

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL

ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS

**REDE CEGONHA E SEUS IMPACTOS SOBRE OS NASCIMENTOS EM UMA
REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Maceió - AL

2020

MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS

**REDE CEGONHA E SEUS IMPACTOS SOBRE OS NASCIMENTOS EM UMA
REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.

Maceió - AL

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

B277r Barros, Marcela Cristina dos Santos.
Rede Cegonha e seus impactos sobre os nascimentos em uma região do
Nordeste brasileiro / Marcela Cristina dos Santos Barros. – 2020.
71 f. : il.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 58-71.

1. Saúde materno-infantil. 2. Mortalidade infantil. 3. Indicadores básicos de
saúde. 4. Sistemas de informação. 5. Estatísticas vitais. I. Título.

CDU: 616-083:613.952(812/813)

Folha de Aprovação

AUTORA: MARCELA CRISTINA DOS SANTOS BARROS

REDE CEGONHA E SEUS IMPACTOS SOBRE OS NASCIMENTOS EM UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus A.C Simões, e aprovado em 03 de novembro de 2020.

Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Keila Cristina Pereira do N. Oliveira
SIAPE 2533720
Profa EENF / UFAL

Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (Orientadora e Examinadora Interna)

Banca Examinadora:

Este é o Parecer.

Maceió, 03/11/2020

Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Keila Cristina Pereira do N. Oliveira
SIAPE 2533720
Profa EENF / UFAL

Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (Orientadora e Examinadora Interna)

Alba Maria Bomfim de França

Profª. Me. Alba Maria Bomfim de França (Examinadora Externa)

Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Profª. Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva (Examinadora Interna)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me direcionar e encorajar durante toda a minha vida. A Ele seja toda glória.

À Prof^a Dr^a Orientadora Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira pela solicitude, paciência, orientação, organização e dedicação durante todo o processo.

Aos meus pais Edileuza e Marcelo pelo apoio durante a construção e incentivo que serviram de base para continuação e finalização.

Às minhas irmãs Edilany, Marília e Fernanda pela amizade e atenção dedicadas sempre que precisei.

Ao meu querido esposo Giulliano Lucas pelo seu apoio durante a caminhada e por compreender minha dedicação a este trabalho.

Às minhas amigas Daniella Marques, Thainá Cabral, Vanessa e Eliza pela colaboração, atenção e afeto.

A todos os meus amigos do curso de graduação que compartilharam os inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Também quero agradecer à Universidade Federal de Alagoas- UFAL e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer".

Michel Odent

BARROS, M. C. S. **Rede cegonha e seus impactos sobre os nascimentos em uma região do nordeste brasileiro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas - UFAL, 2020.

RESUMO

Alagoas possui altas taxas de mortalidade infantil, com ênfase nas mortes que ocorrem nas primeiras 24 horas de vida, o período neonatal precoce. Em 2000, a cada 1000 crianças nascidas vivas, aproximadamente, 59 morriam antes do primeiro ano de vida. Sete anos após a implantação da Rede Cegonha (RC) esse número é de 12 a cada 1000 Nascidos Vivos (NV). Assim, o desígnio desta pesquisa surge da necessidade de identificação dos possíveis avanços decorrentes das ações de saúde materno-infantil após a publicação da portaria 1.459 de 2011, que institui a RC. A atenção à saúde materno-infantil deve ser integral e contínua, considerando todos os aspectos do processo de parir. Com base nisso, o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança fomentado pela RC compõe-se de quatro pilares: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte e Regulação. Analisar o impacto da Estratégia Rede Cegonha em Alagoas sobre os nascimentos no período de 2011 a 2018. Estudo ecológico, de série temporal, com dados secundários oriundos do DATASUS. Os dados foram processados pelos softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foram adotadas como variáveis o coeficiente de mortalidade entre os anos de 2011 a 2018, a relação entre a quantidade total de óbitos por causas evitáveis, através de regressão múltipla ($p < 0,05$), utilizou-se *t student* para avaliação das médias com impacto do ano de 2016 e método de regressão *joinpoint* ($p < 0,05$) para observar a tendência do coeficiente de mortalidade neonatal. As taxas compreendidas apresentaram oscilações, entretanto a RC potencializou as melhoras nos indicadores de morbimortalidade. Além disso, foi observado que a maioria dos óbitos fetais poderiam ser evitados por meio de ações de redução das desigualdades sociais, mais consultas de pré-natal de alta qualidade e de melhora na qualidade da atenção obstétrica voltadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Evidenciou-se, através da análise dos indicadores, que existe a necessidade de melhoria na atenção à saúde materno-infantil em Alagoas. Compreende-se que a RC impactou positivamente no Coeficiente de Mortalidade Infantil, mas ainda se faz necessário a intensificação na vigilância no seu processo de implementação e fixação, bem como de suas respectivas ações a fim de melhorar os indicadores da saúde materno-infantil alagoana.

Palavras-Chaves: Saúde Materno-infantil; Mortalidade Infantil; Indicadores de Saúde; Sistemas de Informação; Estatísticas Vitais.

ABSTRACT

Alagoas has high infant mortality rates, with an emphasis on deaths that occur in the first 24 hours of life, the early neonatal period. In 2000, for every 1000 children born alive, approximately 59 died before the first year of life. Seven years after the implantation of the RedeCegonha (RC), this number is 12 for every 1000 Live Births (NV). Thus, the purpose of this research arose from the need to identify the possible emergence of maternal and child health actions after the publication of ordinance 1,459 of 2011, which institutes CR. Attention to maternal and child health must be comprehensive and continuous, considering all aspects of the birthing process. Based on this, the model of health care for women and children promoted by CR is composed of four pillars: Prenatal; Childbirth and Birth; Puerperium and Comprehensive Child Health Care; Logistic System: Transport and Regulation. To analyze the impact of the Rede Cegonha Strategy in Alagoas on births from 2011 to 2018. Ecological study, time series, with secondary data from DATASUS. The data were processed using the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software. The coefficient of mortality between the years 2011 to 2018 was adopted as variables, the relationship between the total number of deaths from preventable causes, through multiple regression ($p < 0.05$), *t student* was used to assess the averages with impact for the year 2016 and *joinpoint* regression method ($p < 0.05$) to observe the trend in the neonatal mortality coefficient. The rates changed with fluctuations, however the CR potentialized as improvements in the indicators of morbidity and mortality. In addition, it was observed that the majority of fetal deaths wished to be avoided through actions to reduce social inequalities, more high-quality prenatal consultations and an improvement in the quality of obstetric care aimed at women in the pregnancy-puerperal cycle and the newborn -born. It was evident, through the analysis of the indicators, that there is a need for improvement in attention to maternal and child health in Alagoas. It is understood that a CR has a positive impact on the Infant Mortality Coefficient, but it is still necessary to intensify surveillance in its implementation and correction process, as well as its actions to improve the maternal and child health indicators in Alagoas.

Keywords: Maternal and child health; Child mortality; Health Indicators; Information systems; Vital Statistics.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais programas voltados para a atenção saúde materno- infantil no período de 2004 a 2019, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	19
Quadro 2- Metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde (2016-2019), Alagoas, Nordeste, Brasil, 2019.....	25
Quadro 3 - Distribuição de Leitos Neonatais por Região de Saúde no ano de 2015,Alagoas, Nordeste, Brasil.....	36
Quadro 4- Distribuição de leitos obstétricos por Região de Saúde, segundo classificação do serviço no ano de 2015, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	38
Quadro 5- Correlação de óbitos fetais, segundo tipo de parto no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	48

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Representação esquemática dos componentes da Rede Cegonha, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2011.....	22
Figura 2- Mapa do desenho da Rede Cegonha e assistência materna infantil, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2015.....	23
Figura 3- Percentual de óbitos por causas evitáveis por faixa etária no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	44
Figura 4- Tendência do coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis, pelo método <i>joinpoint</i> no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	45
Figura 5- Instrução da mãe e adequação da quantidade de pré-natal por nascidos vivos, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	46
Figura 6 - Idade média da mãe no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	46
Figura 7- Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aplicação de <i>t student</i> para avaliação do número de consultas durante o pré-natal no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	45
Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	47
Tabela 3 - Análise por regressão das causas evitáveis de óbitos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	49
Tabela 4 - Oferta de recursos, profissionais e leitos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.....	50

LISTA DE SIGLAS

- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CIBC** - Comissão Intergestores Bipartite
- CIRS** - Comissões Intergestores Regionais com Resoluções
- CIRS** - Comissões Intergestores Regionais
- CMI** - Coeficiente de Mortalidade Infantil
- CMN** - Coeficiente de Mortalidade Neonatal
- CMNP** - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DATASUS** - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência humana
- IDI** - Índice de Desenvolvimento Infantil
- IG** - Idade gestacional
- MIF** - Mulheres em Idade Fértil
- MS** - Ministério da Saúde
- NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOBS** - Normas Operacionais Básicas
- NV** - Nascidos Vivos
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PAB** - Piso Assistencial Básico
- PAISM** - Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
- PAISC** - Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
- PDR** - Plano Diretor de Regionalização
- PES** - Plano Estadual de Saúde
- PHPN** - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PSF** - Programa Saúde da Família
- PSSI** - Primeira Semana de Saúde Integral
- RAS** - Redes de Atenção à Saúde

RC - Rede Cegonha
RL - Revisão de Literatura
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RS - Regiões de Saúde
SAMU - Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SC - Sífilis Congênita
SESAU - Secretaria de Estado da Saúde
SIM - Sistema de informação de mortalidade
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS - Sistema Único de Saúde
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFAL - Universidade Federal de Alagoas
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância
USF - Unidades de Saúde da Família
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory Test

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	E
rror! Bookmark not defined.2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Rede de Atenção Materno-Infantil: o contexto da implementação da Rede Cegonha em Alagoas.	14
2.2 A Atenção ao pré-natal, parto e ao nascimento em Alagoas.....	26
2.2.1 Pré-natal.....	27
2.2.2 Parto e Nascimento.....	28
2.2.3 Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.....	32
2.2.4 Sistema Logístico.....	35
2.3 Aspectos relacionados à morbimortalidade em recém-nascidos no Brasil e Alagoas	40
3. METODOLOGIA.....	41
4. RESULTADOS.....	43
5. DISCUSSÃO.....	50
6. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	59

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a implantação da Rede Cegonha (RC) sobre os nascimentos e seu respectivo impacto na atenção à saúde do recém-nascido entre os anos de 2011 a 2018, especificamente, em Alagoas, um dos estados mais pobres da região nordeste do Brasil. Assim, o desígnio desta pesquisa nasce pela inquietação com o tema e da necessidade de identificar possíveis avanços decorrentes das ações de saúde materna e infantil após a publicação da Portaria 1.459 de 2011, que institui a RC (BRASIL, 2011a).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para Infância-UNICEF (2015) houve um aumento na taxa de nascimentos e redução da taxa de mortalidade neonatal a nível mundial, os dados foram de 36 óbitos por 1.000 NV em 1990 para 19 em 1.000 NV no ano de 2015, enquanto que o número de óbitos neonatais evoluíram de 5,1 para 2,7 milhões. Entretanto, o declínio da mortalidade neonatal no período de 1990-2015 apresentou-se mais lento (47%) que a pós-neonatal em menores de cinco anos (58 %).

Seguindo uma tendência mundial, houve reduções em nível nacional a média do Brasil, em 2010, foi de 16,0/1.000 NV, entretanto, a região do Nordeste apresentou coeficientes de 19,1/1.000 NV (BRASIL, 2010). E, dentre os estados brasileiros, Alagoas possui a maior Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do país, além de apresentar o segundo pior Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) (UNICEF *et al.*, 2008).

