

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

CLAUDETE ADRIANA MORETTI

**INDICADORES DE SAÚDE DA REDE
CEGONHA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO/RS**

**Porto Alegre
2019**

CLAUDETE ADRIANA MORETTI

**INDICADORES DE SAÚDE DA REDE
CEGONHA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Aragon Érico Dasso Júnior.

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Moretti, Claudete Adriana INDICADORES DE SAÚDE DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO/RS/ Claudete Adriana Moretti. -- 2019. 40 f. Orientador: Aragon Érico Dasso Júnior.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Serviços de Saúde Materno-infantil. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Gestão em Saúde

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Claudete Adriana Moretti

**INDICADORES DE SAÚDE DA REDE
CEGONHA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a):

Examinador(a):

Orientador(a):

AGRADECIMENTOS

A esta Universidade, seu Corpo Docente e Coordenação do Curso de Administração que oportunizaram o curso de Gestão em Saúde.

A professora e tutora Rita Nagem que esteve sempre presente para ajudar, obrigada pela dedicação.

E a todos que fizeram, direta ou indiretamente, parte dessa trajetória, obrigada.

RESUMO

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento da mortalidade materna e infantil, ampliação das ações de qualificação e acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e atenção integral à saúde da criança. O estudo buscou identificar os indicadores de saúde materno-infantil relacionados a Rede Cegonha no município de Esteio no período de 2007-2016. Esse estudo tem caráter descritivo, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso, publicados no DATASUS e no site da Prefeitura Municipal de Esteio. Verificou-se que a RC não teve, no período investigado, associação representativa sobre a mortalidade infantil; houve aumento dos casos de sífilis notificados; houve melhora da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e aumento do número de partos por cesariana. Considera-se que a implantação da RC no município é incipiente e ainda é cedo para análise da contribuição do programa sobre os indicadores de saúde.

Palavras-chave: Saúde Materno-infantil. Indicadores Básicos de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The Stork Network (SN) is Ministry of Health's strategy to address maternal and infant mortality, to increase the qualification actions and the access to reproductive planning, prenatal care, givingbirth, puerperium and comprehensive child health care. The study sought to identify maternal and child health care indicators related to the Stork Network in Esteio city, in the period from 2007 to 2016. This study has a descriptive character, through the collection and analysis of documentary nature secondary data, using sources or documents written and recorded in a free access public database, published in DATASUS and the website of Esteio City Hall. It was verified that SN did not have, during the period investigated, a representative association on infant mortality; there was an increase in the reported cases of syphilis; there was an improvement in the investigation of fertile women deaths and an increase in the number of deliveries by caesarean section. It is considered that the implantation of the SN in Esteio city is incipient and it is still early to analyze the contribution of the program on health care indicators

Keywords: Maternal and Child Health. Health Status Indicators. Health Care Management.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - Indicadores da Rede Cegonha - RC.....	16
Tabela 1 – Óbitos Infantis em Esteio e Rio Grande do Sul.....	26
Tabela 2 - Óbito mulheres em idade fértil, Esteio (2007-2016).....	28
Tabela 3 - Frequência de nascimento por idade materna, Esteio (2007-2016).....	29
Tabela 4 - Nascimento por ano de nascimento segundo consulta pré-natal.....	31
Tabela 5 - Tipo de parto por ano de nascimento em Esteio (2007-2016).....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGAR	Ambulatório de Gestantes de Alto Risco
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSPSCE	Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIM	Primeira Infância Melhor
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Regiões de Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPART	Sistema do Plano de Ações das Redes Temáticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo Geral	13
1.1.2 Objetivo Específico	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 CONTEXTO DO ESTUDO	15
3.1 Indicadores de saúde	15
3.1.1 Indicadores de saúde materno infantil	15
3.2 Rede Cegonha	17
3.3 Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde	20
3.3.1 Planejamento Estratégico da Rede Cegonha no município de Esteio	20
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	22
4.1 Tipologia da pesquisa	22
4.1.1 População e amostra	22
4.1.2 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	22
4.1.3 Organização, apresentação e análise dos dados	23
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	25
5.1 Taxa de Mortalidade infantil	25
5.2 Mortalidade materna e mortalidade em mulheres em idade fértil	27
5.3 Nascidos Vivos conforme idade materna	28
5.4 Sífilis congênita	30
5.5 Cobertura de ESF e porcentagem de gestantes com mais de sete consultas de pré-natal	32
5.6 Proporção de partos cesáreos	33
5.7 Situação da capacidade hospitalar instalada	34
5.8 Gestão da Rede Cegonha	35
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas por um conjunto de serviços com diferentes densidades tecnológicas, vinculados entre si por uma missão comum e, criadas como uma estratégia de superação da fragmentação da atenção em saúde e gestão das Regiões de Saúde (RS). As RAS buscam ofertar a atenção integral e continuada para determinada população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo à atenção primária, as responsabilidades sanitárias e de coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

O cenário do estudo é o município de Esteio. Localizado na região metropolitana de Porto Alegre, o município tem população estimada de 84.114 habitantes e uma rede de saúde diversificada. A rede de saúde é constituída pelos seguintes níveis de atenção: Primária: constituída por 13 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), duas academias de saúde e uma farmácia básica (ESTEIO, 2018a).

Na atenção secundária possui um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), um CAPS II e um CAPS IJ (Infanto-juvenil), centro de especialidades e Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Na atenção terciária: possui um hospital e um Serviço Médico de Urgência (SAMU). Ainda conta com serviço de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica (ESTEIO, 2018a). Essa estrutura é responsável pela a atenção às gestantes e recém-nascidos de Esteio.

A Rede Cegonha (RC), criada pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é uma estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para a ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A RC visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gestação, parto e puerpério; à mulher em situação de abortamento uma atenção qualificada e livre de julgamentos morais, considerando o aborto questão de saúde pública; e às crianças, garantir o nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

A RC baseia-se em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico de Apoio: Transporte Sanitário e Regulação do Acesso (BRASIL, 2011). A adesão da Rede Cegonha no território brasileiro ocorre de modo gradativo, desde 2011. Em 2017, 5.488 municípios haviam aderido à RC, mais de 98,5% (BRASIL, s.d.).

