mais adequados por se organizarem a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos por serem a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactarem significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes por apresentarem menores custos e reduzirem procedimentos mais caros; mais equitativos por discriminarem positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuir o custo das pessoas e famílias; e de maior qualidade por darem ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, e ofertarem tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (OPAS, 2009).

Para que a rede materno-infantil seja efetiva é necessário que a atenção primária à saúde possa resultar em todos esses benefícios, ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção secundários e terciários são o segundo componente de uma rede de atenção à saúde, os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2010).

Na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingir os objetivos comuns das redes de atenção à saúde.

Os sistemas de apoio são o terceiro componente das redes de atenção à saúde. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia) (MENDES, 2011).

O sistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa, exercida por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma população, englobando intervenções logísticas relativas à seleção dos medicamentos, à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica, como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (BRASIL 2002; MARIN et al., 2003; GOMES et al., 2007).

Os sistemas de informação em saúde compreendem os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a *performance* dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde (ABOUZHR; BOERMA, 2005).

Os sistemas logísticos são o quarto componente das redes de atenção à saúde. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (SILVA, 2011; OPAS, 2011).

Os sistemas de governança são o quinto componente das redes de atenção à saúde. A governança de uma rede de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes da rede de atenção à saúde. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados no curto, médio e longo prazos para cumprir a missão; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização. A governança das redes de atenção à saúde, no SUS, deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, coerentes com o federalismo cooperativo que se pratica no Brasil. São as comissões intergestores que se materializam: no plano nacional, na comissão intergestores tripartite; nos Estados, nas comissões intergestores bipartite; e nas regiões de saúde, nas comissões intergestores bipartite regionais (MENDES, 2011).

Os sistemas de acesso regulado nas redes de atenção à saúde de base territorial devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais. Esses sistemas têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (SESA/MG, 2005).

A organização da assistência materno-infantil em rede provoca mudanças no modelo de atenção à saúde e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos (MENDES, 2011). As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde promovem estrutura mais adequada para efetivar a integralidade da atenção e a qualificação e continuidade da assistência à saúde. São importantes para o preenchimento de lacunas na assistência e redução dos custos dos serviços por produzir racionalização na utilização de recursos. Isto favorece o aproveitamento a partir do aperfeiçoamento dos mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços (SILVA, 2011).

Estudos que utilizaram alguma forma de integração concluíram que os programas que integravam a atenção primária à saúde com os outros níveis e que tinham uma população adscrita foram mais efetivos e seus usuários estavam mais satisfeitos. Há evidências de que a

integração de gestores e prestadores de serviços melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve algum impacto sobre os custos da atenção à saúde (SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M, 2011). As experiências de redes de atenção à saúde relatadas indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.

5.METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma macrorregião de saúde e com foco nos serviços de atenção primária, policlínicas e maternidades da macrorregião Sertão Central e o acesso e utilização dos serviços pelas usuárias. Está vinculado à implantação do Programa Nascer no Ceará da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

O estudo que tem como prerrogativa a distribuição e os determinantes das doenças ou das condições relacionadas à saúde em populações específicas são denominados estudos epidemiológicos (FURLEY, 2008). Os estudos epidemiológicos incluem vigilância, análise e experimentação dos fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde. O desenvolvimento de estudos que buscam o controle dos problemas de saúde também é considerado epidemiologia (FURLEY, 1999).

Estudos descritivos buscam especificar propriedades, características e traços importantes de qualquer fenômeno a ser analisado. Pretendem coletar informação de maneira independente ou conjunta sobre variáveis a que se referem (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2013). Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários e primários (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

O estudo transversal é definido por pesquisa observacional, que analisa dados coletados ao longo de um período de tempo. Essa pesquisa pode ser em uma população amostral ou em um subconjunto pré-definido (DUQUIA, 2007). Em delineamentos de pesquisas transversais, os dados são coletados em um único momento, e essas pesquisas podem ser usadas para estudar fenômenos relacionados com o tempo. Os estudos retrospectivos costumam ser transversais (POLIT; BECK, 2019).

Os estudos seccionais retratam a situação, determinam simultaneamente o fator de interesse e o desfecho em investigação, numa população bem definida, em um determinado

momento. São importantes para avaliar a prevalência das doenças. A exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente, sendo escolhido esse tipo de estudo por permitir a descrição de características da população e por ser uma ferramenta para a ação e planejamento em saúde (ROUQUAYROL, FILHO, 2003; BASTOS, DUQUIA, 2007). Entre as vantagens do estudo seccional estão o baixo custo, o alto potencial descritivo, a simplicidade analítica e a facilidade na representatividade de uma população (ROUQUAYROL, FILHO, 2003).

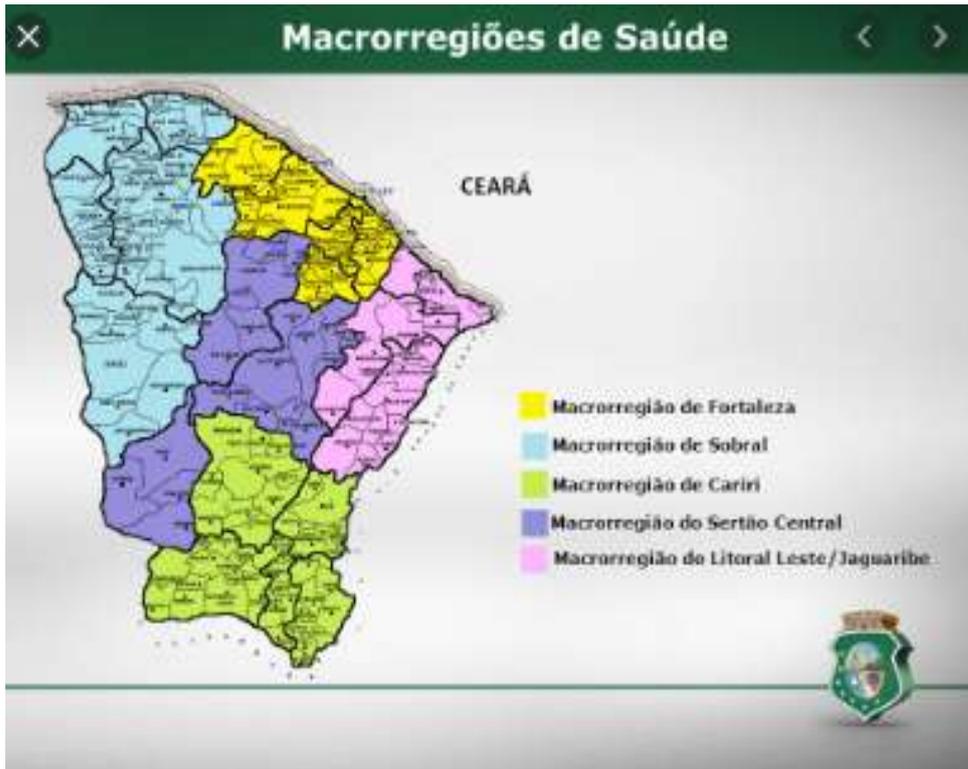
5.2 Local do estudo

O Ceará foi um dos primeiros estados brasileiros a iniciar sua regionalização pelo Decreto nº 7.508/2011, propondo a adesão ao novo processo de regionalização por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em cada uma de suas regiões de saúde. A regionalização é uma diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações de serviços de saúde, com o objetivo de garantir acesso, resolutividade e qualidade no atendimento à população, de forma planejada, organizada e integrada.

No Brasil, a regionalização é um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde no território de cada unidade federada do país (OPAS, 2008; MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O mapa da saúde do Ceará está dividido em 22 regiões de saúde que compõem cinco macrorregiões, quais sejam: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe.

Figura 1: Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Google imagens

Figura 2: Regiões de Saúde do Estado do Ceará.



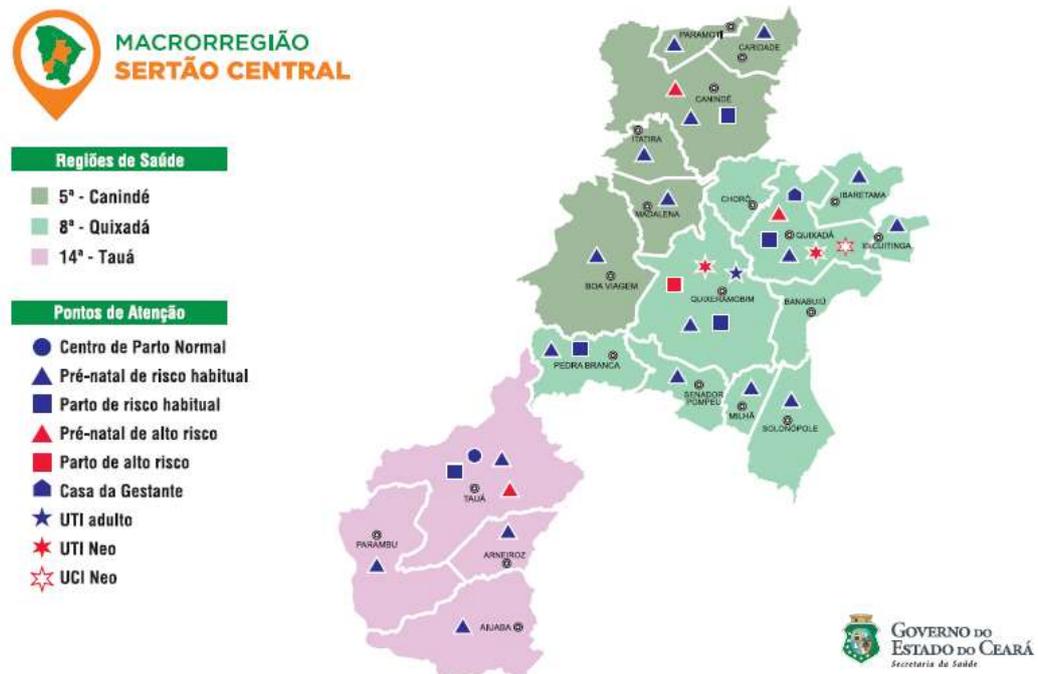
Fonte: Google imagens

O estudo foi realizado nos pontos de atenção da assistência materno-infantil nos três níveis de saúde da macrorregião Sertão Central: Unidades de Atenção Primária à Saúde –

UAPS da região de Tauá composta pelos municípios de Aiuba, Arneiroz, Parambu e Tauá; da região de Quixadá composta pelos municípios de Banabuiu, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópole; da região de Canindé composta pelos municípios de Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti, totalizando 20 municípios e 472 unidades; duas policlínicas regionais e 15 maternidades de referência para gestantes da macrorregião Sertão Central.