Esses dados se colocam como obstáculos a serem enfrentados, pois apesar redução de mortalidade infantil no Brasil nos últimos 25 anos, desigualdades regionais ainda persistem, conforme descreve o relatório feito pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015). Em 32 municípios brasileiros, por exemplo, a TMI ultrapassou 80 mortes por 1.000 NV (UNICEF *et al.*, 2015).

Apesar da melhora na TMI, nacionalmente existem grandes desafios a serem superados para aproximar-se dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, com cerca de cinco óbitos para cada mil NV. Apontam-se como entraves que impedem as melhoras no índice nacional, dentre outros fatores, as desigualdades regionais, sociais e as iniquidades relacionadas. (PAIM *et al.*, 2011).

Portanto, ao tomar como exemplo a situação demográfica das mulheres e crianças nordestinas, pode-se afirmar que as desigualdades regionais das condições de saúde estão relacionadas com a mortalidade neonatal, especialmente, devido à falta de acesso aos serviços de saúde cuja ênfase é a saúde materna e infantil (OLIVEIRA; LIMA; LIRA *et al.*, 2013).

Segundo o Relatório da UNICEF (2015), algumas ações foram fundamentais para a redução da TMI obtida pelo Brasil no período, como o foco na atenção primária de saúde, a melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, a expansão da imunização e a criação de incentivos de proteção social, como os programas de transferência de renda.

A partir da revisão de literatura observa-se que as principais causas de óbitos são: a prematuridade, malformação congênita, asfixia intraparto, infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis decorrente de ações dos serviços de saúde. Outrossim, mundialmente há um destaque para três causas: prematuridade, asfixia perinatal e infecções neonatais (CARLO; TRAVERS, 2016; DARIPA *et al.*, 2013).

A fim de minimizar as taxas de mortalidades materno-infantil vem sendo desenvolvido no Brasil, há duas décadas, um modelo de atenção construído com base na humanização do parto e nascimento (RATTNER, 2009). Esse modelo de atenção à saúde da mulher e da criança fomentado pela RC é composto por quatro pilares: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a).

A Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil implementada em 2011, aponta um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, do parto até 24 meses após, garantindo o acesso, acolhimento da díade mãe e recém-nascido e um desfecho da gestação com associação à RC. Com a implantação dessas medidas almeja-se a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no neonato (BRASIL, 2011a).

Com base no exposto, torna-se pertinente responder o seguinte questionamento: Qual o impacto da Estratégia Rede Cegonha em Alagoas sobre os nascimentos no período de 2011 a 2018?

Diante dessas considerações, este trabalho teve como objetivo analisar o impacto da Estratégia Rede Cegonha em Alagoas sobre os nascimentos no período de 2011 a 2018. Almeja-se, portanto a partir deste estudo a abordagem de novas perspectivas capazes de contribuir para a reformulação de políticas públicas em saúde, a fim de atingir uma redução significativa da morbimortalidade materno infantil no estado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O contexto de implantação da Rede Cegonha Infantil em Alagoas foi estruturado em capítulos que destacam um panorama, inclusive histórico, do enfrentamento da mortalidade infantil no estado de Alagoas.

O tópico Revisão de Literatura (RL), foi dividido em três partes cuja 1ª parte (item 3.1) expõe uma reflexão sobre a Rede de Atenção Materno-Infantil e o contexto da implementação da Rede Cegonha em Alagoas. Este primeiro capítulo apresenta uma história em transformação, os principais programas até a criação da RC e as oscilações em dados referentes à mortalidade infantil no estado de Alagoas.

A 2ª parte desta RL (item 3.2) aborda a Atenção ao pré-natal, parto e ao nascimento em Alagoas e suas subseções: 3.2.1 Pré-natal; 3.2.2 Parto e Nascimento; 3.2.3 Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 3.2.4 Sistema Logístico. Ao longo dessa parte, abordou-se questões de garantia à saúde da mulher, atendimento de qualidade e os principais avanços, entre estes, destaca-se a importância do atendimento humanizado em todo processo de gestação, parto e puerpério. E por fim, a 3ª parte (item 3.3) aborda os aspectos relacionados à morbimortalidade em recém-nascidos no Brasil e, especificamente, em Alagoas.

2.1 Rede de Atenção Materno-Infantil: o contexto da implementação da Rede Cegonha em Alagoas

A composição da Rede de Atenção materno-infantil se dá por um conjunto de programas que conferem o direito à saúde infantil e assegurem a atuação de uma ampla rede de serviços voltados a saúde da criança. Assim, a atuação interdisciplinar é fundamental na prática do cuidado prestado às mulheres, a saúde reprodutiva, ao pré-natal e nascimento, puerpério e o desenvolvimento da criança até os 24 meses após o nascimento (BRASIL, 2012).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 1.459/2011 criada pelo Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha (RC), sua criação visa adequar as práticas anteriores de atenção à saúde a um novo modelo qualificado de assistir, a fim de garantir o acesso, acolhimento e resolutividade nas práticas da rede de atenção materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2011a).

As redes que reestruturam o sistema são denominadas Redes de Atenção em Saúde (RAS). Segundo Mendes, E. (2011), as RAS objetivam a desfragmentação nos serviços que são ofertados pelo MS, sendo divididas por nível de complexidade e dirigidas,

primordialmente, pela Atenção Primária à Saúde (APS), de forma que seja ofertada à população uma assistência integral que incorpore os cuidados primários de saúde e o enfrentamento de doenças transmissíveis a partir da expansão dos trabalhos de vigilância epidemiológica (ARRUDA *et al.*, 2015; MENDES, E., 2011).

O MS propõe a construção das RAS com o objetivo de sistematizar os fluxos e organizar a partir das necessidades, agravos ou doenças que acometem as populações. Com isso, todas as redes são direcionadas pelos temas qualificação e educação; informação; regulação e promoção; e vigilância à saúde. Outrossim, a RCse coloca como uma estratégia inovadora na humanização da assistência, enquadra-se como uma das redes temáticas prioritárias, tratando-se de um arranjo organizativo de ações em saúde e cuidado incluso na RAS (BRASIL, 2011b).

O funcionamento adequado da rede depende, dentre outros fatores, da atenção necessária aos cuidados iniciais ao ciclo gravídico-puerperal materno-infantil interligada a organização de todo o sistema logístico. Para minimizar a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência e visando o bom funcionamento da RC Vanderlei e Frias (2015, p.1), enfatizam que:

Se propôs a apoiar pactos interfederativos, cujo ciclo gravídico puerperal e de acompanhamento das crianças fossem viabilizados/desenvolvidos através de seus cinco componentes: qualificação do pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Através da análise histórica das políticas de saúde no Brasil, percebe-se uma formulação voltada para atenção materna e infantil em diferentes momentos. Ainda que o foco seja os campos da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, é válido ressaltar o protagonismo da mulher nas reivindicações. Em diferentes períodos históricos, a luta por uma saúde integral é observada.

A partir de uma retrospectiva histórica e de contextualização da RC é possível realizar reflexões importantes e, diante disso, torna-se possível analisar a conjuntura de criação da Rede Cegonha, observando a correlação das ações propostas com os princípios e objetivos da política; a coerência com políticas e programas anteriores, a proposta de novas estratégias e o quanto dialogam e respondem às reivindicações de especialistas e movimentos sociais envolvidos com a atenção materna e infantil no Brasil.

O Brasil passou por modificações demográficas, socioeconômicas de acesso à região urbana, com aceleração das correntes migratórias rurais-urbanas que mudaram os modos de

viver da população (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). No que se refere à assistência à saúde, nos últimos 30 anos, o país avançou para um sistema unificado de saúde, que trouxe importantes mudanças nas políticas de saúde, resultando na ampliação da atenção primária (PAIM *et al.*, 2011).

Em meados de 1960, no Brasil, as políticas direcionadas para a saúde da mulher e a assistência materna e infantil passaram a ser criticadas e repensadas, pois sua abordagem de atenção à saúde biologicista era considerada reducionista. A adesão às pílulas anticoncepcionais, na mesma década, proporcionaram uma mudança no padrão e no papel da mulher na sociedade, acarretando a possibilidade de incorporação no mercado de trabalho, e, ainda, propiciando-lhe uma maior liberdade sexual (LEITE; PAES, 2009).

Com essa inserção da mulher no mercado de trabalho e o desempenho de suas atividades, tornou-se indispensável o desenvolvimento de programas de assistência à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar (CUNHA, 2017). Ao longo dos processos de criação desses direitos, essa problemática trouxe repercussões para as bases sociais e políticas e evidenciou para o setor Saúde, recomendações mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil, que abarcasse toda a rede de atenção saúde materno-infantil (CUNHA, 2017).

Com isso, durante as décadas de 1960 e 1970, houve um fenômeno de declínio das taxas de fecundidade e crescimento populacional, descrito por Iyda (1994), como um momento de diferentes proporções que atingiu todas as regiões do país e todos os níveis da população, ainda que em diferentes intensidades.

Para Neto (2008), o movimento feminista brasileiro contribuiu significativamente na construção do novo modelo político voltado aos direitos das mulheres. Ademais, as reivindicações pelo movimento feminista resultaram nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil:

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população (BRASIL, 2004, p. 16).

No cenário brasileiro, os avanços nessa rede de atenção passaram a ocorrer como resultado do movimento feminista, ações estas que contribuíram para a criação de programas inovadores no campo de atenção à saúde materno-infantil. Uma das mais importantes conquistas do movimento feminista é a formulação, pelo MS, do Programa de Ação Integral à

Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, sendo um programa novo até então, não focado apenas ao binômio mãe-filho, mas na atenção à saúde da mulher em sua totalidade (ALMEIDA, 2005).

A proposta do PAISM, para Almeida e Szwarcwald (2012), compreendia a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, a menopausa e a anticoncepção. Esse programa nasce de um processo de discussão do movimento sanitário embasado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde (CUNHA, 2017).

Além disso, Costa (1996) analisa que, a agenda de Reforma Sanitária nasceu em meio à luta dos movimentos sociais como resposta decorrente das más condições de saúde. Diante da conjuntura política e social que o país passava, a agenda originou-se em meio a críticas ao modelo de atenção à saúde corrente. Ainda que houvesse uma economia dos recursos financeiros ligados à ampliação desses direitos, as reivindicações em defesa da equidade e justiça social cresciam exponencialmente (COSTA, 1996).

Em meio à estruturação e embasamento do SUS, nascia, paralelamente, o PAISM com propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços ofertados. Diante do amparo da reforma sanitária, os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM e PAISC) foram concebidos e tornaram-se referências na assistência ao binômio (MESQUITA, 2010).

A luta por esses direitos e as reivindicações disputavam espaço com políticas centralizadoras. Diante disso, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e sua respectiva fixação embasaram a implementação do SUS. A partir de 1998 ocorreu a determinação dos repasses fundo a fundo, no qual os municípios recebiam dinheiro para execução de serviços de saúde essenciais, por meio do Piso Assistencial Básico (PAB) (MERCADANTE, 2002). O PAB trouxe benefícios graduais para o sistema.

A descentralização das ações de saúde ocorria gradativamente, sendo as NOBs o fundamento inicial para esse processo, iniciada na atenção básica, visto que os níveis de maior complexidade ainda não haviam sido reorganizados (CUNHA, 2017).

Em 2001, o MS publicou Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001). Diante das divergências referentes à imparcialidade da distribuição dos recursos financeiros. A NOAs tinha como objetivo alocar recursos e promover um equilíbrio no acesso

à saúde em todos os níveis de atenção. Com base nisso, instituiu-se a regionalização como macro-estratégia central para a reorganização e articulação das ações e serviços de saúde (MERCADANTE, 2002).