Em Esteio, a adesão ocorreu em 2011 e desde então vem desenvolvendo ações preconizadas por essa estratégia. Assim como outros municípios do Rio Grande do Sul, em Esteio a RC tem ações conjuntas com o programa Primeira Infância Melhor (PIM), o qual objetiva estimular o desenvolvimento das crianças a partir do apoio e do fortalecimento da família (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Na elaboração e desenvolvimento da RC, estabeleceram-se medidas para avaliação da sua implantação e qualificação. Tais medidas são constituídas por taxas e/ou razões elaboradas a partir de dados coletados e sintetizam o efeito dos diferentes determinantes sobre a saúde de uma população (MEDRONHO, 2006).

O monitoramento dos indicadores de saúde representa um instrumento para análise dos resultados alcançados e para o cumprimento de metas de programas e políticas, subsidiando, dessa forma, o planejamento de ações por profissionais de saúde e gestores. Por isso, buscou-se conhecer esses indicadores e a pergunta que guiou esse estudo foi: Qual é a contribuição da Rede Cegonha sobre os indicadores materno-infantil do município de Esteio?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar os indicadores de saúde materno-infantil relacionados a Rede Cegonha no município de Esteio (RS), 2007-2016.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever os indicadores de saúde vinculados à mortalidade e morbidade materno-infantil;

Identificar indicadores de saúde relacionados à assistência de saúde materno-infantil;

Identificar a capacidade hospitalar instalada para assistência;

2 JUSTIFICATIVA

Os indicadores de saúde representam o quadro das condições de saúde de uma determinada população. Seu estudo pode orientar gestores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações locais e, dessa forma, proporcionar maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos humanos e financeiros (LIMA et al, 2015).

São indicadores de particular importância no ciclo materno-infantil: Incidência de sífilis congênita, taxa de óbitos infantis, número absoluto de óbitos maternos, nascidos vivos conforme idade materna, porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil, número de nascidos vivos, porcentagem de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal, número de leitos obstétricos totais; identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco, identificação dos leitos Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal existentes e identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam partos, porcentagem de investimento na saúde materno-infantil (BRASIL, 2011).

A partir do conhecimento sobre os indicadores materno-infantis buscou-se avaliar se a implantação da RC em Esteio contribuiu ou não para melhoria dos indicadores de mortalidade infantil e materna, na diminuição dos casos de sífilis congênita, no acesso ao pré-natal e aos exames preconizados, na assistência ao parto humanizado, no acompanhamento da puérpera e recém-nascido pelos serviços de saúde municipal.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

3.1 Indicadores de saúde

O termo indicador vem sendo empregado para apontar ou mostrar algo através de indícios. É constituído de parâmetros quantificados ou qualitativos que sinalizam a realidade. Na área da saúde vem sendo empregado com o objetivo de apontar informações relevantes sobre o estado de saúde da população (MINAYO, 2009). As informações trazidas pelos indicadores facilitam a avaliação de desempenho do sistema de saúde, visto que, refletem a situação sanitária de uma determinada população e servem para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008).

A construção de um indicador é um processo complexo que considera atributos essenciais para sua qualidade. Um bom indicador é aquele que tem: a) validade, ou seja, é capaz de medir o que se pretende; b) confiabilidade, reproduz os mesmos resultados em condições similares; c) especificidade, capaz de detectar somente o fenômeno analisado; d) mensurabilidade, quando os dados estão fáceis de serem obtidos; e) relevância, responde a prioridades de saúde; e, f) custo-efetividade, os resultados justificam o investimento do tempo e de recursos (RIPSA, 2008).

O indicador é representado através de cálculos de proporções, razões, taxas, índices ou contagem de casos de determinada doença ou agravo. Podendo evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado de um serviço ou sistema de saúde (RIPSA, 2008).

Os indicadores são importantes para o monitoramento da saúde coletiva, pois acompanham tendências históricas e fornecem subsídios para planejamento e decisões. Podem estar relacionados às condições de qualidade de vida e bem-estar, como: educação, saneamento básico, habitação e segurança social, ou relacionados à qualidade da assistência à saúde prestada, ou a falta de assistência (MEDRONHO, 2006).

3.1.1 Indicadores de saúde materno-infantil

Os indicadores de saúde materno-infantil fornecem subsídios epidemiológicos a respeito do monitoramento da situação de saúde desse grupo populacional. O acompanhamento dos indicadores materno-infantil é fundamental para avaliar o impacto das mudanças políticas e socioeconômicas, assim como avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Os indicadores podem ser afetados pelo sub-registro de atestados de óbitos ou motivos de internações, de cobertura incompleta e da falta de padronização dos serviços de saúde. O sub-registro interfere nos estudos das tendências de mortalidade perinatal e materna (TEIXEIRA, 2012).

Os indicadores da RC são contemplados no anexo I da Portaria do Gabinete do Ministro nº 1459, conforme Tabela 01, separados por quatro grupos: Grupo 1: indicadores de mortalidade e morbidade; Grupo 2: indicadores de atenção; grupo 3: situação de capacidade hospitalar instalada; e Grupo 4: indicadores de gestão (BRASIL, 2011).

Através destes indicadores é possível identificar a situação de saúde materno infantil e estabelecer padrões e tendências de utilização dos serviços de saúde do município de Esteio.

Quadro 01 – Indicadores da Rede Cegonha - RC

Grupo 1	Mortalidade e Morbidade	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência de sífilis congênita; • Taxa de óbitos infantis, número absoluto de óbitos maternos por faixa etária e município; • Nascidos vivos conforme idade materna; • Porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados; • Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados.
Grupo 2	Atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Número de nascidos vivos; • Porcentagem de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal; • Cobertura de equipes de saúde da família; • Tipo de parto (porcentagem de partos cesáreos e partos normais, cesárea em primípara e idade da mãe); • Porcentagem de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; • Porcentagem de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; • Porcentagem de crianças com vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; • Porcentagem de gestantes com todos os exames preconizados.

Grupo 3	Situação de capacidade hospitalar instalada	<ul style="list-style-type: none"> • Número de leitos obstétricos total; • Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; • Identificação dos leitos UTI neonatal existentes e identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam partos.
Grupo 4	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentagem de investimento estadual no setor saúde; • Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado; • Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizada; • Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial; • Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capita.

Fonte: BRASIL, (2011).