Na figura 3, está representada a macrorregião Sertão Central, suas regiões de saúde, municípios e pontos de atenção.

REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL DO CEARÁ



Fonte: SESA/CE, 2019.

5.3 Coleta de dados

A coleta dos dados analisados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2017, como parte da implantação do Programa *Nascer no Ceará*. Os dados foram solicitados à SESA e coletados pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança (NUSMAC/SESA) e pela equipe das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES. Foram enviadas planilhas do Programa Excel, com as variáveis estudadas, aos coordenadores das três CRES para coletarem os dados junto às secretarias municipais dos 20 municípios da macrorregião Sertão Central.

Os dados referentes à **estrutura e processo** foram coletados nas seguintes fontes: 1- Atenção Primária - nas 472 UAPS dos 20 municípios; 2 - Atenção Especializada Ambulatorial

– 2 policlínicas regionais; 3 - Atenção Hospitalar – 15 maternidades de referência ao parto da macrorregião Sertão Central.

Os dados referentes aos **resultados** foram coletados nas seguintes fontes: Sistemas de Informação em Saúde (SIS), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação da Atenção Básica -E- SUS, Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES (Próprio da SESA), Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIAH), por meio da Vigilância Epidemiológica da SESA.

5.4. Instrumentos de coleta

O referencial teórico que subsidiou a descrição e avaliação dos dados foi desenvolvido por Donabedian (1980b), que concebeu a tríade "estrutura-processo-resultados", a partir do referencial teórico sistêmico. A "estrutura" corresponderia às condições físicas, equipamentos, recursos humanos e organizacionais; o "processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980b). Para a realização do presente estudo, construiu-se um instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) contendo as informações pertinentes para a análise da Estrutura, Processo e Resultado da organização da Rede Materno-Infantil da macrorregião de Saúde Sertão Central. O processo de estruturação da Rede Materno-Infantil exige intervenções sistêmicas, nos serviços de saúde que as compõem e nas práticas profissionais que aí se desenvolvem. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de variáveis direcionadas à qualificação, organização e integração de estruturas ou processos em cada âmbito de atenção à saúde.

O instrumento contemplou as seguintes informações: estimativa de gestantes por município, número de unidades básicas de saúde, cobertura do pré-natal, estratificação de risco, percentual de gestantes de alto risco, utilização de protocolos, vinculação ao pré-natal e ao parto e nascimento, bem como as estimativas de consultas relacionadas ao pré-natal de alto risco. As questões relacionadas ao parto e nascimento contemplam a produção dos partos versus as necessidades populacionais nas maternidades, os processos de trabalho e a resolubilidade para a região.

Para realizar a análise de resultado, na **atenção primária**, serão utilizadas as variáveis: adequabilidade do número de consultas pré-natal (mínimo de sete, segundo a Estratégia Rede Cegonha) e Idade Gestacional (IG) de início PN (início até 12 semanas, segundo a Estratégia Rede Cegonha); estratificação de risco das gestantes nas unidades de atenção primária à saúde e vinculação ao pré-natal de alto risco e ao parto (preconizada pela portaria nº1.020, de 29 de

maio de 2013 do Ministério da Saúde); utilização de protocolos padronizados. Na **atenção secundária** serão utilizadas as variáveis do percentual de consultas ofertadas e realizadas para pré-natal de alto risco versus necessidade populacional. E na **atenção hospitalar** o número de partos realizados versus necessidade populacional da região/macrorregião.

Para realizar a análise do perfil epidemiológico da macrorregião Sertão Central utilizaram-se os indicadores de razão da mortalidade materna e suas principais causas, taxa de mortalidade infantil e suas causas evitáveis.

Dessa forma, para realizar a análise quanto à atenção ao pré-natal de risco habitual, ao pré-natal de alto risco e à assistência ao parto e nascimento, oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde dos vinte municípios, policlínicas e maternidades da macrorregião Sertão Central, foram utilizadas as variáveis do instrumento, dispostas no quadro 1, com suas fontes de informação, periodicidade e indicadores.

Quadro 1- Variáveis do instrumento de estudo divididas por níveis de atenção segundo o modelo de Donabedian.

ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA			
Variáveis de Estrutura			
Informações Coletadas	Fonte	Periodicidade	Indicadores
Informações referentes à estimativa de gestantes e seu risco	Sistema de Informação SINASC	Anual	1. Percentual de nascidos vivos + 5% 2. Parâmetro de risco do MS/ PGASS
Informações referentes ao pré-natal	e SUS	Anual	1. N° de unidades básicas de saúde
Informações referentes aos profissionais de saúde da assistência materno-infantil	CRES	Anual	1. N° de médicos da ESF 2. N° de enfermeiras da ESF
Variáveis de Processo			
Informações referentes ao pré-natal	E-SUS	Anual	1 % de gestantes com 7 ou + consultas de pré-natal e início precoce 2. N° de unidades básicas que realizam estratificação de risco

			da gestante 3. N° de Gestantes de alto risco estratificadas 4. Utilização de protocolo padronizado 5. % de gestantes vinculadas
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL			
Variáveis de estrutura			
Informações sobre o pré-natal de alto risco	SIGES SINASC	Mensal/anual	1. N° de consultas realizadas 2. N° de consultas necessárias segundo estimativa de gestantes
Informações referentes aos profissionais de saúde da assistência materno-infantil	CRES	Anual	3. N° de pediatras 4. N° de obstetras
Variáveis de Processo			
Informações sobre o pré-natal de alto risco	SIGES SINASC	Mensal/anual	1. Utilização de protocolo padronizado
ATENÇÃO SECUNDÁRIA HOSPITALAR			
Variáveis de Estrutura			
Informações sobre o parto	SIAH	Anual	1. N° de partos realizados por unidade/município 2. Número de partos necessários por município
Informações dos leitos obstétricos	SIAH	Anual	1. N° de leitos de risco habitual 2. N° de leitos de alto risco 3. N° de leitos de UTI NEO

			4. N° de leitos de UCINCO 5. N° de leitos de UTI adulto
Informações referentes aos profissionais de saúde da assistência materno-infantil	CRES	Anual	1. N° de neonatologistas 2. N° de enfermeiras nas maternidades
Variáveis de Processo			
Informações sobre o parto	SIAH	Anual	Utilização de protocolo padronizado
Informações sobre a referência de parto de alto risco	SIAH	Anual	N° de gestantes referenciadas
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO			
Variáveis de Resultado			
Informações coletadas	Fonte	Periodicidade	Indicadores
Informações referentes a razão da mortalidade materna	1. Sistema de Informação de Mortalidade SIM	Anual	1. Razão da mortalidade materna macrorregional
Informações referentes à mortalidade infantil	1. Sistema de Informação de Mortalidade SIM	Anual	1. Taxa de mortalidade infantil macrorregional

Fonte: Elaboração própria.

5.5 Análise dos dados

Os dados obtidos no banco de dados do Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará foram transferidos para uma planilha do Excel utilizando-se as variáveis correspondentes. Para análise dos indicadores epidemiológicos foram utilizados os parâmetros da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil.

Em relação às variáveis de estrutura, utilizaram-se para a variável de estimativa de gestantes os parâmetros da Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 – Programação Geral das Ações dos Serviços de Saúde – PGASS. No Ceará, adotou-se o parâmetro de Nascidos Vivos + 5% após avaliação da série histórica de nascidos vivos dos últimos cinco anos. Para a variável de cobertura do pré-natal foram utilizados os parâmetros da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que instituiu no SUS a Rede Cegonha.

Cálculo:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de NV com 7 e + cons. de pré-natal}}{N^{\circ} \text{ total de nascidos vivos} \times 100}$$

As variáveis de número de unidades básicas de saúde e número de equipes de saúde da família seguiram os parâmetros da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito SUS.

Para o cálculo de necessidades de leitos utilizaram-se os parâmetros da Portaria Nº 1.631, DE 1º DE OUTUBRO DE 2015 – PGASS:

Leitos obstétricos - { Gestantes Estimadas \times 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias \times 0,70 (taxa ocupação 70% *)] } \times 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = [(NV \times 1,05) \times 2,5]/(365 \times 0,70) \times 1,21 - Conforme a Portaria SAS/MS Nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a quantidade de leitos obstétricos, também pode ser considerado para determinados territórios: “ 0,28 leitos por 1000 habitantes usuários SUS ”.