A NOAS propôs um rastreamento de áreas específicas, como gestação de alto risco, urgência e emergência, entre outras. Sendo criado nesse momento o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que deveria ser construído para garantir, estreitamente, o acesso a um conjunto de ações voltadas para a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, assim como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (CUNHA, 2017).

Com expressivas reduções no perfil da natalidade e mortalidade do país, especificamente, nos indicadores de saúde materna e infantil, os municípios passaram a ter corresponsabilização pela oferta da assistência básica à criança na primeira infância e pré-natal (CUNHA, 2017). O Programa Saúde da Família (PSF) também contribuiu significativamente para a expansão da cobertura de serviços básicos para as áreas mais pobres do país.

O momento crucial para a implementação de políticas e programas a nível mundial ocorreu, no ano 2000, com a Declaração do Milênio, sendo um pacto internacional pela eliminação da pobreza firmado por dignitários de 191 países; programas estes que buscaram a estruturação e qualificação da assistência à saúde materna e infantil (UNICEF, 2000).

A declaração do milênio foi um marco importante, pois na mesma ocasião deu-se início ao delineamento dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), organizado pela ONU, tais objetivos teriam de ser desempenhados até 2015. Nessa perspectiva foram norteadas ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente (UNICEF, 2000).

Para o êxito das ações estabelecidas pela ONU foram acordadas 18 metas. Prioritariamente, a meta 4 e 5, desafiou a diminuição das altas taxas de mortalidade na infância e a melhoria da saúde materna. A proposta da meta 4 foi de reduzir dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, entre 1990 e 2015; enquanto que a meta 5 foi voltada para mãe, propondo uma redução de três quartos na taxa de mortalidade materna, no mesmo período. Traduzido em números, o Brasil, deveria reduzir a TMI de 47,1 óbitos/1000NV para 15,7 óbitos/1000NV e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 139/100 mil NV para 35/100 mil NV (BRASIL, 2014).

Retomando a alusão à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, foco deste estudo, e sem perder de vista sua formação, pode-se afirmar que, no início dos anos 2000,

ganha expressão, no Brasil, o movimento de defesa da humanização do parto e nascimento. No processo de humanização objetivou-se melhora na qualidade do cuidado, considerando o respeito ao usuário e dignidade do trabalhador da saúde. Além disso, na implementação do Sistema Único de Saúde, diversos projetos de humanização foram adotados pelos governos, particularmente voltados para a área materno-infantil (PARSHE *et al*, 2011; ARTMANN; RIVERA, 2006).

A agenda governamental passou a priorizar um conjunto de políticas e programas no campo da assistência materna e infantil. No ano de 2000, fruto dessas prioridades, é lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e ao recém-nascido (CUNHA, 2017).

A relação entre tecnologia e saúde trouxe benefícios. Contudo, houve um desequilíbrio na utilização desenfreada desses recursos, sem a adequada observação as necessidades da mulher. Tal fato despertou o questionamento de práticas da assistência ao parto e nascimento (CUNHA, 2017).

O modelo biomédico e tecnicista expresso nas décadas de 70 e 80, foi um momento prolífero que legitimou a obstetrícia moderna e o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Com aparato tecnológico e fármaco-químico inserido no modelo tecnocrático, a mulher perdeu o protagonismo no parto, como por exemplo, a adoção da posição litotômica ou ginecológica, já considerada como uma posição que dificulta o processo fisiológico do trabalho de parto (MAIA, 2010).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres realizou um balanço de políticas e programas no campo da atenção à saúde integral da mulher e da assistência materna e infantil. A seguir, os programas que foram lançados pelo MS (Quadro 1), entre os anos de 2003 e 2010:

Quadro 1 - Principais programas voltados para a atenção saúde materno- infantil no período de 2004 a 2019, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Programas e Políticas	Ano de lançamento	Objetivos
-----------------------	-------------------	-----------

(Continua)

(Conclusão)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	2004	Incorporar num “enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Ampliar ações para grupos vulneráveis” (BRASIL, 2004, p. 5).
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	2004	Executar um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada. Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006, e em 75% até 2015(BRASIL, 2004a).
Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde	2004	“Promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS, como política pública de saúde” (BRASIL, 2004b, p. 9).
Lei nº 11.108/2005 - Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde	2005	Conforme a lei, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o acompanhante é escolhido pela gestante (BRASIL, 2005a).
Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal	2009	Reduzir as desigualdades sociais e econômicas entre as Regiões geográficas do Brasil, com quatro eixos e priorização da Amazônia Legal e do Nordeste: redução do analfabetismo (com foco em adultos), apoio à agricultura familiar, garantia do registro civil e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Fonte: Adaptado e elaborado pela autora, 2020.

Embora tantos programas e políticas tenham sido implantados na primeira década dos anos 2000, ainda assim o resultado foi insuficiente a necessidade real. É certo que ocorreram

avanços importantes no campo da saúde materna e infantil, isso foi refletido em dados. O Brasil reduziu a TMI de forma significativa. Entre 1990 e 2011, a redução foi de 71%, passando de 47,1 para 13,63 óbitos/1000 NV (BRASIL, 2016). Outra justificativa seria a de falta de estrutura e desarticulação da rede de serviços maternos e infantis, que ainda caracteriza o sistema de saúde brasileiro (CUNHA, 2017).

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal impactou regiões com taxas preocupantes do Brasil, tendo em vista que essas regiões apresentavam as maiores taxas do país. Enquanto a taxa para o Brasil, em 2009, era de 14,8 óbitos/1000 NV, na Região Norte era 17,99/1000 NV e no Nordeste 17,03/1000 NV (BRASIL, 2010).

A publicação do PHPN fundamentando-se no documento publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi um solo fértil para o debate sobre o conceito de violência obstétrica. Esta passou a ser evidenciada como uma prática caracterizada pela negligência na assistência, pela discriminação social, pela violência verbal, física e psicológica; sendo considerado um ato de violência obstétrica o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos sem a concordância da gestante/parturiente (ANDRADE *et al.*, 2016).

O estado de Alagoas, localizado na região Nordeste do Brasil abrange uma área de 27.848,003 Km², limitando-se ao Norte e Noroeste com o Estado de Pernambuco, ao Sul com o Estado de Sergipe, a Sudoeste com o Estado da Bahia e ao Leste com o Oceano Atlântico. É formado por 102 Municípios cuja capital é Maceió, e, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR, 2011), está dividido em dez Regiões de Saúde (RS) e em duas Macrorregiões de Saúde.

Em 2001, Após Alagoas ser considerado o estado que tinha a maior TMI do país e o pior Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), com mais de 60% destes óbitos no período neonatal, a UNICEF e o governo de Alagoas deram início a ações articuladas e contínuas.

Essas informações foram expostas em um detalhado estudo sobre a situação das crianças no Brasil, a divulgação desse estudo gerou intensa reação no governo e sociedade civil (UNICEF, 2008). Assim, o então governador do estado declarou situação de calamidade pública ao vestir o colete da Defesa Civil, até que os índices de mortalidade infantil de Alagoas atingissem menos a média dos demais estados da região nordeste (UNICEF, 2012).

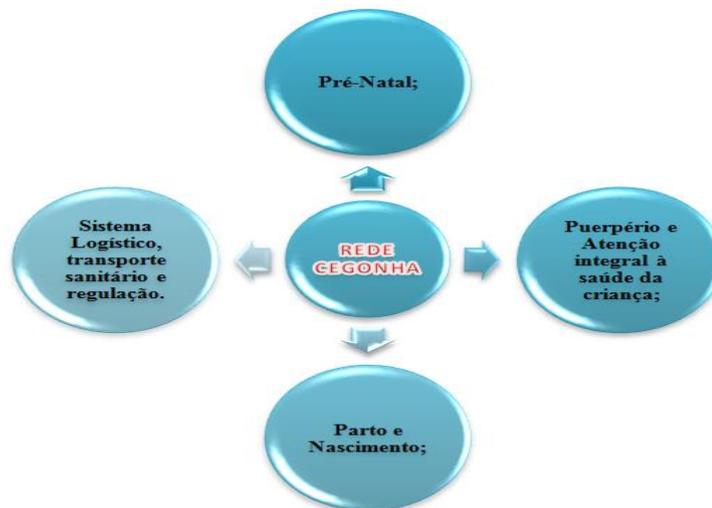
Não é recente a tentativa de mudanças no cenário de morbimortalidade infantil no Brasil e, especificamente, no estado de Alagoas. Para tanto, surgiram várias políticas ao longo das últimas décadas (DINIZ, 2009).

Diante da situação alarmante relacionada aos indicadores de morbimortalidade no estado à época, Alagoas foi o primeiro estado brasileiro, após a criação da Rede Cegonha, a adaptar-se às normas preconizadas pelo MS, cumprindo todas as etapas recomendadas (SESAU, 2012). Inicialmente, foram selecionados, para aderir a RC, os municípios que compunham as regiões de saúde da 1ª a 7ª, totalizando 29 municípios (UNICEF, 2012).

De acordo com a enfermeira obstétrica, Rita Webster, da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU): “A escolha se deu em função dessas duas regiões concentram mais da metade da população alagoana e também os serviços de saúde, que são fundamentais para a redução da mortalidade materna e infantil” (SESAU, 2012, p.1).

Diante das proporções calamitosas, pautadas em necessidades locais, nas taxas de mortalidade materno-infantil, bem como na tentativa de superar o modelo fragmentado de saúde vigente, emergem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na saúde materno-infantil, surge a Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459/2011, a partir da qual cada Estado passou a implementar o seu próprio programa. Esta portaria foi alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro (BRASIL, 2011c).

Figura 1 - Representação esquemática dos componentes da Rede Cegonha, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2011.



Fonte: Adaptado:(BRASIL, 2011c).

A implantação da RC ocorre por meio da análise de critérios epidemiológicos, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional (BRASIL, 2011a).

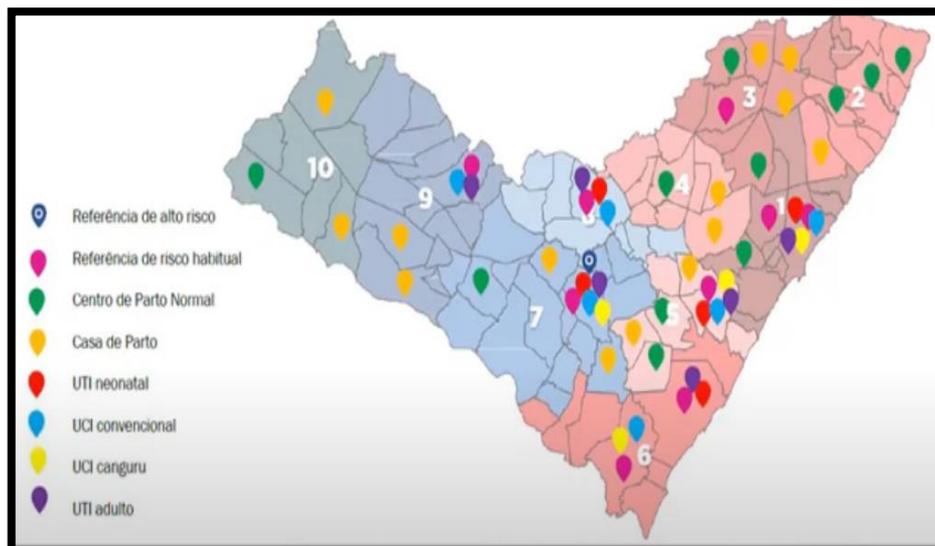
No estado de Alagoas essa implantação aconteceu em 2012 e começou a funcionar em agosto de 2013, no qual teve sua inauguração na Santa Casa de Misericórdia de Penedo (SESAU, 2012). Dentre seus objetivos estavam a redução da mortalidade materno-infantil e a

garantia do funcionamento da rede para esse grupo, em todo o estado. Essas prioridades da política de governo estavam em consonância com as do MS. A rede de assistência materno infantil/ Rede Cegonha se instaura em Alagoas visando uma conformação sistematizada e regionalizada(PES, 2016).