3.2 REDE CEGONHA

O conceito de rede regionalizada de saúde foi apresentado em 1920, através do Relatório de Dawson, e objetivava propor mudanças no sistema de proteção social inglês. O Relatório propôs uma nova organização dos serviços de saúde, distribuídos a partir das necessidades da população e abrangendo os diferentes níveis de complexidade. A partir do Relatório de Dawson surgem também outros conceitos como territorialização, população adscrita, vínculo, acolhimento, referência e contrarreferência (SORTICA, 2017).

A rede prevê pontos de atenção à saúde (unidades de saúde, ambulatórios, hospitais, vigilância epidemiológica), conectados entre si, e que desempenham atividades de diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2011).

A Rede Cegonha, criada pelo Ministério da Saúde, é uma estratégia baseada no conceito de rede que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gestação, parto e ao puerpério, e à criança ao direito do nascimento e crescimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A construção da RC partiu do diagnóstico de que as mortalidades maternas e infantis permaneciam elevadas, e que havia uso de tecnologias e intervenções sem evidências científicas. Partindo desse cenário, o Brasil acordou, junto a organismos internacionais e nacionais, a criação de um modelo de atenção ao

parto e nascimento que proporcionassem às gestantes, puérperas e recém-nascidos uma assistência segura, humanizada e de qualidade, com vistas a melhorar os indicadores materno-infantis (CAVALCANTI et al., 2013).

Por constituir-se Rede, a RC segue as diretrizes de organização da RAS, instituída em 2010 através da Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. O objetivo rede é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com fornecimento de uma atenção contínua, integral, humana e de qualidade, responsável e humanizada, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Considera-se que o modelo de atenção adotado na RC é único, por não ser classificado como modelo de atenção crônica ou de agudos. A gravidez não é uma doença, nem situação crônica, nem condição aguda, mas necessita de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, classificação de risco, e engloba cuidados da atenção primária, secundária, terciária e de apoio logístico (GIOVANNI, 2013).

A RC prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Sua sustentabilidade, efetividade, eficiência e eficácia dependem da estruturação organizacional que vise melhorar as condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população, garantindo a assistência contínua à saúde materno-infantil (MARQUES, 2015).

A RC, nos termos do art. 6º da Portaria nº 1.459, organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde criança, e sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

No componente pré-natal prevê-se a captação precoce das gestantes, acolhimento com classificação de risco, consulta integrada, exames pré-natais, vinculação da gestante ao local do parto, participação de grupos educativos (grupo de gestantes), participação ativa da mulher na gestação e parto (plano de parto), consulta odontológica, e seis ou mais consultas de pré-natal (MARQUES, 2015).

Tal componente está relacionado com a assistência ao parto e ao nascimento. Visa proporcionar assistência à saúde de qualidade baseada em evidências científicas, rompendo velhos paradigmas e práticas deletérias. Procura

garantir presença de acompanhante (se assim a gestante quiser), centro de parto normal e testes de triagem neonatal (BRASIL, 2012).

Em relação à atenção ao puerpério encontram-se as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, a consulta puerperal entre 30º e 42º dia pós-parto junto a unidade básica de saúde de referência, apoio ao aleitamento materno e planejamento reprodutivo. Referente à atenção às crianças, prevê-se consultas periódicas (puericultura), entre zero e 24 meses, visitas domiciliares após o parto, acompanhamento do calendário vacinal, incentivo ao aleitamento materno e orientações sobre alimentação complementar, promoção à saúde bucal, promoção do crescimento e desenvolvimento, e busca ativa das crianças vulneráveis (MARQUES, 2015).

O componente sistema logístico foi criado para garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade. Por meio do atendimento com classificação de risco em uma unidade porta de entrada, a gestante poderá ser atendida na unidade básica de referência ou ser encaminhada, por meio de regulação, para outra unidade nos casos de gestação de alto risco. Além disso, a logística considera o transporte intermaternidades pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), leito em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para a mãe e/ou recém-nascido caso necessitar, e acesso aos serviços e instituições de saúde que fizer necessário para a assistência (MARQUES, 2015).

Por ser um programa, a RC deve ser implementada de modo gradativo em todo Brasil, a partir da adesão dos municípios. São os gestores estaduais e municipais que definirão as ações a serem desenvolvidas e priorizadas, partindo dos objetivos e diretrizes da RC (BRASIL, 2011).

A adesão à RC possui três modalidades: a) Adesão regional para o Distrito Federal, e conjunto de municípios de saúde priorizada na CIB (Comissão Intergestores Bipartite); b) Adesão facilitada para município que não pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que não aderiram ao PMAQ (Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade); c) Adesão integrada para os municípios com adesão ao PMAQ que estão previstos ou não na adesão regional (MARQUES, 2015).

Após a adesão e implantação da RC nos municípios, as atividades devem ser monitoradas e avaliadas periodicamente, para que os componentes possam ser realizados conforme preconizados. O acompanhamento e monitoramento da

RC referente à assistência ao pré-natal e puerpério ocorrem através de sistemas de informação, como: Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas (Sispart), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivo (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), entre outros (MARQUES, 2015).

3.3 PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

O planejamento, monitoramento e avaliação têm sido práticas importantes para a busca da melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, e como orientadores das decisões de gestão. Sendo que o propósito da gestão em saúde consiste na produção de decisões de saúde, as quais desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas (CARVALHO et al., 2012).

Na tomada de decisões há muita complexidade e subjetividade, envolvendo motivações, interesses, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, intuição, controle de capitais e recursos (informações, tecnologias, financiamento, tempo) e características pessoais dos gestores/atores (CARVALHO et al., 2012).

Entre os fatores relacionados com interesse crescente em avaliar políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, encontra-se as mudanças nos procedimentos administrativos na gestão do SUS, com descentralização das responsabilidades e financiamento; maior complexidade do perfil epidemiológico do país e distintas necessidades; e controle de gastos em saúde (CARVALHO et al., 2012).

Dessa forma, os processos de monitoramento e avaliação das ações de saúde são fundamentais para as decisões de saúde e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS.

O processo de monitoramento dos indicadores da RC visa planejar e avaliar a assistência à saúde das gestantes, puérpera e recém-nascidos, a partir dos indicadores fornecidos pelos sistemas de informação (BRASIL, 2011).