Leitos obstétricos (GAR) - 10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;

- Conforme a Portaria SAS/MS Nº 650 de 05/10/2011 para a quantidade de leitos GAR, pode ser considerado para determinados territórios: 15% do total de leitos obstétricos necessários, na região, também devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

UTI adulto ** - 1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

- Conforme a Portaria SAS/MS Nº 650 de 05/10/2011, para a quantidade de leitos UTI

adulto, podem ser considerados para determinado territórios: 6% do total de leitos obstétricos necessários, na região, também devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

UTI neonatal ** - 02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

UCI neonatal - 03 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

Para análise da estimativa do número de consultas de pré-natal de alto risco, estratificação de risco e vinculação das gestantes, foram utilizados os parâmetros da Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000 (*) – Anexo I e II. Para análise da pactuação do percentual de exames ofertados, utilizaram-se os parâmetros da Portaria Nº 1.631, de outubro de 2015 (PGASS). A análise da produção de partos x resolubilidade foi baseada na estimativa de partos de risco habitual e alto risco por município e região/macrorregião de saúde, bem como a referência para outro ponto de atenção.

Os resultados serão categorizados e apresentados em forma de tabelas e figuras.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que utiliza dados provenientes de uma plataforma de domínio público. No entanto, ressalta-se que durante a pesquisa foram observados os aspectos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

6. RESULTADOS

Diante da inexistência de um sistema integrado de informações da saúde no Estado, nesse período, a pesquisa utilizou dados secundários e apresentou algumas limitações relacionadas aos indicadores de processo sobre exames laboratoriais e percentual de consultas de pré-natal de alto risco.

Os resultados foram apresentados em ordem crescente segundo os níveis de atenção, com suas variáveis de estrutura e processo, sendo posteriormente apresentado o perfil epidemiológico, correspondente às variáveis de resultado do modelo de Donabedian.

6.1 Assistência materno-infantil na atenção primária à saúde.

Para a avaliação da assistência materno-infantil da macrorregião, foi necessário identificar a necessidade populacional segundo estimativas padronizadas por órgãos oficiais.

Tabela 1. Estimativa de gestantes de risco habitual e de alto risco por região de saúde, da macrorregião Sertão Central. SESA, 2017.

Região de Saúde	Gestantes estimadas	Gestantes de risco habitual	Gestantes de alto risco
Canindé			
Boa Viagem	671	570	101
Canindé	1.124	955	169
Caridade	253	215	38
Itatira	319	271	48
Madalena	250	212	37
Paramoti	121	103	18
Total	2.738	2.326	411
Quixadá			
Banabuiú	276	235	41
Choró	184	156	28
Ibaretama	203	172	30
Ibicuitinga	163	138	24
Milhã	161	137	24
Pedra Branca	560	476	84
Quixadá	1.371	1.165	206
Quixeramobim	1.115	948	167
Senador Pompeu	335	285	50
Solonópole	218	185	33
Total	4.586	3.897	687
Tauá			
Aiuaba	191	162	29
Arneiroz	93	79	14
Parambu	492	418	74
Tauá	771	655	116
Total	1.547	1.314	233
Total	8.871	7.537	1.331

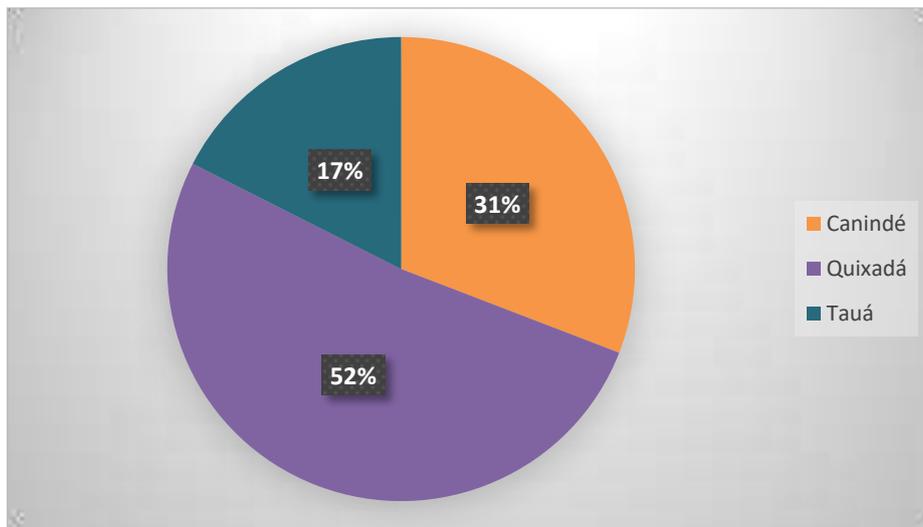
Fonte: Datasus/SESA/CVS/NUIAS/NUSMAC/CRES /SMS /Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança – NUSMAC/SESA, Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS

Na região de Quixadá, observa-se a maior estimativa de gestantes totais, incluindo alto risco e risco habitual. Também é a região com maior quantidade de municípios. Em contrapartida, a região de Tauá da macrorregião Sertão Central abrange menos municípios e menos gestantes. Os municípios de Quixadá, Quixeramobim e Canindé apresentaram a maior

estimativa de gestantes de alto risco. Os municípios de Arneiroz, Paramoti, Ibicuitinga e Milhã apresentaram menos gestantes de alto risco.

O município de Tauá apresenta a maior estimativa de gestantes de alto risco da região de Tauá. O Gráfico 1 apresenta a estimativa de proporção de gestantes de alto risco por regiões de saúde.

Gráfico 1 – Distribuição da estimativa de gestantes de alto risco por região de saúde da macrorregião Sertão Central. SESA, 2017.



O estudo coletou os dados da estimativa de gestantes e seu risco por município, região e macrorregião de saúde sertão central. Observa-se que houve maior estimativa de gestantes de alto risco na Região de Saúde de Quixadá, abrangendo 52% delas para o ano de 2017. Essa região apresenta os maiores índices de morte materna e infantil. Os municípios com maiores números foram Quixeramobim, em morte materna, e Ibareta e Pedra branca em morte infantil. Já a região de Tauá apresenta a menor estimativa de gestantes de alto risco, com 17%.

O total de gestantes estimadas para a macrorregião Sertão Central no ano de 2017 foi de 8.871, com estimativa de 1.331 gestantes estratificadas como alto risco. As análises dessas estimativas estão diretamente relacionadas à capacidade da rede em responder às necessidades de cuidado das gestantes por nível de atenção à saúde. As informações referentes às variáveis de processo da assistência materno-infantil na atenção primária à saúde da macrorregião Sertão Central foram dispostas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis de processo referentes à assistência materno-infantil na atenção primária à saúde da macrorregião Sertão Central. SESA, 2017.

Regiões de Saúde	Canindé	Quixadá	Tauá	Total
Variáveis de Processo				
% de adequação do número de consultas	66,7	71,4	82	70,9
% de unidades que realizam estratificação de risco das gestantes por região.	87	80,3	93,4	87
% de gestantes estratificadas como alto risco	16,3	8,8	6,6	10,5
% de utilização de protocolo padronizado	0	0	0	0
% de vinculação ao PN de alto risco e parto	0	0	0	0

Fonte: Datasus/SESA/CVS/NUIAS/NUSMAC/CRES /SMS /Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança – NUSMAC/SESA, Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS.

Conforme observa-se na Tabela 2, o percentual de cobertura de consultas de pré-natal na região de Canindé foi de 66,7%, índice considerado baixo para os parâmetros do Ministério da Saúde, que é de 7 consultas (BRASIL, 2012). Em relação à estratificação do risco gestacional, das 70 UAPS que realizam o pré-natal, 87% estratificaram o risco. O número de gestantes estratificadas como alto risco na região de Canindé ultrapassa a estimativa estipulada de 15% pela portaria da Rede Cegonha, considerando-se que a não utilização de protocolos padronizados nas UAPS dessa região pode levar a falhas nesse procedimento. Observou-se que nenhuma UAPS dessa região utiliza protocolos padronizados ou possui mapa de vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto e nascimento.

Na região de saúde de Quixadá, o percentual de cobertura de consulta de pré-natal foi de 71,4%. A estratificação do risco gestacional foi realizada em 80,3% das UAPS existentes na região. A região estratificou como alto risco um percentual de 8,8% de gestantes, das 687 estimadas. Repetindo a mesma fragilidade da região de Canindé, nenhuma UAPS dessa região utiliza protocolos padronizados ou possui mapa de vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto e nascimento.

Já a região de Tauá possui o maior percentual de cobertura de consultas de pré-natal da macrorregião Sertão Central, 82%. Das 46 UAPS existentes na região, 93,4% realizam estratificação de risco gestacional, entretanto, o percentual de 16,3% de gestantes estratificadas como alto risco está acima do estimado, que seria de 15% para essa região. Nenhuma UAPS da região utiliza protocolos padronizados, bem como mapa de vinculação ao pré-natal de alto risco e ao parto e nascimento.