Em 2014, com a participação de duas enfermeiras assistenciais no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, promovido pela RC, sob diretrizes da RC da UFMG em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) para dar continuidade às boas práticas obstétricas e neonatais. Nesta parceria, houve a formação de 30 enfermeiros especialistas em obstetrícia até o fim de 2015 (SESAU, 2015).

Com isso, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 (PES, 2016) organizou o desenho da Rede Materno-Infantil, com a distribuição da RC a partir de quatro componentes: (I) Pré-Natal; (II) Parto e Nascimento; (III) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (IV) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Com o intuito de contemplar todos os níveis de assistência e leitos necessários para atender aos componentes da Rede (pré-natal; parto e nascimento; cuidado no puerpério e crianças até dois anos de idade; e regulação). O desenho da RC (Figura 2) foi pactuado nas Comissões Intergestores Regionais com Resoluções (CIRs), homologadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Figura 2 - Mapa do desenho da Rede Cegonha e assistência materno infantil, Alagoas, Nordeste, Brasil, 2015.



Fonte: Adaptado: Fonte: (TELESSAÚDE, 2018)

O plano estadual 2016-2019 estabeleceu metas para saúde materno infantil. A seguir no quadro 2, as 12 metas:

Quadro 2 - Metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde (2016-2019), Alagoas, Nordeste, Brasil, 2019.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Reestruturar a Rede Materno-Infantil em 100% dos Municípios	Ampliação dos Serviços da Rede Materno-Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Materna	Redução da Mortalidade Materna	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Fetal	Redução da Mortalidade Fetal	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Infantil	Redução da Mortalidade Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar a Oferta de Leitos de UTI Neonatal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar a Oferta de Leitos de UCI Neonatal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Avaliar Anualmente o Cumprimento de Indicadores e Metas Pactuados, Tendo em Vista a Concessão de Incentivo Financeiro para a Assistência Materno-Infantil, Participando Efetivamente do Cofinanciamento da Saúde	Melhoria na qualidade dos serviços prestados à população	Superintendência de Atenção à Saúde / Superintendência de Regulação e Auditoria
Aperfeiçoar a Qualidade do Atendimento Materno Infantil, Através do Fortalecimento da Maternidade Escola Santa Mônica	Promoção, Proteção e Apoio à Saúde Integral da Criança e da Mulher, no Âmbito do Sistema Único de Saúde	Maternidade Escola Santa Mônica - MESM/UNCISAL
Construir Centro de Parto Normal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Construir e Implantar a Maternidade de Risco Habitual	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Construir Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Maternidade Escola Santa Mônica - MESM/UNCISAL

Fonte: Adaptado: Metas do Plano estadual (2016-2019), Alagoas, 2016.

De acordo com especialista da UNICEF em Saúde Infantil: “O desafio hoje de Alagoas, como no Brasil todo, é em relação à mortalidade neonatal, que ocorre até o 28º dia

de vida da criança e que é responsável por mais de 70% das mortes no período (SESAU, 2019). E, a maioria das mortes acontece nas primeiras 24 horas, em função de questões relacionadas ao pré-natal, condições do parto e pós-parto. Aí é que está o grande desafio do estado”(SESAU, 2019, p. 1).

Há reconhecidos avanços na atenção à saúde da mulher no Brasil, porém ainda existem problemas complexos e multifatoriais que mantêm a morbimortalidade materna elevada. Muito embora tenhamos avanços na redução da mortalidade em Alagoas, ainda há necessidade de avanços em diversos aspectos no componente neonatal.

2.2 A Atenção ao pré-natal, parto e ao nascimento em Alagoas

A RC vem sendo realizada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional. A estratégia traz iniciativas de mudanças no modelo de assistência à gravidez, ao parto/nascimento e a atenção integral à saúde da criança e ao sistema logístico (BRASIL, 2014).

Como mencionado no capítulo I do presente estudo, a RC configura-se na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação logística, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e a ampliação de serviços e profissionais, visando estimular a prática do parto fisiológico e humanizado (BRASIL, 2014).

No contexto da assistência obstétrica e neonatal, a humanização envolve a promoção de práticas saudáveis durante o parto, almejando a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. A promoção de práticas seguras se inicia no pré-natal com o objetivo de afastar intervenções inoportunas, a fim de preservar a privacidade e protagonismo do binômio (BRASIL, 2004).

Além disso, favorece a ampliação do acesso e melhoria na qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e à assistência no desenvolvimento da criança até 24 meses. A RC assegura ainda, por lei, às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Os autores evidenciam (GOLDENBERG *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2014) que as práticas saudáveis durante o trabalho de parto e pós-parto são capazes de minimizar taxas de mortalidade neonatal. Embora a maioria das literaturas demonstre os benefícios de práticas saudáveis, a realidade prática tem sido bastante discutida por autores que abordam a mortalidade neonatal precoce. Os altos índices de mortalidade neonatal precoce evidenciam

um déficit na assistência prestada à gestante durante o pré-natal e parto, bem como à falta de atenção adequada aos recém-nascidos no momento do nascimento em unidades de terapia intensiva neonatal (NASCIMENTO; LEITE; ALMEIDA, *et al* 2012).

Reafirma Bhutta e seus colaboradores (2014) que a abordagem de uma prática segura envolve a equipe multidisciplinar, e para isso a mulher deve ser acompanhada em todo processo gravídico puerperal, começando pela admissão no serviço. Destarte, a prática do acolhimento traz importantes contribuições no campo da ética, sendo composto pelo compromisso e reconhecimento do outro, no sentido de acolhê-lo, independentemente de suas diferenças; perpassa também pela estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver; e política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

A seguir, nos próximos subtópicos, serão detalhados os componentes da RC que fomentam a prática de boas condutas à saúde da mulher e do recém-nascido.

2.2.1 Pré-natal

Visando um bom desfecho para a mulher e sua prole durante a gestação, as ações de pré-natal contribuem em um conjunto de ações coincidentes, sendo preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, objetivando uma boa gestação (WHO, 2016). A segurança do nascimento de uma criança irá depender do local de nascimento e às condições de vida de sua família (UNICEF, 2008).

Há diversos fatores determinantes que podem reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal, bem com uma boa assistência em saúde, a assistência pré-natal adequada, com a captação e a intervenção precoce das situações de risco, assim como um sistema articulado de referência hospitalar, além disto, a qualidade na assistência ao parto, o direito de um acompanhante durante o processo, o ambiente, e o uso de boas práticas (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de ter-se uma rápida captação das gestantes e o início rápido do pré-natal, o MS, por meio da RC, englobou o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, o teste pode ser feito na unidade básica de saúde, isso fortalece início imediato do pré-natal (BRASIL, 2012). Todavia, em contraponto a essa inclusão podem existir os resultados considerados “falsos positivos” ou “falsos negativos”, capazes de atrasar a realização do pré-natal, conforme descrito no Caderno de Atenção Básica nº 32.

Um pré-natal de qualidade pode reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil (BARBEIRO *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2014), assim como uma rápida identificação de uma gravidez de risco e o encaminhamento adequado pelo profissional orienta a caminhos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2012; HILL, 2004).

Outrossim, a consulta de enfermagem colabora nesse processo, sendo realizada privativamente pelo enfermeiro, foi instituída de acordo com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Com base nessa lei, mediante uma abordagem contextualizada e cooperativa, o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, objetivando disponibilizar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Para efetivação de uma boa assistência de pré-natal devem-se garantir alguns pontos:

Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012, p. 42).

A efetivação de uma boa assistência será externada em um pré-natal de qualidade, garantindo o acesso ao parto em unidade específica, atendendo as necessidades que foram levantadas durante as consultas. Nesse encontro, o profissional deverá passar orientações de acordo com cada período, a fim de proteger a saúde do binômio (KASSAR, 2010).

Em relação ao número de consultas, as recomendações indicavam o número mínimo de seis consultas de pré-natal, com a aplicação de vacinas, realização de testes de diagnóstico laboratorial de exames de rotina, oferta de suplementos e tratamento medicamentoso para os problemas encontrados (BRASIL, 2012). Durante as consultas também é recomendado a indicação da referência e contrarreferência, com vistas a evitar a peregrinação da gestante em trabalho de parto (BRASIL, 2007).

No estado de Alagoas, por meio do PES (2016) 2016-2019, criou-se uma estratégia para garantir assistência de forma regionalizada, evitando, assim, a peregrinação da gestante e a superlotação dos serviços de maior complexidade. O mapa de vinculação foi construído com base nas 1ª e 7ª regiões de saúde pela gestão dos municípios de Maceió e Arapiraca, discutidas no Fórum Perinatal, nas Comissões Intergestores Regionais.

Ainda em relação à humanização, o PHPN direciona as ações do MS, no que se refere a adequação do pré-natal e aos critérios estabelecidos que incluam a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, número mínimo de seis consultas e uma consulta de puerpério até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2000). Contudo, a OMS apresenta uma proposta de acompanhamento do pré-natal que considera a realização da primeira consulta até a décima segunda semana de gestação, somada a três consultas de pré-natal e uma de puerpério, nas quais deverão ser realizados exames laboratoriais e clínicos (VILLAR *et al.*, 2001).

Se houver um número reduzido de consultas de alta qualidade, em casos de pacientes de baixo risco, não se implicará um aumento considerável de resultados perinatais adversos. Entretanto, a atenção às grávidas com maiores riscos, não deve ser descontinuada. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Sendo importante enfatizar que não existe alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

Um importante indicador da qualidade do pré-natal é ocorrência de sífilis congênita, que demonstra a clara efetividade da Atenção Primária, principalmente em relação ao pré-natal. Ao contrário da situação ideal, a ocorrência da doença é crescente em Alagoas, tendo sido registrados em 2014, 412 casos, representando uma taxa de incidência de 8,0/1.000 NV e com forte tendência de aumento. É importante destacar que a taxa máxima aceitável é de 0,5/1.000 NV (PES, 2016)

Como estratégias de diagnóstico de sífilis gestacional na atenção básica existem a triagem por meio do *Venereal Disease Research Laboratory Test* (VDRL) e o teste rápido (treponêmico) no primeiro e terceiro trimestres de gestação no pré-natal e na ocasião da internação para o parto ou curetagem, e o tratamento com a penicilina G benzatina (PHISKE, 2014).

2.2.2 Parto e Nascimento

Carregados de momentos intensos, a gestação, o parto e o nascimento são eventos que oportunizam períodos de crises construtivas que possibilitam o estímulo para formação de vínculos, com possíveis transformações sociais (BRASIL, 2012).

O momento do parto sofreu mudanças ao longo dos anos. Antes da institucionalização, a mulher dava à luz com o auxílio de parteiras, em sua casa (LEISTER *et al.*, 2013). O deslocamento do parto em domicílio para a institucionalização, ao final do século XIX, está intimamente ligado ao fim da Segunda Guerra Mundial, isso ocorreu, pois

havia a preocupação de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil (MATOS, 2013).

Diversos fatores complexos contribuíram para que a mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, passasse a ser um parto hospitalar, conduzido por profissionais de saúde. Os fatores apontaram o alto número de mortes em caso de complicações; a necessidade de criação de maternidades separadas de hospitais gerais e a adoção de medidas de higiene e isolamento (MAIA, 2010).