Em Esteio o monitoramento e avaliação dos indicadores contam com o Colegiado Gestor, cujos integrantes são responsáveis pela gestão do Sistema

Municipal de Saúde, e representam as seguintes áreas: atenção básica, atenção secundária, núcleo municipal de saúde coletiva, vigilância em saúde, regulação, saúde mental, financeiro, recursos humanos, apoio e logística, manutenção, almoxarifado, higienização/abastecimento, assistência farmacêutica, assistência social, auditoria e faturamento. Sendo a gestão da RC de Esteio realizada pela esfera municipal, com financiamento tripartite (ESTEIO, 2018b).

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Tipologia da pesquisa

Esse estudo teve caráter descritivo, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso. A abordagem quantitativa da pesquisa caracteriza-se pela quantificação na coleta e tratamento dos dados através de estatísticas e recursos matemáticos (ANDRADE, 2011). Nesse estudo, a abordagem considera os dados numéricos oriundos da seleção de indicadores de saúde das plataformas.

As variáveis consideradas foram os indicadores materno-infantil, classificados em quatro grupos relacionados à mortalidade e a morbidade maternas e infantis, assistência à saúde, estrutura (capacidade instalada) e gestão (financiamento), publicados no DATASUS e no site da Prefeitura Municipal de Esteio/RS, referentes aos anos de 2007 a 2016, e que atenderam aos indicadores de saúde contemplados na Portaria GM/MS nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011).

A saúde materno-infantil no município de Esteio está organizada nos diferentes níveis assistenciais. Na atenção básica do município, são desenvolvidas as consultas de pré-natal de risco habitual, grupo de gestantes, testes rápidos, vacinação, entre outros serviços. No total são 11 unidades básicas de saúde e 13 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (ESTEIO, 2018b).

O Hospital São Camilo participa da RC através do atendimento hospitalar e ambulatorial. A estrutura para atendimento conta, entre outros, de 18 leitos obstétricos, 10 leitos para UTI adulto e cinco leitos de UTI neonatal, três leitos para unidade de cuidado intermediário neonatal e dois leitos Canguru (ESTEIO, 2018b).

Após a saída da maternidade, mãe e bebê tem consultas agendadas na UBS de referência do seu território, onde serão acompanhados. As gestantes têm prioridade no atendimento médico e odontológico. Algumas famílias são acompanhadas pelo PIM, durante a gestação e após o nascimento (ESTEIO, 2018b).

O planejamento familiar é realizado através de palestras de orientação e prevenção de patologias, métodos pré-conceptivos, testagem rápida para sífilis e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), e homens podem fazer vasectomia através do programa de planejamento familiar do município (ESTEIO, 2018-b).

Os dados foram coletados da base de dados DATASUS, e selecionados a partir dos indicadores que representam a saúde materno-infantil e contempladas na Portaria GM/MS nº 1.459/2011. Os indicadores foram organizados em quatro grupos: Grupo 1 – Mortalidade e morbidade: Incidência de sífilis congênita; Taxa de óbitos infantis, número absoluto de óbitos maternos; Nascidos vivos conforme idade materna; Porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados; Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (BRASIL, 2011).

Grupo 2 - corresponde os indicadores de atenção à saúde: Número de nascidos vivos; Porcentagem de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal; Cobertura de equipes de saúde da família; Tipo de parto (BRASIL, 2011).

Grupo 3 - refere-se aos indicadores de situação de capacidade hospitalar instalada: Número de leitos obstétricos total; Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; Identificação dos leitos UTI neonatal existentes e identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam partos (BRASIL, 2011).

Grupo 4 - faz parte os indicadores de gestão: Porcentagem de investimento estadual no setor saúde; PDR atualizado; PPI atualizada; Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação; e ambulatorial; Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital (BRASIL, 2011).

Os dados coletados foram armazenados e tratados por meio do programa Microsoft Excel 2010, e distribuídos em forma de tabelas e gráficos.

Após a coleta dos dados, realizou-se a sua interpretação, considerando que a mesma ocorre a partir do momento da realização de uma síntese entre as questões de pesquisa, dos resultados, das inferências que foram realizadas e a perspectiva teórica utilizada (MINAYO, 2008).

Por utilizar dados extraídos de bases de dados de acesso público, não haverá necessidade de encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Esteio, entre os anos de 2007 e 2016, deram à luz 12.314 gestantes que também residiam no município. Assim como no estado do Rio Grande do Sul, a implantação da RC iniciou em 2011, sendo gradativamente, nos anos seguintes efetivados as ações do programa.

Dentre os indicadores estratégicos da RC, elencaram-se os indicadores: mortalidade infantil, investigação das causas de óbitos infantis-fetais, mortalidade materna, mortalidade de mulher em idade fértil, nascidos vivos conforme a idade materna, sífilis congênita, cobertura de ESF e porcentagem de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal e tipo de parto. Tendo em vista que demais indicadores demonstraram-se incompletos.

A incompletude apresentada refere principalmente por não haver dados em algum ano no período 2007 a 2016. Parte disso pode ser justificado devido mudanças de sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o SISPRENATAL.

5.1 Taxa de Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um indicador que considera o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico e ano. O índice aceitável de mortalidade infantil, conforme a Organização Mundial de Saúde é de 10 óbitos para cada mil nascimentos (RIPSA, 2008).

A TMI indica sobre as condições de vida e de assistência à saúde de uma determinada população. No que tange aos serviços de saúde, reflete as condições de atenção à saúde e a qualidade dos recursos disponíveis para o cuidado e prevenção de doenças e agravos (SILVA et al., 2012).

São considerados óbitos infantis as crianças que morreram antes de completar um ano de vida. São classificados, conforme a faixa etária, em: óbitos neonatais precoces, quando ocorre entre o nascimento e os seis dias de vida; óbitos neonatais tardios, quando ocorre entre o 7º e o 27º dias completos de vida;

e os óbitos pós-neonatais, que podem ocorrer entre o 28^o e 364^o dia de vida (SILVA et al., 2012).