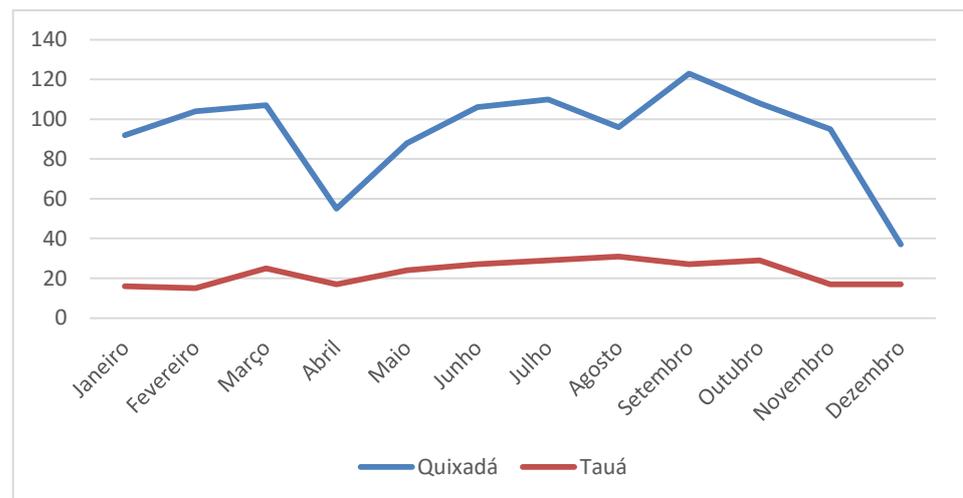
Observa-se que o percentual de adequação do número de consultas do pré-natal para a macrorregião Sertão Central foi de 70,9%. Do total de 236 UAPS, 87% realizam a

estratificação do risco gestacional. Foram estratificadas como alto risco 70% do total de 1331 gestantes estimadas como alto risco para essa macrorregião. Em nenhuma UAPS, foi observada utilização de protocolos padronizados e mapa de vinculação ao pré-natal de alto risco e ao parto e nascimento.

6.2 Assistência materno-infantil na atenção especializada ambulatorial (Policlínicas)

Quanto às variáveis de estrutura, para melhor visualização da produção mensal de consultas pré-natais de alto risco nas policlínicas investigadas, alocou-se os dados no gráfico 3. A policlínica de Canindé está em processo de inauguração, portanto, ainda não oferta consulta de pré-natal de alto risco para essa região. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o hospital de referência. Não foi possível coletar os dados nesse hospital por inexistência de sistema de informação integrado.

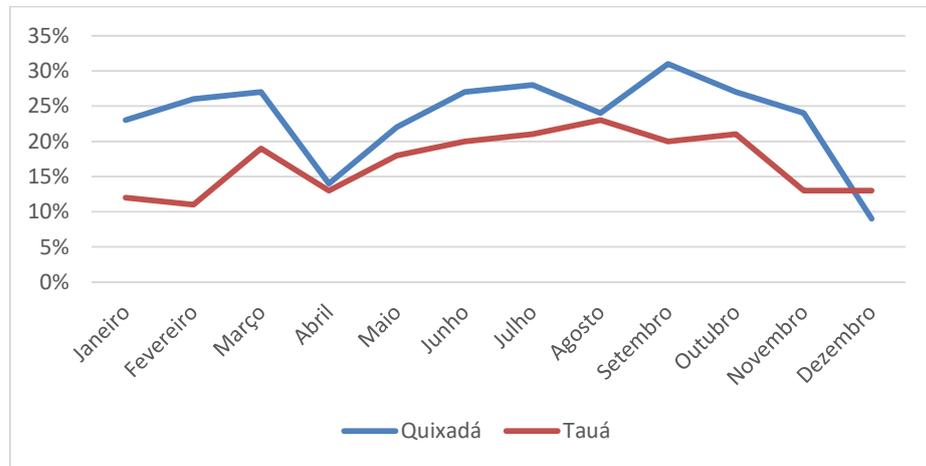
Gráfico 3 - Distribuição da produção mensal em números absolutos de consultas pré-natais de alto risco realizadas pelas policlínicas de Quixadá e Tauá. SESA, 2017.



Fonte: Elaboração própria

Considerando o quantitativo mínimo preconizado de sete consultas pré-natais por gestantes de risco, estabeleceu-se um quantitativo de 4.809 consultas necessárias anualmente para a região de Quixadá e 1.631 consultas para a região de Tauá. Em números absolutos, Quixadá apresentou durante todo o ano quantitativo superior à região de Tauá. Os valores médios mensais aproximados foram calculados, sendo alocada no gráfico 4 a proporção ideal mensal aproximada dos dois municípios.

Gráfico 4 - Distribuição da produção mensal ideal em números absolutos de consultas pré-natais de alto risco realizadas pelas policlínicas de Quixadá e Tauá. SESA, 2017.



Fonte: Elaboração própria

Para análise das informações sobre as consultas de pré-natal de alto risco, estabeleceu-se o percentual de adequabilidade de acordo com as consultas necessárias segundo estimativas de gestantes. Conforme observa-se no gráfico 4, o percentual de consultas realizadas está aquém do preconizado nas duas regiões de saúde, abaixo de 35%. A região de Quixadá apresenta melhores proporções na maioria dos meses, apenas por dois meses, abril e agosto, apresenta percentuais semelhantes aos de Tauá e em dezembro apresenta cenário pior que a outra região.

Ainda referente à variável de estrutura que versa sobre profissionais de saúde na assistência materno-infantil das policlínicas, apenas a região de Quixadá apresenta 1 pediatra/neonataologista. No referente ao número de obstetras nas policlínicas, esses somaram 2. Quanto aos enfermeiros, Quixadá apresenta 2 profissionais e Tauá 1 profissional dessa categoria. Em relação a protocolos padronizados, assim como na atenção primária à saúde, não foi observada sua utilização pelas policlínicas regionais na assistência obstétrica à gestante de alto risco. Observa-se a existência de déficit de profissionais para assistência ao pré-natal de alto risco na atenção ambulatorial especializada.

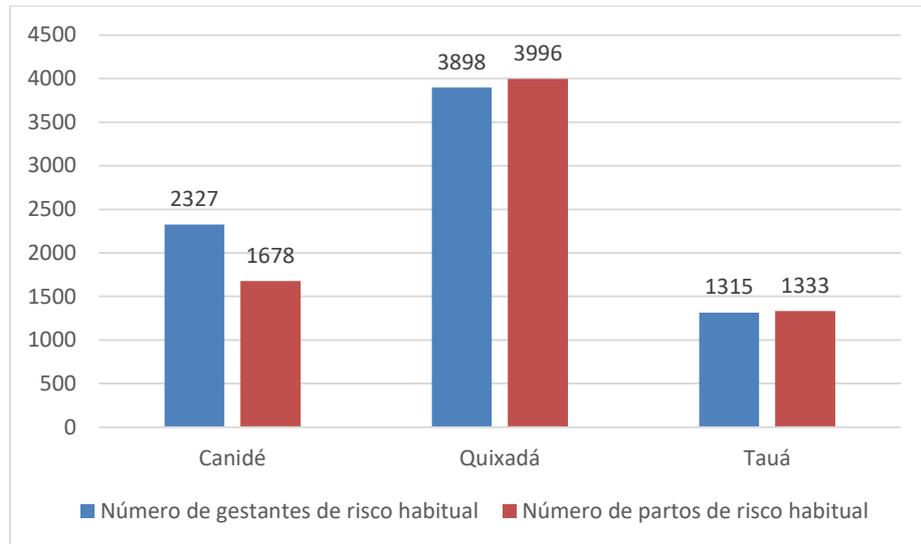
6.3 Assistência materno-infantil na atenção secundária hospitalar

A análise do número de partos realizados pelos hospitais de uma região/macrorregião, bem como as informações sobre leitos obstétricos permitem identificar o fluxo de acesso, a

resolubilidade relacionada ao número de leitos obstétricos credenciados e a capacidade efetiva da rede dentro de uma macrorregião.

Os gráficos 5 e 6 evidenciam a proporção de partos de risco habitual e alto risco realizados na macrorregião Sertão Central, em relação ao quantitativo ideal.

Gráfico 5 – Comparação do quantitativo de partos de risco habitual e gestantes estimadas para cada região de saúde. SESA, 2017.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6 - Quantitativo de partos de alto risco realizados e gestantes estimadas para a macrorregião Sertão Central. SESA, 2017.



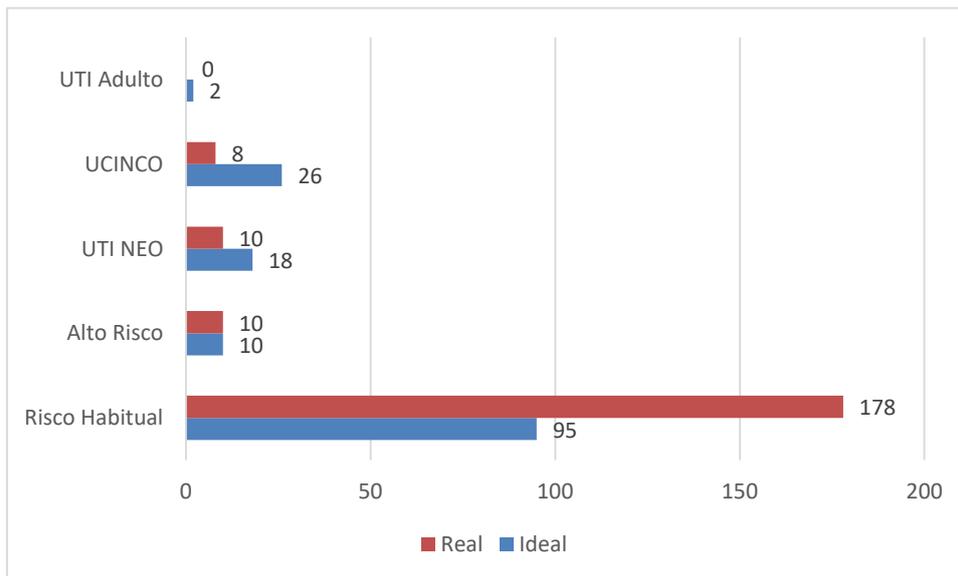
Fonte: Elaboração própria

Conforme pode-se observar nos gráficos, a região de Quixadá realizou 3996 partos de risco habitual e 105 partos de alto risco, abaixo do estimado para essa região. O município de Quixadá dispõe de uma maternidade de referência para alto risco, tornando-se um ponto de atenção mais resolutivo e seguro para os municípios da macrorregião, entretanto, apesar de ser

referência para o alto risco, realizou apenas 105 partos de alto risco do total de 1330 estimados para a macrorregião (7,9%). A região de Tauá apresenta boa resolubilidade para o parto de risco habitual, realizando 1333 partos em face dos 1315 estimados para a região. A região de Canindé realizou 1678 partos de risco habitual dos 2327 estimados para a região. Observa-se que a macrorregião Sertão Central apresentou um déficit de resolubilidade de 533 partos de risco habitual e 1225 partos de alto risco.