Devido ao aumento gradativo do número de partos cesarianos, o MS instituiu o PHPN através da Portaria nº 569, de 1/6/2000 (BRASIL, 2000). A OMS, ainda, recomenda que as cirurgias cesarianas devam ser feitas só em casos realmente necessários. A cesariana é considerada uma intervenção efetiva para proteger a vida da mãe e do recém-nascido, porém não deve ser uma prática eletiva e só deve ser realizada quando houver indicação. Caso contrário, a cesariana pode trazer complicações, como sequelas ou morte (OMS, 2015).

Para Matos (2013), com o advento da tecnologia, no Brasil e no mundo, a mulher, durante o processo de parto, passou a ser distanciada do seu lar e dos seus familiares, com consequente isolamento em uma sala de pré-parto, sendo um processo intensificado por medicações e rotinas cirúrgicas.

Há, ainda, no campo do partejo, a prática da violência obstétrica. Para Tessere colaboradores(2015),essa se configura através do uso de expressões de violência no parto, abuso obstétrico, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional no parto, entre outras.

Inúmeros foram os avanços e recomendações em relação à prática clínica no parto, o PHPN, por exemplo, trouxe orientações baseadas em evidências, com abordagens terapêuticas. Muito dos avanços surgiram em decorrência dessa política, como a inserção de um acompanhante de livre escolha da mulher, a qualificação das relações interpessoais entre profissionais e parturientes, a produção de espaços de construção de saberes e informações e a participação, autonomia e maior controle decisório da mulher sobre o seu corpo (VELHO *et al.*, 2012).

Com relação à humanização, Dias e Domingues (2005) argumentam que o parto humanizado efetivo se caracteriza por condutas que respeitem o processo fisiológico da mulher, sem intervenções desnecessárias. A lei nº 15.759 que assegura esse parto humanizado foi promulgada em 25 de março de 2015, garantindo o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a colaboração no processo de parturição, a RC tem lançando iniciativas que contribuem no processo gravídico-puerperal. Buscam-se, por meio de ações as mudanças necessárias no:

Processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê)(BRASIL, 2012, p. 15).

Para Freitas e seus coautores(2011), na passagem do período pré-parto para o parto, ocorrem mudanças progressivas e graduais na frequência e na intensidade contrátil. Na fase ativa do trabalho de parto, à medida que a dilatação progride, aumentam a intensidade e a frequência das contrações até o período expulsivo. Durante esse momento de transição da vida intrauterina para extrauterina ocorrem diversas alterações fisiológicas, tais como: alterações no padrão de trocas gasosas, alterações na atividade cardiovascular e no equilíbrio ácido básico (CHAVES, 2014).

Devido a isso, para Moreira e seus colaboradores(2014), os profissionais que assistem a mulher em trabalho de parto devem adotar medidas de assistência e adoção de cuidados que possibilite a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina com o mínimo de incômodos possíveis.

Uma das práticas adotadas é o contato pele a pele logo após o nascimento, esse contato precoce oportuniza o vínculo entre o binômio (MOORE, 2016; CETINKAYA, ERTEM, 2017). Logo, o contato da mãe com o filho é um importante ato de humanização.

O acompanhante é considerado também um agente do cuidado durante esse momento. É reconhecido como participante da aplicação de boas práticas (MONGUILHOTT, 2018). O acompanhante contribui para que as práticas de cuidados sejam aplicadas.

Foi instituído pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.”(BRASIL, 2005a, p.1). A presença do pai no pré-natal e no parto devem ser estimuladas durante o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar, sendo garantida por lei a presença de um acompanhante de escolha da mulher (BRASIL, 2012a).

A lei do acompanhante também é reforçada na lei do parto humanizado no plano individual de parto a gestante manifestará sua opção sobre a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante (BRASIL, 2015).

Conforme a lei preconiza, o acompanhante pode ser alguém próximo, família, amigo(a) ou a doula. Em 2019, foi sancionada a lei nº 8.129, de 7 de agosto. A lei estabelece nos art. 1º e 11º:

Art. 1º Os hospitais, maternidades, casas de parto e os estabelecimentos similares da rede pública e privada de saúde do Estado de Alagoas, ficam obrigados a permitir a presença de Doulas durante todo o período de trabalho em atos preparatórios ao parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitada pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos acima especificados. Art. 11. A Doula é de livre escolha da pessoa grávida e sua atuação independe da presença de acompanhante conforme já instituído pela Lei nº 11.108/2005, sendo a doulagem parte da atenção multidisciplinar à pessoa no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2019, p. 1).

Assim como doulas participam desse processo, os enfermeiros e obstetrias estão autorizados para a assistência aos partos normais sem distocia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso ocorram intercorrências, os profissionais mencionados deverão encaminhar a gestante para o profissional médico (BRASIL, 2012).

Como já foi mencionando, diversos elementos são primordiais para o sucesso no processo de parir. O ambiente, por exemplo, é também um importante fator nesse momento do ciclo gravídico. Assim, criou-se o conceito de ambiência, em que esta deve propiciar um lugar acolhedor, humano e resolutivo (BRASIL, 2006).

Em Alagoas, foi realizado um estudo voltado para analisar o funcionamento de 69 maternidades alagoanas. Com o tema Nascer em Alagoas: Dilemas e Perspectivas (SORIANO, 2003), feito em conjunto com a Sociedade Alagoana de Pediatria e a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com apoio da SESAU e da UNICEF. Foi observada uma realidade já esperada. Na cidade de Palmeira dos Índios, somente 50% dos partos eram acompanhados. Nas maternidades em Maceió, somente 3 contavam com um médico pediatra em tempo integral.

Sabe-se que, de fato, muito se tem feito para melhorar os índices alarmantes apresentados em Alagoas durante o ano de 2000. Contudo, ainda há exacerbada interferência no momento fisiológico do parto.

2.2.3 Puerpério e Atenção Integral à saúde da criança

O puerpério compreende o período de tempo entre seis a oito semanas após o parto, sendo subdividido em três momentos: (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (VIEIRA, BACHION, SALGE, MUNARI, 2010). Esses dias iniciais devem ser observados com atenção, pois é nesse momento que dificuldades poderão surgir em relação ao vínculo da díade ou na amamentação. Uma assistência integral e contínua implicará na identificação precoce desses achados e na ampliação da capacidade resolutiva para mãe e o recém-nascido.

As modificações internas e externas perpassam esse período traduzindo-se em constantes modificações emocionais e psíquicas, principalmente, por alterações hormonais, em hormônios esteroides e peptídicos torna-se um momento crucial para o cuidado continuado e integral (HENRY; SHERWIN, 2012; BRASIL, 2006).

Segundo Andrade (2015) muitas vezes, os profissionais tratam o ciclo gravídico-puerperal de forma não integrada, no entanto, para Hoffmann (2008), programas como o PAISM são capazes de visualizar a mulher como um ser completo que precisa ser observado em sua integralidade, e que deve ser assistida em sua completude, tanto em aspectos biológicos, como nas áreas social, econômica, histórica, política e cultural. Logo, o MS, através do PHPN, recolocou em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2006).

A rotina da mulher sofre alterações para adaptação a curto, médio e longo prazo. Na amamentação, as mulheres demonstram uma sobrecarga psicossocial, que pode ser resultado das condições ambientais e sociais relacionadas ao seu novo papel (PICCARDI, 2015). A remodelação desse novo processo desencadeia mudanças por todo o seu corpo, com finalidades adaptativas, podendo haver mudanças na cognição, sono, humor, emoções e comportamento (HOEKZEMA *et al.*, 2016).

Para atender ao princípio doutrinário da integralidade do SUS, o período do puerpério é atribuído a uma das áreas básicas de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012a), pelo motivo também da consulta puerperal ter baixa frequência na atenção primária à saúde, no Brasil, apesar de constituir uma das ações previstas no cuidado puerperal (BRASIL, 2006). A integralidade é um direito de saúde, logo, a sua prática é necessária. Por este motivo, torna-se essencial a prática de ações com integralidade no âmbito da saúde materno-infantil.

Esta visão é apoiada no âmbito da RC a qual preconiza a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia integrada em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN) (BRASIL, 2012a).

Em Alagoas, no ano de 2004, foi criado o documento “Agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” com o foco de disponibilizar informações possibilitando aos gestores e trabalhadores da saúde a organização do processo de trabalho e da rede de serviços de saúde oferecidos em todos os níveis de atenção, principalmente na primária (BRASIL, 2005b). Este documento foi implantado pelo MS em 2005.

Diversos pesquisadores tentaram avaliar o impacto dessa agenda em um município no interior de Alagoas, em sete das oito Unidades de Saúde da Família (USF) existentes, totalizando 87,5% da cobertura da ESF no município. Foi constatado que muitos dos profissionais não sabiam da existência desse material. Outro achado foi a não realização da visita domiciliar ao lar da puérpera e ao recém-nascido em até 72 horas após o parto (CARVALHAL *et al.*, 2013).

O caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco dispõe sobre práticas que contribuem para identificação de fatores de risco para o recém-nascido, com os seguintes critérios que devem ser avaliados pelo profissional de saúde:

O baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g); o recém-nascido que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento; histórico de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV); história de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita. Família residente em área de risco; o RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade); o RN de mãe analfabeta; o RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança; o RN de família sem fonte de renda; o RN manifestamente indesejado. Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica (BRASIL, 2012, p. 264).

As ações conjuntas de atenção ao puerpério e a atenção integral à saúde da mulher acarretaramna redução das taxas de mortalidade infantil, assim como inibirá o desdobramento de possíveis problemas psíquicos a saúde da mulher, de modo que esta seja realizada em tempo oportuno.

2.2.4 Sistema logístico: Transporte sanitário e Regulação

De acordo com a Portaria nº 1.459/2011, a RC deve ser implementada, gradativamente, em concordância com critérios epidemiológicos e com a observação de determinadas informações, tais como: TMI, RMM e a densidade populacional do local. Tendo em vista a solidificação da rede, o 4º componente da RC trata-se do sistema logístico: transporte sanitário e regulação, assim como os outros componentes, essa parte é crucial para a efetivação do programa (BRASIL, 2011a).

O processo de organização da RAS se constitui por meio de um conjunto organizativo de ações e serviços de saúde, composto por diferentes tecnologias, sendo combinadas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de potencializar a integralidade do cuidado (MENDES, E. 2011).

Dentre as RAS, a RC organiza-se para garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção centrado no pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico, que inclui o transporte sanitário e a regulação (BRASIL, 2011a). Este último componente da RC é responsável por garantir o acesso aos serviços citados.

Organizadas de modo sistemático, as RAS são definidas por Silva (2011) como uma malha que integra e interconecta os serviços de saúde de determinado território, organizados integralmente em sistemas. Para isso, é necessário que todo o sistema esteja devidamente articulado e adequado para atender o usuário e promover a saúde.

Segundo a portaria que instrumentaliza e orienta a RC cada componente contribui para sua permanência na rede materna de saúde infantil com um conjunto de ações de atenção à saúde, com as seguintes ações:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011a, p. 3).

No que diz respeito ao vínculo, o modelo “vaga sempre”, através da Lei 11.634/2007 (BRASIL, 2007), assegura que toda gestante tenha direito ao conhecimento e a vinculação prévia, durante pré-natal, à maternidade de referência no qual seu parto será

realizado, ou seja, ofertar segurança a gestante sobre qual unidade de saúde procurar na hora do nascimento de seu filho. Além disso, a construção do vínculo propicia o compartilhamento de sentimentos e dificuldades, possibilitando o processo educativo entre mãe, família e profissional de saúde (CARVALHAL *et al.*, 2013).

A vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro são ações da RC, tais iniciativas necessitam ser preconizadas para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção à mulher e a criança. Assim, a RC, por meio de suas ações prioriza a implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, integrando o direito de o acompanhante participar das práticas voltadas para o parto e nascimento (OLIVEIRA; CELENTO, 2015).