Na Tabela 1 são apresentadas a TMI em função do ano de residência, com o comparativo do mesmo período para o estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 1: Óbitos Infantis em Esteio e Rio Grande do Sul (2007-2016)

Taxa de Mortalidade Infantil (2007-2016)				
Ano	Esteio		Rio Grande do Sul	
	N	TMI %	N	TMI %
2007	11	7,19	1.801	13,52
2008	08	5,39	1.724	12,75
2009	12	9,60	1.542	11,53
2010	07	6,10	1.492	11,19
2011	02	1,67	1.581	11,48
2012	17	13,93	1.500	10,79
2013	11	9,80	1.494	10,53
2014	15	14,00	1.529	10,66
2015	09	7,29	1.501	10,11
2016	15	13,81	1.439	10,17
Total	107	8,68	15.603	11,18

Fonte: DATASUS, (2019).

Na Tabela 1 percebe-se que a mortalidade infantil no Rio Grande do Sul vem diminuindo gradativamente na série história estudada. Em 2007 ocorreram 1.801 óbitos infantis, gerando uma TMI de 13,52% óbitos por mil nascidos vivos. No mesmo ano, em Esteio, ocorreram 11 óbitos em menores de um ano, gerando uma TMI de 7,19%.

No ano de 2011, no município houve uma queda no número de óbitos infantis em relação aos anos anteriores, com dois óbitos registrados e TMI de 1,67%, abaixo da TMI estadual que foi de 11,48%.

O ano de 2012, por sua vez, Esteio apresentou uma elevação do indicador em relação aos anos anteriores, bem como nos anos de 2014 e 2016, cuja TMI esteve acima da taxa estadual. Nesse período, a RC já estava em fase de implantação no município.

Observa-se, diante da variação da TMI, que a RC não teve associação significativa sobre a mortalidade infantil no município no período deste estudo. Isso não representa que as ações propostas pela RC e desenvolvidas pelas

equipes de saúde não geraram impacto na mortalidade infantil, mas sim que elas não foram suficientes para a sua redução.

Ressalta-se que a análise sobre a mortalidade infantil necessita de uma série histórica maior, tendo em vista que o comportamento do indicador TMI mantém relação com outros fatores e determinantes relacionados à escolaridade materna, renda familiar, baixo peso ao nascer, prematuridade, doenças na gestação e na infância, estado nutricional e duração do aleitamento materno (BELFORT et al., 2018).

5.2 MORTALIDADE MATERNA E MORTALIDADE EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL

O indicador da mortalidade materna é definido como a razão entre o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Ele mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico-puerperal e está associado à qualidade da assistência a saúde prestada às gestantes, e estima as iniquidades das regiões de diferentes níveis de desenvolvimento (PACHECO, 2018).

No Brasil, a mortalidade materna vem diminuindo nos últimos anos. Esta redução está associada a vários fatores, como: expansão da rede de atenção básica, aumento da escolaridade feminina e a queda do número de filhos por mulher, maior cobertura de serviços de atenção materno-infantis e qualificação desses serviços (PACHECO, 2018).

Vincula-se a esta redução algumas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, como os comitês de mortalidade materno-infantil e obrigatoriedade das notificações de óbitos maternos, assim como a investigação dos óbitos das mulheres em idade fértil (PACHECO, 2018).

A Portaria GM 1119/2008 dispôs sobre a investigação obrigatória em mulheres com idade fértil. Considera, para fins de investigação de óbito, mulheres em idade fértil aquelas entre 10 e 49 anos. Tem o intuito de levantar as possíveis causas e adotar medidas em relação a ela. Não são passíveis de investigação (referindo-se as questões gestacionais ou puerperais), as causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2008).

No período de 2007 e 2016 houve registro de três mortes maternas, em 2008, 2009 e 2012. Com estes casos, a razão da mortalidade materna em Esteio foi de 24,36 óbitos para cada 100.000 nascimentos.

Referente aos óbitos em mulheres em idade fértil, ocorreram 336 mortes, distribuídas conforme a Tabela 2:

Tabela 2: Óbito mulheres em idade fértil, Esteio (2007-2016)

Óbitos mulheres em idade fértil conforme ano de óbito (2007-2016)			
Ano	Óbito investigado	Óbito não investigado	Total
2007	0	30	30
2008	1	35	36
2009	1	47	48
2010	37	5	42
2011	16	12	28
2012	26	2	28
2013	36	6	42
2014	30	0	30
2015	17	1	18
2016	34	2	36
Total	198	140	338

Fonte: DATASUS, (2019).

Na tabela 2 percebe-se a crescente notificação e investigação de óbitos em mulheres em idade fértil. Em 2010 houve aumento considerável dos óbitos investigados em relação ao ano anterior, quando de um caso investigado passou para 37 casos e não investigados para 47, em 2009, para 5 casos em 2010. Relaciona-se o aumento dos casos investigados pelo sucesso das estratégias dos programas de saúde e, também, pela obrigatoriedade da notificação pelos profissionais da saúde.

A partir de 2012, após implantação da RC houve aumento da investigação das mortes em mulheres com idade fértil, e esta tendência permaneceu nos anos seguintes.

5.3 NASCIDOS VIVOS CONFORME A IDADE MATERNA

A proporção dos nascidos vivos por idade materna aponta sobre a distribuição dos nascidos vivos por idade da mãe em um determinado espaço geográfico, e é um indicador que fornece subsídios para verificar a frequência de gravidez precoce e as variações populacionais e temporais de distribuição dos nascidos vivos (RIPSA, 2008).

Tabela 3: Frequência de nascimento por idade materna, Esteio (2007-2016)

Nascimento por residência mãe por idade da mãe, Esteio/RS (2007-2016).											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	n(%)
10-14	11	4	5	6	4	8	4	7	5	8	62 (0,5%)
15-19	266	249	188	179	195	162	178	131	157	126	1831 (14,8%)
20-24	401	376	341	306	284	296	287	274	329	256	3150 (25,5%)
25-29	253	273	223	211	238	298	232	246	263	239	2476 (20,1%)
30-34	411	374	353	270	332	305	271	273	283	289	3161 (25,6%)
35-39	142	164	110	117	110	118	115	114	169	133	1292 (10,4%)
40-44	41	41	29	40	31	27	32	26	26	32	325 (2,6%)
45-49	3	2	0	2	0	5	0	0	1	3	16 (0,1%)
50-54	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1 (0,00%)
Total	1528	1483	1249	1131	1194	1220	1119	1071	1233	1086	12314 (100%)

Fonte: DATASUS, (2019).