A análise situacional do número de leitos obstétricos da rede materno-infantil da macrorregião Sertão Central deve ser calculada de acordo com a estimativa de gestantes e seu grau de risco. No gráfico 7, foram alocadas essas informações.

Gráfico 7 – Comparação da quantidade de leitos obstétricos necessários e existentes na macrorregião Sertão Central. SESA, 2017.



Fonte: Elaboração própria

Conforme observa-se no gráfico 7, não existe déficit de leito para o parto de risco habitual e de alto risco. Entretanto, ao se fazer uma análise comparativa entre os leitos físicos existentes e a resolubilidade da assistência ao parto e nascimento, verifica-se que alguns hospitais não realizam o número de partos necessários para sua referência. Os déficits podem ser observados nas UTIs neonatal, adulto e UCINCO.

Há um déficit de oito leitos de UTI neonatal, 18 leitos de Unidades de Cuidados Intermediários e dois leitos de UTI adulto, na macrorregião Sertão Central. A assistência adequada ao recém-nascido impacta na taxa de mortalidade perinatal dessa macrorregião, conforme será apresentado adiante.

Ainda referente à variável de estrutura desse nível assistencial, o número de neonatologistas é apenas 4, localizados em Quixadá. O número de enfermeiros nas maternidades soma 7 em Canindé, 11 em Quixadá e 3 em Tauá. Observa-se a existência de déficit de profissionais nas maternidades para assistência ao parto e ao recém nascido. A macrorregião apresenta apenas 4 neonatologistas como referência para os 20 municípios.

6.4 Apresentação do Perfil Epidemiológico da macrorregião Sertão Central

Os dados referentes à variável de resultado foram alocados na tabela 4, quais sejam: Razão de Mortalidade Materna (RMM), Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e taxa de gravidez na adolescência.

Tabela 4 – Distribuição da razão de mortalidade materna, taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-natal. SESA, 2017.

Região de Saúde	Materno / 2017*		Infantil / 2017*			
	Nº Óbito	Razão Mortalidade (RMM)	TMI Neo Precoce	TMI Neo Tardio	TMI Pós Neonatal	Mortalidade (TMI)
5ª Região Canindé	1	38,4	6,5	0,8	4,2	11,5
8ª Região Quixadá	9	160,3	10,8	5,5	4,1	20,4
14ª Região Tauá	2	67,8	7,5	0,7	1,4	9,5
Total	12	106,5	8,8	3,2	3,6	15,6

*Fonte: Datasus/SESA/CVS/NUIAS/ Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM/ Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.- Dados sujeitos a revisão 2017**

Observa-se, na tabela 4, que, no período analisado, a macrorregião do Sertão Central apresentou 12 óbitos maternos e uma RMM de 106,5 por 100 mil nascidos vivos-NV, com índices muito acima da média da RMM de 64,9 por 100 mil NV do estado do Ceará para o ano de 2017. A região de Quixadá apresentou a RMM mais elevada da macrorregião 160,3 por 100 mil NV, seguida de Tauá com 67,8 por 100 mil NV e Canindé com 38,4 por 100 mil NV.

Em relação à taxa de mortalidade infantil, observa-se que os óbitos no componente neonatal precoce prevalecem em todas as regiões de saúde. A taxa de mortalidade infantil para a macrorregião Sertão Central foi de 15,6 por mil NV. A região de saúde de Canindé apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 11,5, sendo 6,5 referentes ao componente neonatal precoce, equivalendo a 56,5% do total dos óbitos infantis. A região de Quixadá, assim como para a RMM, demonstrou a maior taxa de mortalidade infantil da macrorregião,

de 20,4% por mil NV. A região de Tauá apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 9,5 por mil NV com prevalência do componente neonatal precoce de 78,9% dos óbitos.

7. DISCUSSÃO

A avaliação identificou as potencialidades e fragilidades da estrutura, processo e resultados da rede materno-infantil da macrorregião Sertão Central. O planejamento de uma rede tem início no município entre gestores e prestadores de serviço. Existem evidências de que o planejamento integrado melhorou a gestão de casos, otimizou o uso de recursos e melhorou o acesso aos serviços (ROSEN; HAM, 2008).

Segundo Donabedian (1988), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde abrange três dimensões do cuidado: o conhecimento técnico, a relação entre profissional de saúde e paciente e a qualidade da infraestrutura dos serviços. A finalidade da avaliação da qualidade é mensurar a eficiência da assistência prestada, com monitoramento contínuo, objetivando identificar desvios de padrões que possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1978).

Diante dos resultados apresentados em relação à estimativa de gestantes e suas necessidades, segundo o grau de risco, observa-se que não houve um planejamento integrado da assistência em rede.

A pactuação dos gestores para uma assistência integral, resolutiva e qualificada às gestantes deve ser planejada com base na necessidade populacional e atender as evidências científicas e diretrizes organizacionais da rede de atenção à saúde (ALBUQUERQUE; MENDES, 2009).

Os componentes da RAS se distribuem em pontos de atenção, sendo atenção primária, secundária e terciária organizadas no território em municípios, regiões de saúde e regiões ampliadas de saúde. No intuito de otimizar os recursos disponíveis na RAS, a prevalência estimada de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto a de alto risco representa de dez a 15% do total de gestantes. Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes/conceptos e recém-nascidos aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A dimensão estrutura do modelo teórico de Donabedian avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde, englobando aqueles necessários para proporcionar a assistência, sendo eles, humanos (número e qualificação), materiais, físicos (instalações e equipamentos) e financeiros (DONABEDIAN, 1988, 1991). A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde estabelece que a infraestrutura de uma UAPS

deve estar adequada ao quantitativo da população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, a atuação e os tipos de equipes, o perfil da população e as ações e serviços de saúde a serem realizados. Ao realizar a avaliação da estrutura da macrorregião Sertão Central, observou-se um número de UAPS aquém para uma cobertura de cem por cento das gestantes.

Os resultados demonstram que os municípios das regiões de saúde que integram a macrorregião Sertão Central apresentam fragilidades na estratificação de risco e cobertura de consultas pré-natal. Diante disso, enfatiza-se a importância do acompanhamento pré-natal periódico, o qual viabiliza a identificação de problemas reais bem como potenciais das gestantes, favorecendo a elaboração de cuidados frente aos riscos clínicos e obstétricos apresentados (SILVA et al, 2019).

A atenção qualificada ao pré-natal é um importante componente da assistência obstétrica na rede materno-infantil. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da adoção de condutas humanizadas; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre para possibilitar a detecção precoce das condições adversas que possam ocorrer nesse período, proporcionando intervenções adequadas e reduzindo potencialmente o risco de complicações para a mulher e para o recém-nascido durante o parto e nascimento (WHO, 2018). Uma coorte realizada em São Luís/MA, ao avaliar a assistência PN, observou que um número reduzido de consultas resulta em maiores desfechos negativos (GOUDARD et al, 2020). Esse estudo demonstra uma média percentual de apenas quatro consultas por gestante, inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, através das diretrizes da Rede Cegonha, estabelece a estratificação de risco para 100% das gestantes como elemento orientador para a organização da rede em seus diversos níveis de atenção. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e dos dados epidemiológicos, permitindo a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado (BRASIL, 2011).

No contexto da análise realizada, essa variável foi a que apresentou uma importante fragilidade, pois, nas regiões de saúde, o percentual das gestantes estratificadas não é compatível com o estimado. Apesar de sua importância, não tem sido vista como prioridade no planejamento da assistência em rede. A não realização da estratificação de risco (ou a classificação inadequada da gestante pode ocasionar consultas desnecessárias para o risco habitual e dificultar o acesso ao pré-natal de alto risco e ao parto.

A classificação das gestantes por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, usando a universalidade e a equidade como princípios, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa (NAS CER NO CEARÁ, 2018).

A gestante estratificada como de alto risco deve ter o acesso ao pré-natal na atenção especializada em seu município ou região de saúde. O estudo demonstra que não há oferta suficiente de consultas de pré-natal de alto risco para a estimativa de gestantes de alto risco dos municípios/região. A atenção ao pré-natal de alto risco deve ser realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção primária, à qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres (BRASIL, 2013).

A assistência pré-natal ainda apresenta muitas fragilidades na região Nordeste. Estudo em base de dados secundários sobre avaliação da atenção ao pré-natal de alto risco em quatro municípios brasileiros com grandes populações (São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre e Campinas), centros de referência em saúde em suas respectivas regiões, identificou fragilidades no tocante ao acesso das gestantes a consultas, exames e medicamentos. Dentre as cidades avaliadas, Fortaleza é a única cidade que não utiliza protocolos padronizados e não possui sistema informatizado para marcação de consultas da atenção especializada. Quanto ao acesso a consulta especializada para o pré-natal de alto risco, à retirada de medicamentos na unidade de saúde e ao pagamento por exames, Campinas mostrou o melhor desempenho (FERNANDES et al, 2020).