Ações como estas estão são primordiais nos quatro componentes estruturantes da RC, sendo o quarto componente: sistema logístico, transporte sanitário e regulação. A vinculação da gestante à unidade de referência é instituída por lei que organiza sobre a gestante ser atendida na sua unidade de referência territorial (BRASIL, 2011a).

Essa articulação precoce com a maternidade reduz a possibilidade de peregrinação da gestante no momento do trabalho de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014). Em um estudo realizado sobre a assistência ao pré-natal no Brasil, a peregrinação foi relatada por 16,2% das mulheres, esse resultado foi mais constante em mulheres residentes na região Nordeste (VIELLAS *et al.*, 2014). Autores desse mesmo estudo evidenciaram que, embora exista a lei, ela não é cumprida de forma satisfatória, referindo-se a lei 11.634/2007 (BRASIL, 2007), uma vez que o estudo demonstrou que das 23.940 mulheres entrevistadas, apenas o percentual de 58,7%, haviam recebido essa orientação.

A peregrinação aumenta consideravelmente os riscos de intercorrências ou complicações na parturição e até mesmo a morte materno-fetal, isso pode ocorrer quando a gestante busca por auxílio em mais de uma unidade de saúde, especialmente em casos mais específicos, como em gestantes previamente classificadas como de “alto risco clínico” ou obstétrico durante o pré-natal (MENEZES, *et al.*, 2006; SILVA, ALMEIDA, 2015).

Somado a isso, visando sanar os problemas existentes, há a regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências em Alagoas. A seguir, de acordo com o Plano Estadual 2016-2019 (PES, 2016) a distribuição de Leitos Neonatais (Quadro 3) nas maiores regiões de saúde, sendo 1º, 7º e 3º (região rural).

Quadro 3 - Distribuição de Leitos Neonatais por Região de Saúde no ano de 2015, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Região de Saúde	Município	Unidade	Tipo de leito	Quant. Existente	Ampliação Programada		
1º RS	Maceió	Maternidade Escola Santa Mônica	UTI	20	06		
			UCI	06	20		
			CANGURU	12	-		
		Hospital Prof. Alberto Antunes-HU	UTI	10	-		
			UCI	19	-		
			CANGURU	5	-		
		Hospital do Açúcar	UTI	5	4		
			CANGURU	-	-		
				Nossa Senhora da Guia	UCI	8	-
					UTI	-	10
CANGURU	-				5		
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	UCI			8	-		
Hospital Santo Antônio	UCI			14	-		
Rio Largo	Hospital IbGatto Falcão		UCI	8	-		

(Continua)

(Conclusão)

3º RS	União dos Palmares	Hospital São Vicente de Paulo	UCI	-	10
			CANGURU	-	4
7º RS	Arapiraca	Hospital Regional	UTI	10	-
			UCI	-	10
			CANGURU	5	-
		Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	CANGURU	3	-
		UCI	10	-	

Fonte: Adaptado: PES, 2016.

Em Alagoas, para garantir a atenção materno-infantil integral, o estado implementa várias medidas previstas no PES 2016-2019, dentre elas a vinculação da gestante. Em Alagoas, se faz por meio de uma estratégia para garantir assistência de forma regionalizada, evitando a peregrinação da gestante e a superlotação dos serviços de maior complexidade (PES, 2016).

Portanto, refere-se, ainda, a importância dos fóruns perinatais, que são encontros mensais realizados, no qual são fechados acordos éticos do estado com as instituições, conselhos de saúde, conselhos profissionais e sociedade, no que tange a saúde da mulher e das crianças (PES, 2016).

Nesses encontros criou-se o mapa de vinculação da gestante na 1ª e 7ª regiões de saúde pela gestão dos municípios de Maceió e Arapiraca, discutidas no Fórum Perinatal, nas Comissões Intergestores Regionais - CIRs, homologado em Resolução CIB. As demais regiões foram incluídas em planos de ação e registradas no Sistema de plano de ações das redes temáticas (PES, 2019).

Ainda de acordo com o PES (2016-2019), foi apresentada a distribuição dos leitos obstétricos (Quadro 4) de acordo com as regiões de saúde do estado de Alagoas. A seguir, uma demonstração sobre essa distribuição nas maiores regiões de saúde e a representação de uma região rural.

Quadro 4 - Distribuição de leitos obstétricos por Região de Saúde, segundo classificação do serviço no ano de 2015, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Região de Saúde	Município	Unidade	Classificação	Número de leitos disponíveis
1ª RS	Maceió	Hosp. Nossa Senhora da Guia	Ref. Risco Habitual	45
		Casa de Saúde Santo Antônio	Ref. Risco Habitual	50
		Hospital do açúcar	Ref. Risco Habitual	26
		Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	Ref. Risco Habitual	60
		Maternidade Escola Santa Mônica	Ref. Alto Risco	60
		Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Ref. Alto Risco	60
	Rio Largo	Hospital IbGatto Falcão	Ref. Risco Habitual	7
	Pilar	Maternidade Dr. Armando Lages	CPN	3
	Flexeiras	Unidade Mista de Saúde Elpídio Cavalcante de Albuquerque	Casa Parto	2
3º RS	União dos Palmares	Hospital São Vicente de Paulo	Ref. Risco Habitual	19
	Murici	Unidade Mista Dagoberto U. Lopes de Omena	CPN	3
	Ibateguara	Maternidade Mariano de Oliveira	Casa Parto	2

(Continua)

(Conclusão)

	Colônia Leopoldina	Unidade Mista Maria Loureiro Cavalcante	Casa Parto	2
	São José da Laje	Unidade Mista Drº Arthur Camelo Veras	CPN	3
7ª RS	Batalha	Unidade Mista Antônio Vieira Filho	CPN	6
	Craíbas	Casa Maternal Frei Damião	Casa Parto	2
	São Sebastião	Casa de Parto Normal N. Sra. da Penha	Casa Parto	2
	Lagoa da Canoa	Casa de Parto Normal N. Sra. Conceição	CPN	2
	Girau do Ponciano	Hospital José Enoque Barros	Casa Parto	2
	Arapiraca	Casa de Saúde e Maternidade N. Sra. de Fátima	Ref. Risco Habitual	37
		Hosp. Regional de Arapiraca	Ref. Alto Risco	25

Fonte: Adaptado: PES, 2016.

O SAMU cegonha oferece ao recém-nascido, que necessite de transporte e emergência, ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno (CARNEIRO, 2013).

Portanto, diversos fatores, programas e ações contribuem para o bem estar materno, fetal e infantil. No entanto, é válido ressaltar que a qualificação da assistência é resultado de uma boa estruturação dos serviços ofertados, como espaços físicos, equipamentos, recursos humanos e processos de trabalho.

2.3 Aspectos relacionados à morbimortalidade em recém-nascidos no Brasil e Alagoas

Com a concepção dos sistemas de informação, o Brasil tem organizado numerosos dados associados aos aspectos de morbimortalidade, que possibilitam monitorar o comportamento de doenças e agravos, mortalidade de forma ininterrupta, morbidade e fatores de risco na área de saúde materno- infantil, bem como coletar dados e produzir informações para a disposição de políticas públicas (DATASUS, 2020).

Para Assis e seus colaboradores(2019), a morbimortalidade está atrelada a diversos indicadores que são cruciais no direcionamento, estruturação e distribuição da RC em determinadas regiões, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a finalidade de redução dos indicadores em crescimento no Brasil ocorreram alterações da Portaria nº 1.459 de 24 de junho (BRASIL, 2011a) para Portaria nº 2.351, de 5 de outubro (BRASIL, 2011c). Dentre as orientações que estão na Portaria, para se obter um diagnóstico situacional, é necessário observar indicadores importantes que estão descritos no regimento vigente. Na matriz diagnóstica, descrita no anexo I, observamos que o 1º e o 2º grupo de indicadores de mortalidade de morbidade e indicadores de atenção, respectivamente, são compostos por:

1º grupo: Indicadores de mortalidade e morbidade: Incidência de sífilis congênita; Taxas de óbitos infantis (neonatais e pós-neonatal), Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária; Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo idade gestacional (IG) (<37 semanas), Porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados; Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados. 2º grupo: Indicadores de atenção: Número de nascidos vivos e porcentagem de gestantes com mais de 7 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, entre outros (BRASIL, 2011, p. 4).

A mortalidade infantil é um importante indicador para diagnosticar a situação de saúde na rede materno-infantil. Portanto, a formulação deles é pertinente pois permite a percepção da conjuntura instalada em determinada região, funcionando, assim, como uma base diagnóstica que possibilita o aumento efetivo das ações da Rede Cegonha, em observação dos fatores de risco encontrados (SILVA *et al.*, 2013).

Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, são mensuradas, isso pode refletir a qualidade da atenção à saúde das mulheres (FERRAZ,

BORDIGNON, 2012). Segundo Nascimento (2012), as condições de saúde na atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério também são retratadas, assim como, a quantidade de consultas, com captação precoce durante o pré-natal. Esses dados transparecem as condições associadas ao acesso e cobertura dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Outro indicador importante é o conhecimento da taxa de incidência de Sífilis Congênita (SC) presente em determinada região, isso oferece subsídios para avaliar a efetividade da Atenção Primária (AP). No estado de Alagoas, em 2014, a ocorrência da doença era crescente, tendo sido apresentado 412 casos de SC (PES, 2016).

A ocorrência de SC evidencia a clara efetividade da Atenção Primária, principalmente em relação a aspectos relacionados ao pré-natal. Ao contrário da situação ideal, a ocorrência da doença é crescente em Alagoas, tendo sido registrados em 2014, 412 casos, representando uma taxa de incidência de 8,0/1.000 NV, com a taxa aceitável de 0,5/1.000 NV (PES, 2016).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de série temporal, observacional com a utilização de informações secundárias a partir de dados coletados dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no site do Departamento de informática do SUS (DATASUS) e dados de domínio público do Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS. Os dados coletados são referentes ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018.

O desenho deste estudo possui um componente descritivo para observação das Taxas de Mortalidade Neonatal (TMN), Razão de Mortalidade Materna (RMM), quantidade de NV, idade média da mãe, casos de sífilis congênita em menores de 1 ano e quantidade de consultas realizadas no Pré-natal em Alagoas no período estudado; e um componente analítico, para análise de óbitos fetais por causas evitáveis, tendência do coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis logo após a implementação da Rede cegonha, nas 10 regiões de saúde de Alagoas, por meio da avaliação de impacto com base em dados de adequação (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

O estado de Alagoas, localizado na região Nordeste do Brasil é formado por 102 Municípios cuja capital é Maceió, e, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR, 2011), está dividido em dez Regiões de Saúde (RS) e em duas Macrorregiões de Saúde: Maceió e Arapiraca.

A adequação foi coletada neste estudo considerando que o número de consultas de pré-natal e adequação ao pré-natal indica, dentre outros fatores, o acesso aos sistemas de saúde durante a gestação. Os dados sobre o número de consultas de pré-natal, grau de instrução escolar da mãe, idade da mãe e adequação a quantidade de pré-natal foram extraídos do SINASC. As amostras selecionadas estão relacionadas aos NV e a mortalidade, no período de 2011 a 2018, por residência da mãe.

No Sistema de Informação e Mortalidade (SIM), foram selecionadas as informações sobre mortalidade neonatal por causas evitáveis, óbitos fetais segundo o tipo de parto e óbitos maternos. Os óbitos infantis (em menores de um ano) foram categorizados em: mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos de zero a seis dias de vida), mortalidade neonatal tardia (de sete a 27 dias de vida) e mortalidade pós-neonatal (de 28 dias a um ano de vida)(BRASIL, 2009).