Verifica-se que em Esteio 43,6% dos nascimentos ocorreu em mulheres entre idade 20 a 34 anos, havendo redução no número de nascimentos durante o período analisado em todas as faixas etárias, exceto na faixa etária 10-14 anos que permaneceu estável.

O indicador nascidos vivos por idade materna está relacionado com a mortalidade infantil. Existem evidências sobre riscos para filhos de mães adolescentes e de mães com idade superior a 35 anos, tais riscos estariam relacionados aos fatores comportamentais, biológicos e socioeconômicos (LIMA; RODRIGUES; MACHADO, 2016).

A gravidez na adolescência é permeada por diversos fatores e considerada um problema de saúde pública pelos riscos a saúde, pela desestruturação familiar, interrupção dos estudos, redução das oportunidades de emprego e negligência de cuidados consigo e com a criança (LIMA; RODRIGUES; MACHADO, 2016).

Em relação à maternidade na adolescência, alguns autores apontam sobre a imaturidade biológica e os desfechos obstétricos negativos como prematuridade, abortamento, ruptura prematura de membranas, síndromes hemorrágicas e óbito infantil (AZEVEDO et al., 2015).

Além disso, gestantes adolescentes tendem a realizar menos consultas de pré-natal, e a iniciá-lo tardiamente, o que contribui para complicações maternas e neonatais (AZEVEDO et al., 2015).

As mães com idade superior a 35 anos, em geral, apresentam condições socioeconômicas favoráveis, principalmente no que refere ao planejamento econômico e emocional para o nascimento do primeiro filho. Da mesma forma, tendem a aderir melhor às consultas de pré-natal e ter melhores hábitos de saúde e cuidados com a criança (AZEVEDO et al., 2015).

Entretanto, a maternidade em idade avançada está relacionada a experiência de perdas fetais, macrossomia fetal, cesáreas, malformações congênitas e doenças como hipertensão e diabetes (AZEVEDO et al, 2015).

5.4 SÍFILIS CONGÊNITA

O indicador “sífilis congênita” é relevante no que se diz respeito à assistência prestada no período de pré-natal e pós-parto. Por se tratar de uma doença evitável, casos de sífilis congênita evidenciam a deficiência dos serviços de saúde, uma vez que sugere falhas na capacidade de diagnosticar e tratar casos de sífilis durante o pré-natal (REIS et al., 2018).

Os desfechos negativos ocasionados em função da sífilis na gestação são representados através de perdas fetais com 22 semanas ou mais, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbitos neonatais e recém-nascidos infectados (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Esteio teve 45 casos de sífilis congênita notificados no período de 2007 a 2016. Sua distribuição ocorreu da seguinte forma: 2 casos (2007), 1 caso (2010 e 2011), 9 casos (2012), 10 casos (2013), 5 casos (2014), 11 casos (2015) e, 6 casos de sífilis congênita em 2016.

Verifica-se o aumento de casos de sífilis congênita no município de Esteio a partir de 2012. Esse aumento é observado em todas as regiões brasileiras e, pode ser atribuído, em parte pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Também, considera-se para o aumento dos casos, a redução do uso de preservativo pela população brasileira; resistência dos profissionais de saúde à administração de penicilina no âmbito da atenção básica; desabastecimento mundial da penicilina; abandono de tratamento pelas usuárias; aprimoramento do sistema de vigilância, com aumento de casos notificados, entre outros (BRASIL, 2017).

Os indicadores que representam a qualidade da atenção à saúde estão relacionados principalmente ao acesso e a cobertura das consultas de pré-natal, e estão relacionados aos desfechos perinatais (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda que, nas consultas de pré-natal, sejam oferecidas ações preventivas e educativas, evitando intervenções desnecessárias, além da detecção precoce de patologias e situações de risco ou de vulnerabilidade, a promoção do fácil acesso aos serviços de saúde, desde a atenção básica até a assistência hospitalar (BRASIL, 2012).

5.5 COBERTURA DE ESF E PORCENTAGEM DE GESTANTES COM MAIS DE SETE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL

Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação de risco, em qualquer parte do período gravídico, permite a orientação e encaminhamento necessário para evitar complicações pré e pós parto (TOMASI et al., 2017).

Sabe-se que a atenção primária de saúde é responsável por grande parte a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e que é responsável pela resolução de grande parte dos problemas de saúde. Na atenção materno-infantil desenvolve ações de promoção e acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças.

É composta em sua maioria por UBSs e ESFs que desenvolvem suas atividades de modo articulado com a assistência social, a educação, o saneamento, o poder judiciário entre outros, com o intuito de garantir e proteger o atendimento necessário e equânime às mães e bebês. Essa articulação dos serviços, em forma de rede, é necessária para garantir o direito à saúde. No âmbito da RC, a atenção à mulher durante a gravidez e após o parto é preconizada por ações de prevenção e promoção da saúde, além do diagnóstico e tratamento de modo adequado e oportuno (TOMASI et al., 2017).

Esteio possui 11 UBSs, cobrindo 44,54% do território e, 13 equipes de ESF, perfazendo 55,46%, o que garante 100% de cobertura da população para o acesso aos serviços da atenção básica (ESTEIO, 2018b).

As consultas de pré-natal de risco habitual são realizadas nas unidades de saúde por médicos e enfermeiros. As gestantes com critérios de gestação de alto risco são encaminhadas ao Ambulatório da Gestante, que funciona junto ao Hospital São Camilo, em Esteio. O número de consultas de pré-natal é um indicador que mede o acesso das gestantes às consultas, verificando as variações geográficas e temporais do atendimento pré-natal e, analisando as condições de acesso e da qualidade da assistência pré-natal. É um indicador que subsidia os processos de planejamento e a gestão de políticas públicas (RIPSA, 2008).

Abaixo, a Tabela 4 representa o número de consultas de pré-natal realizadas em Esteio, no período de 2007 a 2016. Considera-se como indicador de acesso a realização de sete consultas ou mais.

Tabela 4: Nascimento segundo consulta pré-natal entre 2007 e 2016

Nascimento (por ano de nascimento) segundo consulta pré-natal											
Consulta PN	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nenhuma	1,76	1,41	1,84	1,59	3,18	1,31	1,60	1,12	0,97	1,19	198
1-3 consultas	4,97	6,54	6,32	6,36	8,12	8,27	6,34	5,60	5,43	4,78	772
4-6 consultas	23,69	24,74	26,10	29,44	28,47	27,45	25,55	26,14	20,84	16,85	3069
7 ou mais	68,91	66,62	65,49	62,33	59,96	62,37	65,59	66,57	72,42	76,61	8213
Ignorado	0,65	0,67	0,24	0,26	0,25	0,57	0,89	0,56	0,32	0,55	62
Total	1528	1483	1249	1131	1194	1220	1119	1071	1233	1086	12314

Fonte: DATASUS, (2019).