A gestação de alto risco está relacionada a complicações relativas a doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, parto ou puerpério, geradas por fatores orgânicos ou socioeconômicos e demográficos desfavoráveis. A gestante estratificada como alto risco deve ser referenciada ao serviço de atenção especializada, tendo o cuidado garantido por profissional ginecologista/obstetra, por exames especializados, desde o momento do encaminhamento até o final da gestação, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde,

assegurando atendimento adequado em tempo oportuno. A avaliação de risco deve ocorrer individualmente durante a anamnese, com reavaliação do risco gestacional em todas as consultas do pré-natal (BRASIL, 2012).

Uma coorte retrospectiva de 55.404 gestantes, realizada em São Paulo, evidenciou que as gestantes que apresentaram fatores de alto risco obstétrico tiveram mais complicações da gestação, como internação pós-parto e mortalidade materna. Foi observada, também nos recém-nascidos, uma maior prevalência de prematuridade e de baixo peso ao nascer, maior mortalidade fetal e neonatal (MOURA et al, 2018).

O acesso ao acompanhamento pré-natal é um importante indicador de saúde, uma vez que a prematuridade, a desnutrição e o baixo peso ao nascer refletem as condições de saúde da mãe e do concepto e, indiretamente, as condições de vida da população. A deficiência no acompanhamento reflete nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (MARIO DN *et al*, 2013).

A cobertura de 70% para consultas de pré-natal na macrorregião Sertão Central demonstra uma média de 4 consultas para cada gestante. O número de consultas ficou abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde de 7 ou mais consultas (BRASIL, 2011). Outros estudos evidenciam média de consultas maiores que as encontradas na realidade investigada. Um estudo realizado com 440 puérperas, em quatro cidades do Ceará, evidenciou mediana de oito consultas de pré-natal. Com 78,3% das gestantes, foram realizadas seis ou mais consultas (VIDAL, 2019).

Estudo transversal, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), com 6.125 usuárias que fizeram seu último pré-natal nas unidades de saúde da família, identificou que, durante o pré-natal, 89% realizaram seis ou mais consultas (TOMASI *et al.*, 2017). A OMS recomenda que sejam realizadas oito consultas com a finalidade de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados (WHO, 2016).

O acompanhamento pré-natal desde o início da gravidez tem como grande vantagem a detecção precoce de eventuais complicações durante a gestação e a garantia de intervenções em tempo oportuno (BRASIL, 2011). Um número de consultas inferior ao preconizado está associado à menor adequação de exames, vacinação e orientação sobre aleitamento materno e parto (DOMINGUES, 2012).

Embora a avaliação da qualidade do pré-natal utilize critérios que julgam o acesso, também deve-se considerar não somente a estratificação de risco e o número de consultas, mas também a adequação do conteúdo da assistência prestada (POLGLIANE et al, 2014).

A avaliação da qualidade do processo assistencial pode ser feita por meio da observação direta ou da análise das informações registradas. Representa o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1991). Sua aplicação, na avaliação da assistência materno-infantil, poderá identificar o desempenho do serviço e as lacunas assistenciais no cuidado efetivo.

Observa-se, no estudo, que os serviços de saúde da macrorregião Sertão Central não utilizam protocolos padronizados no acompanhamento do pré-natal, bem como mapa de vinculação das gestantes ao parto.

Na implantação de uma rede materno-infantil integrada e resolutiva, uma das estratégias que visam ordenar o cuidado é a adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências, que direcionem as práticas nos diferentes níveis e pontos de atenção. Além disso, objetiva-se a otimização de recursos, a adequação do manejo clínico, o diagnóstico e tratamento, bem como a organização da assistência, baseando-a na estratificação de risco, competências e atribuições de serviços e profissionais dentro da linha de cuidado (MENDES, 2011).

A utilização de protocolos clínicos é uma ferramenta para padronizar a assistência em todos os níveis de atenção. Sua utilização direciona as práticas de cuidado e procedimentos da rotina para os profissionais que atuam nos serviços desde a APS até a atenção terciária. Vale ressaltar que todas as ações preconizadas nesse tipo de material são elaboradas por especialistas na área de atuação a que se propõem e estão embasadas na mais alta evidência científica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O Ministério da Saúde ressalta a importância da utilização dos protocolos que preveem, em seu uso, maior apropriação do problema em saúde ao qual se reporta, permitindo que os profissionais tenham respaldo técnico-científico sobre suas ações, favorecendo maior autoconfiança em suas práticas (PIMENTA et al., 2015).

A padronização do uso de normas e protocolos é apontada como essencial para guiar e respaldar a assistência pré-natal. A utilização desses protocolos atualmente é considerada uma estratégia eficaz, tanto nos serviços públicos como nos privados, devido à complexidade da organização do processo de trabalho em saúde. Essas ferramentas diminuem custos, aperfeiçoam a utilização de recursos para a obtenção de resultados estabelecidos em conjunto por gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Cada UAPS deve elaborar um mapa de vinculação das gestantes de seu território, e a vinculação da gestante com a maternidade de realização do parto deve ser feita desde o início do acompanhamento pré-natal. A omissão dessa orientação pode levar a uma peregrinação das

gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto ou em caso de emergências (BRASIL, 2011).

A anotação na caderneta da gestante do nome da instituição de saúde a ser procurada, no caso de parto ou de intercorrências, pode direcionar melhor as gestantes. A Lei N° 11.634 de 27 de dezembro de 2007 garante o direito da gestante ao conhecimento prévio da maternidade onde realizará seu parto, bem como a vinculação prévia à maternidade em caso de intercorrências, inclusive durante o puerpério (BRASIL, 2007).

A análise dos resultados da atenção hospitalar aponta para um médio déficit de realização de parto de risco habitual e um grande déficit de assistência ao parto das gestantes de alto risco na macrorregião Sertão Central. A assistência ao parto deve ser planejada de forma descentralizada. No Ceará, essas iniciativas não são recentes, mas ainda se encontram grandes disparidades entre as coberturas de assistência pré-natal e a rede de assistência ao parto e nascimento, ainda insuficiente para a demanda. Na ausência de regionalização efetiva, ocorre um fluxo desordenado de gestantes, levando à peregrinação das mulheres em busca de um local para o parto (CUNHA et al, 2010).

Nesse modelo descentralizado, cada região de saúde deve ser autossuficiente, no mínimo até a média complexidade, através de processos de negociação e pactuação entre gestores. O Programa Nascer no Ceará, criado para a redução da morbimortalidade materna e infantil no Estado, preconiza que os partos de risco habitual sejam realizados em nível municipal ou regional e os de alto risco no nível macrorregional. Observa-se, no entanto, que os partos de alto risco estão sendo referenciados para Fortaleza. Essa inadequação no referenciamento leva à peregrinação da gestante e à superlotação desnecessária das maternidades terciárias de Fortaleza.

Em relação ao parto de risco habitual, observa-se que ele deixa de ser realizado na unidade de referência devido à complexidade inadequada do serviço. As inúmeras situações que levam à restrição de admissão aos serviços de atenção ao parto causam a subutilização de leitos obstétricos de risco habitual e gastos públicos desnecessários para manutenção de serviços que não utilizam toda a sua capacidade. Por outro lado, serviços que estão funcionando normalmente ficam superlotados, com diminuição da qualidade da assistência e peregrinação de mulheres em busca de um local para dar à luz (SANTOS; CRUZ, SILVA, 2011). Um sistema eficaz de regulação e referência, assim como protocolos clínicos de avaliação de risco, reduziria essa distorção no acesso.

Apesar da garantia em lei, estudos evidenciam o não cumprimento dessa determinação. Pesquisa Nascer Sergipe, com 768 puérperas, evidenciou que a peregrinação no

anteparto foi referida por 29,4% das entrevistadas, a maioria das quais procurou atendimento em um serviço anterior (87,6%) (MENDES et al, 2019). Esse achado condiz com estudo nacional de base hospitalar (*Nascer no Brasil*), com 23.940 puérperas, em que aproximadamente 60% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto. Das que foram orientadas, 84,5% tiveram o parto assistido na maternidade indicada. Antes de conseguir internação onde o parto foi realizado, 16,2% das mulheres buscaram assistência em outra maternidade e 15% referiram ter procurado de duas até seis unidades de saúde antes de conseguir a internação (VIELLAS et al, 2014).

Na operacionalização da rede de atenção obstétrica, cabe ao município, por meio da atenção primária à saúde, garantir assistência pré-natal e ao parto de risco habitual, assegurando o encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de complexidade adequada ao atendimento. Desta forma, o município desempenha um papel primordial na manutenção do sistema como rede integrada. A demanda referente ao alto risco fica reservada aos serviços especializados que incorporam maior tecnologia (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011).

A rede de atenção materno-infantil da macrorregião Sertão Central deveria oferecer serviços de atenção no parto às mulheres que nela residem, adequados ao nível de complexidade do parto e à proximidade do local de residência das mulheres. O ordenamento do fluxo da gestante na rede de atenção à saúde melhora a qualidade dos serviços, os indicadores de saúde e a satisfação dos usuários, além de reduzir custos do sistema de saúde (MENDES, 2010).

No que se refere aos recursos humanos, é inegável a dificuldade na retenção de profissionais da área da saúde em regiões distantes de grandes centros urbanos. Essa dificuldade é ainda maior com relação ao profissional médico, o que acarreta um desfalque nas equipes de saúde (VICTORA, 2011).