Para observação de ações relacionadas às causas evitáveis, foi coletado no SIM sobre a taxa de óbitos neonatais por causas evitáveis e reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, taxa de óbitos neonatais por causas evitáveis e reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto e taxa de óbitos neonatais por causas evitáveis e reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido.

Considerando que o cuidado pré-natal inadequado é um fator importante para a incidência de casos de sífilis congênita (SC), constata-se a necessidade de analisar este indicador (MESQUITA, 2012). Os dados coletados referente aos casos de SC em menores de um ano e taxa de detecção são oriundos do Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS.

Após a consulta as informações nos sistemas, foram feitas tabulações no Microsoft Excel 2010 que, posteriormente, foram exportadas para o programa softwares *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para o processamento dos dados tabulados. No Excel, foram montados os gráficos e figuras com a síntese dos resultados. Para os cálculos das taxas, foi utilizado o número total da variável a ser analisada dividido pelo número total de NV no mesmo local e ano multiplicado por mil para a mortalidade infantil e por cem mil para a mortalidade materna.

Os resultados foram apresentados de acordo com os indicadores-chave para a implementação da Rede Cegonha: percentual de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natais e a consulta de puerpério, número de NV e as taxas dos tipos de parto (importantes indicadores de atenção à saúde) e as taxas de óbitos infantis e o número absoluto

de óbitos maternos por faixa etária (importantes indicadores de mortalidade)(BRASIL, 2011a).

Para observar se houve redução da tendência do coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis, foram calculadas as variações percentuais anuais (APC) através da modelagem pelo método de regressão *joinpoint*. Trata-se de um método de análise de tendências temporais, no qual o valor significativo referente à redução nesse estudo foi de $APC < 1$ (redução); $APC = 0$ (nula); $APC > 1$ (aumento) (ALMEIDA, 2014).

Avaliou-se a relação entre a quantidade total de óbitos por causas evitáveis, através de regressão múltipla. Neste método estabeleceu-se como variável dependente: causas evitáveis de óbitos; variável independente: reduzíveis pelas ações de imunização; reduzíveis por atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; reduzíveis por ações adequadas de promoção da saúde, vinculadas a ações de atenção à saúde; causas mal definidas e demais causas (não claramente evitáveis). Foram considerados estatisticamente significantes o valor de ($p < 0,05$).

Utilizou-se, ainda, *t student*, que consiste em um método de hipótese que avalia se há diferença significativa entre as médias de duas amostras, para avaliação do impacto do ano de 2016. Para avaliação do número de consultas durante o pré-natal, comparou-se a média de consultas realizadas antes de 2016 e após o ano de 2016. Valores de ($p < 0,05$) foram considerados estatisticamente significantes.

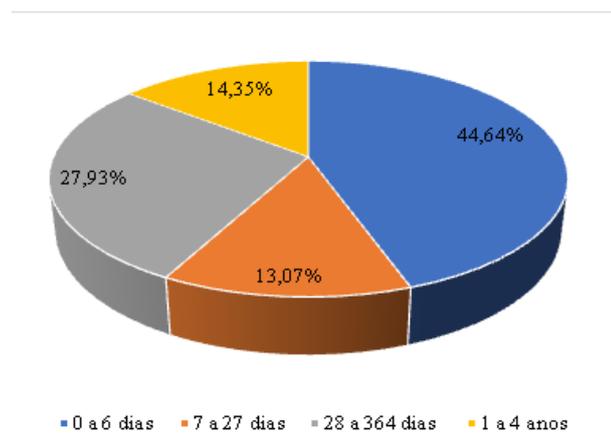
Por envolver somente análise de dados secundários de domínio público não foi necessário o encaminhamento para apreciação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL. Não obstante, em observância à legislação que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o estudo foi desenvolvido conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando os princípios éticos presentes nessa resolução.

4 RESULTADOS

O banco de dados do SIM registrou 6.080 óbitos em menores de um ano de mães residentes em Alagoas no período de 2011 a 2018. O SINASC, por sua vez, registrou 414.423 NV no período analisado. Com TMI de 14,67/1000 NV, média do TMI no período mencionado. Em 2011, observou-se um CMI de 18,99/1000 NV, com um recuo nos anos de 2016, 2017 e 2018, com taxas de 14,30/1000 NV, 13,40/1000 NV e 12,53/1000 NV, respectivamente.

De 2011 a 2018 foram registrados 414.423 NV e 1.983 óbitos por causas evitáveis em menores de um ano (período pós-neonatal) em Alagoas, dos quais 928(13,07%) ocorreram no período neonatal tardio e, destes, a maioria 3.169 (44%) constituída por óbitos neonatal precoce (Figura 3).

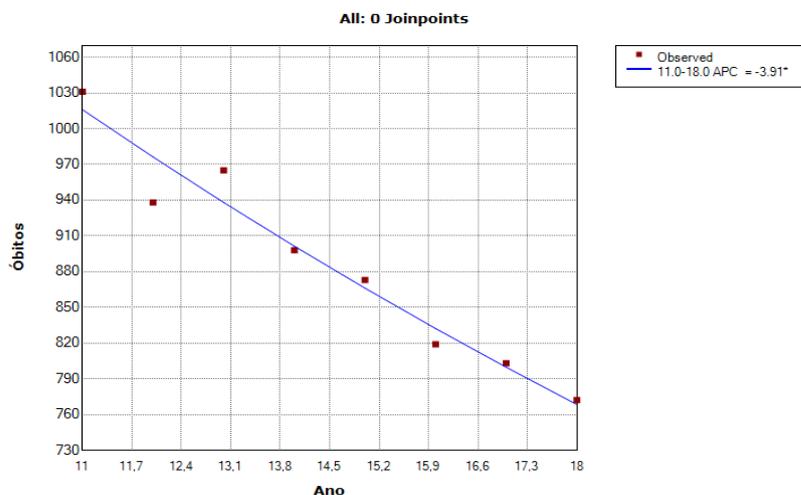
Figura 3 - Percentual de óbitos por causas evitáveis por faixa etária no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A análise da quantidade total de óbitos pelo método *joinpoint* representado na figura 4 apresentou uma queda entre 2011 e 2018, com pontos de inflexão.

Figura 4- Tendência do coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis, pelo método joinpoint no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.



Legenda: *Indica que a mudança percentual anual é significativamente diferente de zero no nível alfa = 0,05. Modelo final selecionado: 0 pontos de junção.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Em Alagoas, ao todo foram 414.422 atendimentos de consulta de pré-natal entre os anos de 2011 e 2018, em todas as 10 regiões de saúde do estado de Alagoas. No Nordeste ocorreram 6.634,837 consultas de pré-natal, das quais 414.422 (6,24%) ocorreram em Alagoas. A partir do ano de 2016 houve um aumento na quantidade de gestantes que realizaram 7 consultas ou mais na região nordeste. Na tabela 1, observa-se que, em 2016, houve um aumento na frequência de consultas, ou seja, ocorreu um aumento de gestantes que concluíram a assistência pré-natal com 7 ou mais consultas de pré-natal (26.949 atendimentos), com aumento de 8,25% entre os anos de 2011 e 2018. Observou-se, portanto, que o ano de 2016 foi um marco e, após este, todas as quantidades de consultas variaram de forma significativa. Pela análise, infere-se que as gestantes passaram a ter mais consultas de pré-natal (p valor = 0,041).

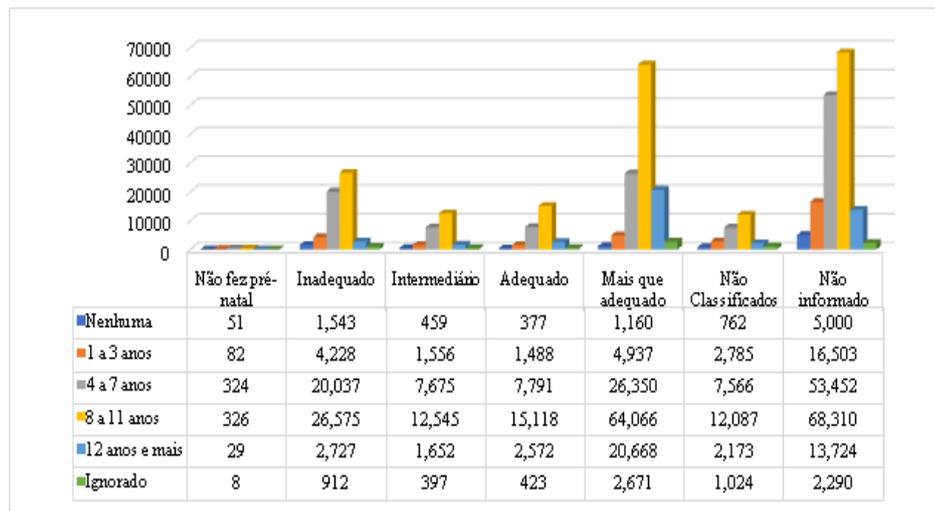
Tabela 1 - Aplicação de *t student* para avaliação do número de consultas durante o pré-natal no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Número de consultas	Ano	N	Média	Desvio-padrão	P valor
Nenhuma	>= 2016	3	19533,00	1582,534	0,004
	< 2016	5	31833,60	5045,776	
De 1 a 3 consultas	>= 2016	3	59298,00	3167,989	0,003
	< 2016	5	76645,80	7094,400	
De 4 a 6 consultas	>= 2016	3	227181,33	8557,080	0,003
	< 2016	5	285925,40	23431,285	
7 ou mais consultas	>= 2016	3	506108,33	34056,862	0,041
	< 2016	5	434464,80	35956,663	
Ignorado	>= 2016	3	4639,33	849,593	0,009
	< 2016	5	8041,80	1679,688	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Constatou-se através da análise que mães que possuem 8 a 11 anos de instrução escolar realizaram um pré-natal “mais que adequado” (Figura 5), correspondendo a 64,066. Em contrapartida, das que possuíam 12 anos ou mais de instrução, apenas 20.668 realizam o pré-natal “mais que adequado”.

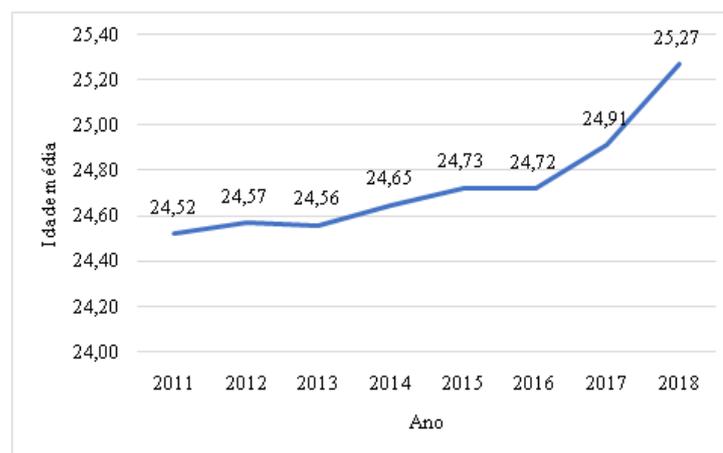
Figura 5- Instrução da mãe e adequação da quantidade de pré-natal por nascidos vivos, Alagoas, Nordeste, Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Observa-se no gráfico (Figura 6) a seguir uma idade média constante até o ano de 2016, logo após houve um crescimento na faixa etária de gestantes.