Verifica-se que o acesso às consultas de pré-natal melhorou ao longo da série histórica, com o aumento das “7 consultas ou mais” de 68,91% em 2007 para 76,61%, em 2016. Observa-se o declínio ténue em relação a “nenhuma consulta”, de 1,76% em 2007 para 1,19%, em 2016.

Com base nos dados expostos, identificou-se que mais de 93% das gestantes tiveram entre 4 e 7 ou mais consultas de pré-natal. O que é uma proporção adequada, porém ainda insuficiente, tendo em vista que pela cobertura dos serviços de saúde de atenção básica no município, o número poderia beirar 100%.

5.6 PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

A proporção de partos cesáreos realizados em determinado espaço geográfico e ano, mede a participação das cesarianas no total de partos hospitalares. Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, partos considerados de risco. É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica vigente no país, e pelas condições de saúde, socioeconômicas e, da disponibilidade de recursos especializados (RIPSA, 2008).

Houve aumento dos partos cesáreos em relação aos partos vaginais a partir de 2010, com 611 cesáreas em relação a 515 partos vaginais, para o mesmo período. Esta tendência permaneceu nos anos seguintes, como observado na Tabela 5.

Tabela 5: Tipo de parto por ano de nascimento em Esteio (2007-2016)

Tipo de parto por ano de nascimento em Esteio (2007-2016)			
Ano	Vaginal	Cesáreo	Ignorado
2007	874	653	1
2008	829	654	0
2009	654	593	2
2010	515	611	5
2011	473	721	0
2012	442	778	0
2013	456	662	1
2014	440	631	0
2015	511	722	0
2016	455	631	0
Total	5.679	6.656	9

Fonte: DATASUS, (2019).

Mesmo em anos anteriores, as taxas de cesarianas estão acima do que é preconizado, cuja taxa recomendada seria entre 10% e 15%, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2012).

Embora a OMS preconize redução das cesáreas, a prevalência do parto cirúrgico em relação ao número total de partos realizados é elevado no Brasil. Segundo o estudo “Nascer no Brasil”, realizado por Lasky e autores, cerca de 52% dos nascimentos ocorrem através da cesariana e, no setor privado este número chega a 88% dos nascimentos (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Referente a idade materna, constatou-se que a cesariana se torna escolha para as mulheres a partir dos 25 anos (cerca de 60%). Para as adolescentes entre 10 e 19 anos predominou o parto vaginal, com média de 62%, e na faixa etária entre 20-24 anos a relação entre os tipos de parto permaneceu semelhante.

5.7 SITUAÇÃO DE CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA

Esteio disponibiliza serviços próprios de pré-natal de risco habitual, onde consultas e exames são realizados através da atenção primária a saúde, representada pelas ESF e UBS. Como mencionado anteriormente, o município tem cobertura 100% para atenção básica (ESTEIO, 2018b).

A gestante com critérios de pré-natal de alto risco realiza seu acompanhamento, além da atenção primária, no Ambulatório da Gestante, que funciona junto ao Hospital São Camilo.

No ano de 2014 o hospital passou por transformações na sua estrutura física e de ambiência, para se adequar às orientações da Rede Cegonha, cujas diretrizes são alinhadas para a humanização do parto e nascimento.

O Hospital São Camilo, administrado pela Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (FSPSCE), compõe a administração indireta do município, e presta serviços de referência e alta complexidade no que tange a linha materno-infantil. O atendimento é composto por Ambulatório de Gestantes de Alto Risco (AGAR), centro obstétrico, alojamento conjunto, complexo neonatal, emergência pediátrica e internação pediátrica (ESTEIO, s.d).

Também é oferecido no Hospital São Camilo serviços de apoio ao aleitamento materno, com orientações sobre amamentação e ordenha do leite materno para os bebês internados na UTI neonatal (ESTEIO, s.d).

Esteio dispõe atualmente de 18 leitos para obstetrícia, e a unidade canguru com 2 leitos (ESTEIO, 2018b). Em 2014 o número de leitos da UTI neonatal foram ampliados passando de 5 para 25, sendo 10 para UTI e 15 para cuidados intensivos. (ESTEIO, 2014).

5.8 GESTÃO DA REDE CEGONHA

O município de Esteio faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. Na implantação da RC foi acordado propostas e pactuações na Comissão Intergestores Regional (CIR), sendo homologada na Resolução nº 01/2011 que cria o Grupo Condutor da Rede Cegonha/ Rede Chimarrão no Rio Grande do Sul e, a implementação da RC do Estado do Rio Grande do Sul obedece ao planejamento do Ministério da Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Tendo em vista a Portaria n 1.459, de 24 de junho de 2011, o financiamento do programa é realizado com recursos da União, Estado e Municípios, por meio do Ministério da Saúde, através de blocos de financiamento, a ser: financiamento do componente pré-natal - através do financiamento de exames e repasses de verba por gestante (BRASIL, 2011).

O segundo bloco de financiamento da União, é o componente parto e nascimento – com repasses de recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos com reformas para adequação da ambiência em serviços que realizam partos de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de financiar 100% o leito Canguru, 80% da ampliação e qualificação dos leitos de UTI adulto e neonatal e, 80% da ampliação e qualificação dos leitos para gestantes de alto risco (BRASIL, 2011).

A Resolução 206/2017, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estabelece e pactua a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada no Rio Grande do Sul. Ficou acordado que os partos sejam realizados nos seus hospitais de referência e, quando não houver leitos

disponíveis no município, as gestantes devem ser reguladas, mediante critérios pré-estabelecidos para outros hospitais da região de saúde, além de ser oferecido o transporte sanitário. Esteio atende suas gestantes de risco habitual e de alto risco no Hospital São Camilo (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

As ações da Rede Cegonha são custeadas por pela União, Estado e Municípios, sendo que a União arca com o maior percentual, cerca de 80% do financiamento.