Na maioria dos países, a escassez de médicos tem sido apontada como um problema grave e persistente ao longo do tempo, resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento (WHO, 2010). A preferência desses profissionais em fixar sua atuação nos grandes centros urbanos é um fator agravante da distribuição desigual dos médicos. Além de oferecerem maiores oportunidades profissionais e educacionais, os grandes centros urbanos oferecem outros atrativos importantes, como lazer e serviços para o médico e sua família. Logo, são as regiões mais carentes e/ou remotas que apresentam maior dificuldade de atração e fixação de profissionais médicos (GIRARDI et al., 2011).

O estudo evidenciou déficit também de profissionais nas maternidades para assistência ao parto e ao recém-nascido. Segundo a Portaria nº 371 de 2014, o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado à Unidade, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

Ademais, ressalta-se o achado de déficit estrutural com relação aos leitos específicos de cuidados intensivos. Estudo nacional sobre estrutura das maternidades evidenciou que, para as emergências maternas, a disponibilidade de equipamentos essenciais e estratégicos para viabilizar a sobrevivência é maior nos estabelecimentos privados (99%) e mistos (89%), e menor nos públicos (71%), havendo maior carência no Norte/Nordeste: apenas 56% dos hospitais públicos apresentavam os equipamentos essenciais. Também para as emergências do recém-nascido prevalece a disponibilidade maior nos estabelecimentos privados (88%), havendo 82% nos mistos e 68% nos públicos. Novamente, a deficiência é maior nos hospitais do Norte/Nordeste: apenas 45% dos hospitais públicos e 64% dos mistos contavam com todos os equipamentos. De todas as regiões, o Norte/Nordeste e em seguida a Centro-oeste apresentaram as maiores lacunas e problemas, sobretudo entre os estabelecimentos públicos e mistos (BITTENCOURT et al, 2014).

Ao analisar o perfil epidemiológico da macrorregião Sertão Central, observou-se que, no ano de 2017, a região de saúde que apresentou maior RMM foi Quixadá, seguida de Tauá e Canindé. A RMM de 106,5% por 100 mil de NV da macrorregião sertão central foi a mais elevada do Estado do Ceará. O Ceará apresentou no ano de 2017 uma RMM de 64,9% por 100 mil NV. Nesta macrorregião, assim como em todo o Estado do Ceará, a maior parte das mortes maternas ocorreu por causas evitáveis, tais como doença hipertensiva grave, hemorragias e infecções (SESA/COVIG, 2018). Se o sistema de saúde adotasse medidas de prevenção eficazes, como a organização de uma assistência qualificada e integral à gestante na rede de atenção à saúde, reduziria significativamente esses indicadores (MENDES, 2011).

Estudo sobre mortalidade materna demonstra que um sistema de saúde desorganizado reflete sobre a qualidade da assistência prestada, evidenciando a necessidade de investimentos governamentais para capacitação e qualificação do profissional que assiste as mulheres em idade fértil, no pré-natal, parto, aborto e puerpério. Os óbitos em sua maioria são evitáveis e demonstram a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas à saúde da

mulher, objetivando atendimento integral às gestantes/puérperas, implantando medidas de prevenção e promoção à saúde do público-alvo (MARTINS et al, 2018).

A taxa de mortalidade infantil no componente neonatal correspondeu a 77% da mortalidade infantil e no neonatal precoce a 56,4%. A prevalência dos óbitos no componente neonatal está relacionada à gestação. A maioria dos óbitos infantis é considerada evitável e poderia ser reduzida se fossem realizadas ações de saúde mais efetivas durante a assistência obstétrica.

Estudo realizado na França et al (2017) evidenciou a redução gradativa da mortalidade infantil no país. As taxas ainda são elevadas apesar de decrescente. Os óbitos infantis são em sua maioria por causas evitáveis relacionadas, sobretudo, ao cuidado em saúde na gestação, parto e nascimento. Políticas públicas intersetoriais e de saúde específicas devem ser continuadas e aprimoradas para a maior redução da mortalidade na infância no Brasil.

Segundo Lisboa et al (2015), embora a taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis tenha decrescido em decorrência de melhorias no sistema de saúde, persiste uma grande proporção de óbitos passíveis de serem evitados em relação ao total de mortes infantis. Esses óbitos não são atribuídos a falhas exclusivas da atenção à saúde, constituindo um desafio também para outros setores sociais com influência direta nas condições de vida do cidadão.

As altas taxas de mortalidade materna e infantil refletem a qualidade da atenção pré-natal, do manejo obstétrico e do atendimento da gestante e do recém-nascido na sala de parto (reanimação) (GILMORE; CAMHE, 2012).

Dessa forma, percebe-se que a incorporação da cultura do planejamento no campo da saúde requer a construção, a validação e a incorporação de indicadores capazes de mensurar o impacto das ações realizadas, o que ainda se mostra incipiente no Brasil. É fundamental, por fim, também a reflexão sobre a importância da integração de processos avaliativos e de proposição de mudanças, possibilitando a busca de objetivos comuns e a potencialização dos projetos desenvolvidos pelas secretarias de saúde (MAIA et al, 2011).

Assim, é necessário compreender o potencial e as fragilidades da assistência obstétrica na rede materno-infantil da macrorregião Sertão Central em seus três níveis de atenção à saúde.

8. CONCLUSÃO

Na perspectiva das redes temáticas, foi indicada baixa interação entre os serviços da rede, apontando-se falhas no planejamento das ações e no referenciamento aos serviços

especializados, reflexos de um modelo médico-assistencial hegemônico, hospitalocêntrico e centrado na doença, ainda presente. O processo de implantação dessa rede requer ações articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e comunidade. Dessa forma, as probabilidades de sucesso dessas ações serão maiores.

Foi identificada baixa capacidade gerencial dos municípios, sendo um entrave destacado a limitada capacidade assistencial instalada nos municípios de pequeno porte. Somado a isso, existe dificuldade de planejamento das ações intermunicipais, incluindo financiamento e processo decisório compartilhado.

Outro desafio é a necessária revisão da Programação Geral dos Serviços de Saúde e dos Contratos de Programas dos Consórcios das Policlinicas, delineada nos municípios e regiões da macrorregião Sertão Central, no sentido de possibilitar maior controle por parte dos municípios com relação aos serviços pactuados, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos, acessíveis e de melhor qualidade.

O enfrentamento dos problemas identificados depende do modelo de atenção, de gestão do sistema e de determinantes amplos, como os econômicos, financeiros e sociais. Ao mesmo tempo, acredita-se que a organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde é condição que pode auxiliar no enfrentamento desses problemas.

Dessa maneira, entende-se que, para o planejamento da assistência na rede materno-infantil, é fundamental que todos os pontos de atenção necessários a esse cuidado estejam conectados, para o seu bom funcionamento, minimizando, assim, a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência. Espera-se que esses dados contribuam para novos estudos sobre a temática, sempre buscando garantir a integralidade da assistência.

Avaliações periódicas da estrutura, processo e resultados dos serviços que integram a rede materno-infantil da macrorregião Sertão Central devem se tornar uma prática rotineira, a fim de se identificar os nós críticos e propor ações que garantam a realização dos critérios mínimos de assistência e que contemplem as características sociais e demográficas da população atendida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, H.C.; MENDES, E.V. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: El caso de la red viva vida. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. Minas Gerais, v. 1, n.6, p. 1-6, 2008

ALVES, M.T.S.; SILVA, A.A.M. Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: UFMA/ UNICEF; 2000

BARROS FC, BHUTA ZA, BATRA M, HANSEN TN, VICTORA CG, RUBENS CE. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. BMC Pregnancy Childbirth 2010; 10 Suppl 1:S3.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. A Portaria Nº 930/2012/MS - *Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

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

Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 Ministério da Saúde, Organização Mundial da

Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL.. Casa Civil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2007; 27 dez.

BRASIL.Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014-*Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS)*.

BRASIL. Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011 [Internet].Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2011 .

BRASIL.Ministério da Saúde (BR), DATASUS. SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal. Brasília, DF; 2015 [citado 10 out 2017]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 17]. Available

from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf [[Links](#)]

BRASIL.Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**.Brasilia,2014.

BRASIL.Ministério da Saúde. DATASUS. Mortalidade. Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/tabnet/sim/sim96/obtdescr.htm>.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas, Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, 2009.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.: il.

(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). . Acesso em: 20 maio 2019..

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 16 julho. 2020.

BRASIL.. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2007 [citado 10 out 2017].

BRASIL. Portaria n. 4279 de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2010 [citado em 2014 abr 26]. Disponível em URL:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BROUSSELLE A,CHAMPAGNE F,CONTANDRIOPOULOS A,P,HARTZ Z,organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2011

BITTENCOURT, SONIA D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 11 Novembro 2020] , pp. S208-S219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00176913>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176913>

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CUNHA SF, JÚNIOR ADE, RIOS CTF, PESTANA AL, MOCHEL EG, PAIVA SS. Peregrinação no anteparto em São Luís - Maranhão. *Cogitare Enferm.* 2010; 15 (3): 441-47.

DONABEDIAN, A. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan :Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring,v. II), 1980.

DONABEDIAN, A.The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, v.114, n11, p.1115-8, 1990.

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**. v. 260, p. 1743-1748,1988

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**. Washington, v. 26, n. 200, p. 856-64, 1978.

DONABEDIAN, A. La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación. 1ª reimpressão. **La Prensa Médica Mexicana**. México City, p.194, 1991.

DONABEDIAN, A. La Calidad de la Atención Médica: Definición y métodos de evaluación. 1ª reimpressão. **La Prensa Médica Mexicana**. México City, p.194, 1991.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saúde Pública*, v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012.

FERNANDES, JULIANA A. et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 5 [Acessado 9 Novembro 2020] , e00120519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>..

FRANÇA, E.B.; LANSKYII, S.; REGO, M.A.S.; MALTA, D.C.; FRANÇA, J.S.V.;

FURLEY, T. H. / Identificação da causa da toxicidade de efluentes de fábricas de celulose e papel da América Latina. In: ABTCP 41º Congresso e Exposição Internacional de Celulose e Papel, 2008. Anais ABTCP do 41º Congresso e Exposição Internacional de Celulose e Papel., 2008.

FURLEY, T. H.. Poluição Ambiental: causas, conseqüências e controle. 1999.

GILMORE, K.; CAMHE GEBREYESUS, T.A. What Will It Take to Eliminate Preventable Maternal Deaths? The Lancet. V.386, .9837, p.87-88, 2012.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, C.R; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. O. (Org.) O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GOMES, M.A.S.M. Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: IFF/ FIOCRUZ; 1995.

HARTZ,Z.M.A;SILVA,L.M.V. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 4ª Reimpressão.Coedição com a Edufba. Fio Cruz.2014

LANSKY, S. et al. A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pósneonatalem 20 anos do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. OPAS.Demografia e saúde:contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS, 2009. p. 83-112.

LISBOA, L.; ABREU, D.M.X.; LANA, A.M.Q.; FRANÇA, E.B. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 24 (4) Oct-Dec 2015 • <https://doi.org/10.5123/S1679-4974201500040001>

MARIO DN, RIGO L, BOCLIN KLS, MALVESTIO LMM, ANZILIERO D, HORTA BL, et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:1223-32.

MAIA, C.S.; FREITAS, D.R.C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A.F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2567-2574, 2011.

MARTINS, ANA CLAUDIA S; SILVA, L. S.. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 677-683, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700677&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDES, ROSEMAR B et al . Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 53, s1518-8787.2019053001087, 2019 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100258&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2020. Epub Aug 19, 2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001087>

MOURA, B.L.A.; ALENCAR, G.P.; SILVA, Z.P.; ALMEIDA, M.F. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1):e00188016

NASCER NO CEARÁ: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará / Organizadores: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa... [et al.] ; Fortaleza: Littere, 2018.

NUÑO, R.S. Un breve recorrido por la atención inte grada. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, v.1,n.2, 2008.

OPAS.Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria*. Washington, D.C.: OPAS; 2009.

OSIS, MARIA JOSÉ DUARTE. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa: história de uma intervenção. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OSMAN, L.M. et al. Integrated care for asthma: matching care to the patient. **Euro Respir J.** v.9, p.444-448,1996.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. Paraná: Sesa, 2018. [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf

PIMENTA, C. A. M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; SOLHA, R. K. T.; SOUZA, W. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

REIS, L.G.C. Introdução à Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. In: Avaliação da Qualidade do Uso da Ocitocina no Trabalho de Parto em Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (Tese de Mestrado), 1995

RODRIGUES-JUNIOR, A. L. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 797-805, 2012.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v.1,n.2, 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS MAS, CRUZ JB, SILVA VR. Desafios da regionalização da assistência à gestante e ao parto na V GERES, Garanhuns, Pernambuco. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2011; 2 (2): 11-4.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica*, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2010. p. 15-40.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA VMC, TAVARES NHF, SILVA MB, SILVA IC, RÊGO TC, SILVA DFS, SILVA TRS, DIAS MCJ, BARROS KVM, SILVA ACFA, ANDRETO LM, SILVA EV, SALES CCS, ALMEIDA ST, MACHADO SPC. Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: assistência de enfermagem pré-natal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* 2019; (37): e1884; doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884.2019>

SILVEIRA MSD, CAZOLO LHO, SOUZA AS, PICOLI RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde Debate* 2018; 42:63-72.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. Birmingham: University of Birmingham/Health Services Management Centre; 2005.

TEIXEIRA, R et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol MAIO* 2017; 20 SUPPL 1: 46-60

TOMASI E, FERNANDES PAA, FISCHER T, SIQUEIRAFVCV, SILVEIRA DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00195815.

VÁZQUEZ, N. M. L.; VARGAS, L. I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 05-09, 2006.

VIANA, A.L.D.L.; LUCIANA, D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das comissões Intergestores Bipartites. In: _____, organizadores.

Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, p. 90-102, May, 2011a. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>

VIDAL, E.C.F. Qualidade do cuidado obstétrico e neonatal: avaliação de práticas em maternidades da Rede Cegonha Cearense. Fortaleza, 2019. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado 2019.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 10 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

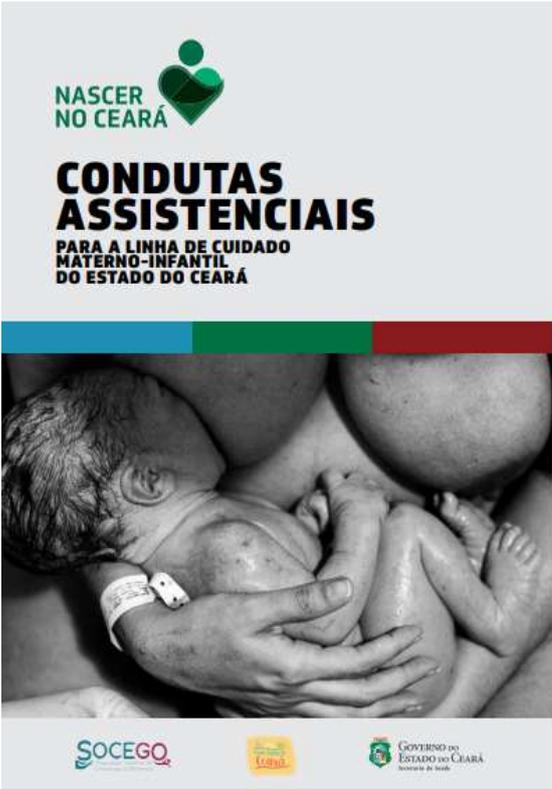
WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. &lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSSB, Coimbra LC, Martins MG, Barbieri MA, Nathasje IF. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciênc. Saúde coletiva* 2020; 21(4): 1227-1238; doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global recommendations. Geneva: WHO, 2010

PRODUTOS

- 1- Diante dos resultados da pesquisa que demonstra a inexistência dos protocolos padronizados nos três níveis de atenção, o Programa Nascer no Ceará, elaborou e publicou um guia de condutas assistenciais para os três níveis de atenção a gestante e ao recém nascido.

 <p>NAScer NO CEARÁ</p> <p>CONDUTAS ASSISTENCIAIS</p> <p>PARA A LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL DO ESTADO DO CEARÁ</p> <p>SOCEGO</p> <p>Ceará</p> <p>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Secretaria de Saúde</p>	<h2>SUMÁRIO</h2> <p>INTRODUÇÃO 13</p> <p>CAPÍTULOS</p> <p>1. Estratificação de risco 15</p> <p>2. Pré-natal de risco habitual 19</p> <p>3. Pré-natal de alto risco 41</p> <p>4. Síndromes hipertensivas em gestação 45</p> <p>5. Hemorragia em gestação 53</p> <p>6. Infecção em gestação 67</p> <p>6.1 Sífilis na gestação 68</p> <p>6.2. Hepatites virais na gestação 71</p> <p>6.3. HIV na gestação 74</p> <p>6.4. H1N1 na gestação 76</p> <p>6.5. Toxoplasmose na gestação 80</p> <p>6.6. Infecção do trato urinário na gestação 85</p> <p>7. Urgência e emergência em obstetria 89</p> <p>7.1. Distócia de ombro 90</p> <p>7.2. Sofrimento fetal agudo 94</p> <p>7.3. Prolapso de cordão 100</p> <p>7.4. Parada cardiorrespiratória (PCR) na gestação 101</p> <p>8. Assistência ao parto baseados nas boas práticas 105</p> <p>9. Assistência ao recém-nascido de risco baseada nas boas práticas 117</p> <p>10. Planejamento reprodutivo nas gestantes de alto risco 135</p> <p>AUTORES 143</p>
---	---

2.O programa Nacer no Ceará capacitou 1.100 profissionais de saúde que prestam assistência materno infantil na macrorregião sertão central sobre as condutas assistenciais

DIÁRIO DO NORDESTE

Oficina capacita profissionais da saúde na macrorregião do Sertão Central

Por Editor: 30 de outubro de 2018 ATUALIZADO EM 30 DE OUTUBRO DE 2018 ÀS 10:25:40



O **Programa Mais Infância Ceará** realiza a partir desta terça-feira (30) em **Quixadá** a **Oficina de Capacitação do Programa Nacer no Ceará**. A programação conta com a parceria da Secretaria de Saúde do Ceará (**Sesa**) com a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (**Socep**). Dirigida a médicos e enfermeiros da atenção primária, ginecologistas, obstetras, pediatras e enfermeiros da atenção ambulatorial especializada e maternidades do Sertão Central, segue até a quinta-feira, primeiro dia de novembro.

3. A fragilidade da resolubilidade da assistência ao parto de alto risco apresentada na pesquisa subsidiou a SESA a implantar um Centro de Obstetrícia para gestante de alto risco no Hospital Regional do Sertão Central.



Governo do Ceará inaugura Centro de Obstetrícia e UTI Adulto do Hospital Regional do Sertão Central

31 DE OUTUBRO DE 2019 - 12:08

O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), em Quixeramobim, ganha nesta sexta-feira (1º) um novo Centro de Obstetrícia, que contempla 25 leitos de enfermaria obstétrica, quatro leitos de enfermaria canguru, cinco leitos do Centro de Parto Normal (CPN), além de um centro cirúrgico obstétrico. Também será aberta a ampliação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, que ganhará mais dez leitos, somando-se aos 20 leitos já existentes.