6 CONCLUSÃO

A Rede Cegonha é o programa de política de saúde mais completo que o Ministério da Saúde lançou referindo-se a saúde da mulher e criança. Por assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério, bem como à criança o direito do nascimento e crescimento saudáveis.

Diante dos dados apresentados, verificou-se que a Rede Cegonha não teve, no período investigado, impacto sobre a mortalidade infantil no município de Esteio; ainda que tenha ocorrido melhora da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil com aumento dos casos notificados e investigados.

Referente aos casos notificados de sífilis congênita ocorreu aumento após a implantação da RC, apontado o acesso à testagem para detecção de sífilis, a redução do uso de preservativo pela população brasileira, a resistência dos profissionais de saúde à administração de penicilina no âmbito da atenção básica e, o desabastecimento a nível mundial da penicilina, como possíveis contribuintes para essa elevação.

Constatou-se aumento do número de partos por cesariana, especialmente em mulheres com mais de 25 anos, contrariando a recomendação da Organização Mundial da Saúde. Da mesma forma, a faixa etária de 20-34 anos foi responsável pelo maior número de nascidos vivos.

Embora seja recente a implantação da RC em Esteio, o programa vem contribuindo para a melhora dos indicadores materno-infantil no município, principalmente nos registros, como notificações de sífilis congênita e a investigação de óbitos infantis e de mulheres em idade fértil.

Porém, deve-se considerar que pela incipiência do programa, ainda é cedo para análise da contribuição da RC sobre os indicadores materno infantil, principalmente no tocante da mortalidade infantil, devido a necessidade de uma série histórica maior.

Através do presente estudo pode-se visualizar dados trazidos através dos indicadores sobre a mortalidade infantil, atenção à saúde e, de maneira menos expressiva, indicadores de capacidade hospitalar e gestão.

Verificou-se a dificuldade em encontrar dados para todos os indicadores de saúde e gestão na plataforma DATASUS, devido a incompletude de algumas

informações no período de 2007 a 2016, que pode ser justificado pelas mudanças e migração de dados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o SISPRENATAL.

Destaca-se a necessidade do acompanhamento e do monitoramento dos indicadores de saúde relacionados a RC, como importante ferramenta para as decisões de saúde materno infantil e no processo de governança da saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, SMO. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. 4 ed. Campo Grande: 2011. 160p.

AZEVEDO, W F; et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-26, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3127.pdf>. Acesso 15 maio 2019.

BELFORT, GP et al . Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 8, p. 2609-2620, ago. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802609&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Sífilis**. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-sifilis>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha, DF, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008** Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. 2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso 30 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. s.d. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em 17 maio 2018.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma

agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v17, n4, p.901-911, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400012&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 set 2018.

CAVALCANTI, PCS; et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis** [online]. v.23, n.4, pp.1297-1316, 2013 Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 06 ago. 2018.

DOMINGUES, RMSM; LEAL, MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

ESTEIO - Prefeitura Municipal de. **Rede de saúde**. 2018a. Disponível em:< https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4461&Itemid=261>. Acesso em 17 maio 2018.

ESTEIO - **Plano Municipal de Saúde 2018/2021**. Esteio: Secretaria Municipal de Saúde, 2018b. Disponível em:< https://www.esteio.rs.gov.br/images/arquivos/2018/planomunicipaldesaude_2018-2021.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

ESTEIO. **Ampliação da UTI Neonatal e novos espaços da maternidade do São Camilo serão entregues nesta quinta-feira**. 2014. Disponível em: https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6176:ampliacao-da-uti-neonatal-do-sao-camilo-sera-entregue-no-dia-18&catid=35&Itemid=221>. Acesso em: 09 maio 2019.

ESTEIO. **Hospital São Camilo: Materno infantil**. s.d. Disponível em:< <http://saocamilo.esteio.rs.gov.br/servicos/materno-infantil/>> . Acesso em: 30 abr. 2019.

GIOVANNI, M. Rede Cegonha: da concepção à implantação. Brasília, DF: **Escola Nacional de Administração Pública**, 2013. p. 72. Disponível em:< <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/410/1/Miriam%20-20V.%20Definitiva.pdf>>. Acesso em 01 set. 2018.

LIMA, KWS; ANTUNES, JLF; SILVA, ZP. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

LIMA, LC; RODRIGUES, RN; MACHADO, CJ. 2016. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. **Diferenciais de mortalidade infantil no Brasil, por idade da mãe e da criança**. Disponível em:< <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/view/2369>>. Acesso em 10 maio 2019.

MARQUES, CPC (org.). UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. 43f. Disponível em:< file:///C:/Users/Moretti/Downloads/UNIDADE_2%20(1).pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

MEDRONHO, R A. **Epidemiologia**. São Paulo (SP): Atheneu, 2006.

MENDES, EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. Disponível em:< https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em 17 maio 2018.

MINAYO, MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>.

MINAYO, MCS (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PACHECO, CG. Impacto das ações da rede cegonha na mortalidade materno infantil no estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. 2018. Disponível em:< http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331447/1/Pacheco_CeciliaGuero_M.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

REIS, GJ et al . Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 9, e00105517, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 maio 2019.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em:< https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/490669/mod_resource/content/1/RIPSA%20Indicadores%20basicos%20para%20a%20saude%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano de Ação Regional Inicial – Rede Cegonha / Rede Chimarrão**. 2011. Disponível em:< http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1334679241358plano%20de%20acao%20regional%20inicial_RS.pdf>. Acesso em 03 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **LEI Nº 12.544** - 03 de julho de 2006. Disponível em:<<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/12.544.pdf>>. Acesso em 21 mar 2018.

RISCADO, LC; JANNOTTI, CB; BARBOSA, RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.1, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

SILVA, VLS et al . Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 265-274, jun. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 maio 2019.

SORTICA, AC. **Rede de Atenção à Saúde, Sífilis e Educação em Saúde, a intersecção necessária**: Um estudo de caso sobre Sífilis Congênita em gestante no Município de Esteio. 2017. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Moretti/Downloads/001020426%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Moretti/Downloads/001020426%20(2).pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

TEIXEIRA, RMV. **Indicadores de Saúde Materno-Infantil**: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4295/1/2012_dis_rmvtexeira.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

TOMASI, E et al . Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, e00195815, 2017 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2019.