Figura 6 - Idade média da mãe no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

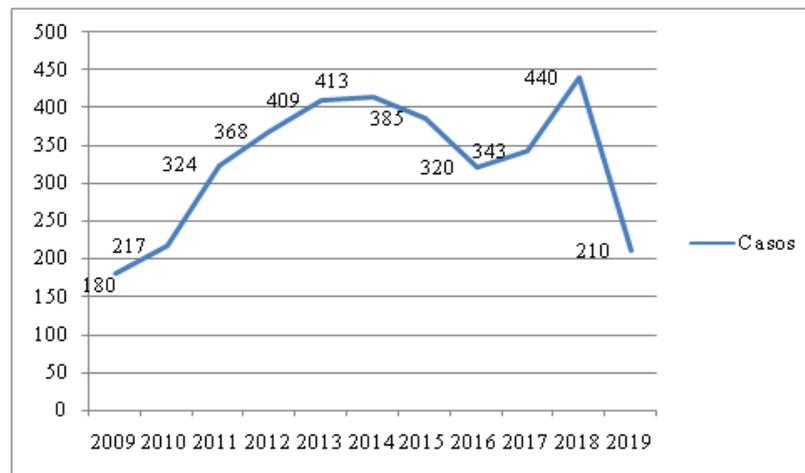


Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A figura 7 apresenta dados relativos aos casos de SC, que foram registrados entre os anos de 2011 e 2018. Constatou-se um pico de 440 casos em 2018, com taxa de detecção de 8,7/1000NV. Observou-se que desde a implantação da RC, os casos de SC diminuíram a partir de 2013. Entretanto, obteve-se um aumento expressivo na taxa de detecção da SC, com

taxas de 7,8(2013); 8,0(2014); 7,4(2015); e em 2016 taxa de 6,6/1000NV quando comparado ao ano de 2009, com taxa de detecção de 3,2/1000NV.

Figura 7- Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Observa-se, conforme a tabela 2, no período de 2011 a 2018, foram registrados 234 óbitos maternos em Alagoas, resultando em uma taxa de mortalidade de 56,46 óbitos para cada 100.000 NV. A maior taxa registrada em 8 anos se deu em 2014, com 104,12/100.000 NV, havendo uma tendência à redução, uma vez que, em 2015, a Razão de mortalidade materna (RMM) foi de 57,40/100.000 NV. Observa-se que, para cada ano, houve oscilações na RMM. Em 2017 houve uma queda significativa da RMM, com valor de 32,21 (6,83%), sendo a menor taxa de RMM desde 2011.

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

ANO	Óbitos maternos		RMM
	n	%	
2011	28	11,96%	51,58

2012	24	10,25%	44,21
2013	31	13,24%	59,06
2014	54	23,07%	104,12
2015	30	12,82%	57,40
2016	25	10,68%	51,90
2017	16	6,83%	32,21
2018	26	11,11%	49,52
TOTAL	234	100	56,46

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A correlação entre o tipo de parto e óbitos fetais evidencia que morreram mais fetos por via vaginal, do que por parto cesáreo (Quadro 5). Houve um declínio constante no número de óbitos fetais por via vaginal em 2016. Nos anos anteriores, entre 2000 e 2010, a soma dos óbitos anuais por via vaginal era de 5.680, após a implantação da RC, houve uma redução de até 42,71%(representa 3.254 casos) nos casos de óbitos fetais por via vaginal. A mesma trajetória ocorreu com os óbitos por parto cesáreo, em que houve declínio de 12,87%.

Quadro 5 - Correlação de óbitos fetais, segundo tipo de parto no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Ano do nascimento	Vaginal		Cesárea		Ignorado	
2011	24.127*		29.949		205	
Óbitos/%	447	1,85%	183	0,61%	54	26,34%
2012	22.461		29.895		154	
Óbitos/%	455	2,03%	179	0,60%	47	30,52%
2013	22.818		29.516		154	
Óbitos/%	436	1,91%	184	0,62%	54	35,06%
2014	23.382		28.356		121	

Óbitos/%	403	1,72%	182	0,64%	66	54,55%
2015	24.627		27.525		105	
Óbitos/%	425	1,73%	197	0,72%	54	51,43%
2016	22.078		26.005		81	
Óbitos/%	311	1,41%	182	0,70%	30	37,04%
2017	22.991		27.293		84	
Óbitos/%	362	1,57%	172	0,63%	39	46,43%
2018	24.209		28.270		17	
Óbitos/%	415	1,71%	196	0,69%	20	117,65%
TOTAL	3.254	63,89%	1.475	28,96%	364	7,14%

Legenda: * Quantidade de nascidos vivos no ano correspondente.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Por análise de regressão há significância estatística, quando o p-valor encontrado é menor do que o definido para o estudo. Observou-se valores significativos quanto causas múltiplas à atenção à mulher no parto ($p=0,011$), ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção ($p=0,024$) e causas mal definidas ($p=0,01$).

Tabela 3 - Análise por regressão das causas evitáveis de óbitos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Causa	Regressão	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Reduzíveis por ações de imunização	0,669	1,50	1,51	0	4
Reduzíveis pela atenção à mulher na gestação	0,056	169,63	21,68	138	203
Reduzíveis pela adequada atenção à mulher no parto	0,011	75,13	12,88	56	91
Reduzíveis pela adequada atenção ao recém-nascido	0,069	202,75	21,95	167	242
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	0,075	83,00	16,63	67	109
Reduzíveis por ações adequadas de promoção da saúde, vinculadas a ações de atenção à saúde.	0,024	91,25	25,32	60	143
Causas mal definidas	0,01	9,50	5,93	3	22
Demais causas (não claramente evitáveis)	0,184	254,63	23,13	227	297

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A seguir, consta na Tabela 4, as relações de distribuição de recursos, profissionais e leitos para a rede de saúde materno- infantil, no período estudado. Houve um significativo aumento das razões, quando em comparação ao ano (2011) da implantação da RC. Com destaque para o fornecimento de enfermeiro-obstetra/100.000 hab., que passou de r: 3,58 em 2011 para r: 7,64 em 2018.

Tabela 4 - Oferta de recursos, profissionais e leitos no período de 2011 a 2018, Alagoas, Nordeste, Brasil.

Indicador	2011	2018
Razão ginecologista-obstetra por 100 mil habitantes	17,44	22,91
Razão enfermeiro-obstetra por 100 mil habitantes	3,58	7,64
Leitos obstétricos por mil habitantes	1,00	0,74
Recém Nato Normal por mil nascidos vivos	0,79	0,80
RN Patológico por mil nascidos vivos	0,50	0,86
Conjunto para RN por mil nascidos vivos	9,19	7,73

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

5 DISCUSSÃO

Desde 1990, inúmeras ações têm sido implantadas para que houvesse a diminuição do CMI e, com grandes esforços para isso, tem-se reduzido consideravelmente em todo o mundo. No entanto, isto não ocorre de maneira uniforme em todas as regiões brasileiras, acentuando-se a desigualdade social (CARETI, 2014; FARIA, 2016).

Embora o CMI em Alagoas esteja maior que o nacional, Alagoas apresentou melhores resultados na mortalidade materna. Com isso, infere-se que a saúde da mulher tem sido priorizada em detrimento da atenção à saúde do recém-nascido.

De acordo com Mariano e Marta (2018), estados como Norte e Nordeste possuem, historicamente, os menores IDH e os maiores índices de CMI do país. Ainda em 2011, no

estado de Alagoas, o CMI foi de 18,99%/1000NV comparando ao estado do Piauí situado na região Nordeste, por exemplo, obteve o CMI de 16,9%/1000 NV, no mesmo ano. Entretanto, ainda assim, persistem as disparidades ao observar as informações para as regiões, estados e municípios (MARIANO; MARTA, 2018). Deste modo, é importante observar que os altos índices de CMI associados ao baixo número de IDHs são indicadores de que a saúde da mulher nessas regiões ainda precisa receber mais atenção por parte dos profissionais de saúde.

Durante análise das taxas ao longo dos anos, nota-se que houve um importante recuo do CMI em Alagoas nos anos de 2016, 2017, 2018, porém evidencia-se que a taxa ainda está acima da média nacional que, em 2018, foi de 12,4%/1000 NV (IBGE, 2018), comparado ao ano de 2017 em Alagoas, que foi de 13,40%/1000 NV. Dados estes que foram resultados de uma projeção intitulada: “A tábua de mortalidade projetada para o ano de 2017” expôs que para cada 1000 nascidos, aproximadamente 13,8 deles não completaram o primeiro ano de vida e para ambos os sexos a TMI era de 12,8/ 1000 NV (ALBUQUERQUE; SENNA, 2005).

Conforme mostrado na figura 3, identifica-se que entre os anos de 2011 e 2018, os óbitos neonatais ocorreram em sua maioria no período de 0 a 6 dias, sendo considerado um óbito neonatal precoce 3.169 (44%). Esta informação corrobora com outros estudos em que a ocorrência prevalente dos óbitos no período neonatal precoce, chega a cerca de 53,0% dos óbitos infantis, com destaque para os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de vida, acompanhando a característica dos países “em desenvolvimento” (BRASIL, 2014).

Em consonância com esses dados, autores afirmam que existem motivos relacionados ao maior índice de mortalidade neonatal, quando comparado com outras faixas etárias. Tal fato é descrito por Teixeira e autores parceiros (2019) como as três principais causas da mortalidade neonatal, sendo: síndrome da angústia respiratória, imaturidade extrema e muito baixo peso ao nascer, são classificadas como causas evitáveis quando é proporcionado uma adequada atenção na gestação.

Utilizou-se o método *joinpoint* para identificar com relativa precisão, o comportamento das curvas de mortalidade, a sua magnitude, direção e inflexões, depois da implantação de uma intervenção, propondo efeito sobre o evento (FRIAS *et al*, 2010). Após o uso desse método, foi identificada uma queda entre 2011 e 2018, com pontos de inflexão, conforme o exposto na figura 4. Assim, capacitar os profissionais dos níveis de atenção para o reconhecimento dos fatores que reduzam a mortalidade mostra-se como um caminho para melhorar a adesão de boas práticas durante o período gravídico-puerperal, a fim de minimizar os dados sobre mortalidade.

Em um estudo realizado recentemente para avaliar o impacto da RC no Coeficiente de mortalidade neonatal (CMN) evitável, foi observado, ao utilizar o método de regressão *joinpoint*, que houve redução acentuada destes coeficientes, particularmente, o Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (CMNP), assemelhando aos dados deste estudo (Figura 4). Houve também uma redução expressiva do CMN após a implantação da RC. Sendo assim, a análise mostrou que os CMN evitáveis apresentaram acentuada tendência de queda no Estado de Pernambuco (LIMA; BRAGA; VANDERLEI *et al.*, 2020). Sendo um importante indicador relacionado à atenção em saúde durante o parto e puerpério.

Uma importante ação estratégica inserida na RC é a quantidade de consultas que a gestante compareceu durante o pré-natal. Como observado na tabela 1, houve um aumento significativo a partir do ano de 2016 nas gestantes que realizaram 7 consultas ou mais no estado. Este momento ocorre devido à criação do PES 2016-2019, que intensificou as ações da RC no âmbito da Rede de saúde materno infantil em Alagoas. O plano explicitou os compromissos do governo para a saúde dos alagoanos e foi construído, a partir da análise situacional e do perfil epidemiológico, com base nas necessidades de saúde da população do estado de Alagoas (PES, 2016).

De acordo com dados da SESA(2011), o relatório Saúde Alagoas demonstrou que, no ano de 2000 aproximadamente 19,9% das gestantes alagoanas não tinham acesso a nenhuma consulta antes do parto. Em 2011, a realização de sete ou mais consultas era de 39,85%, o percentual de 2018 chegou a 65,21% em 2018. Por isso é importante que as gestantes tenham acesso a uma rede onde sintam-se acolhidas, e, que essa rede esteja atenta as mudanças fisiológicas, psíquicas e emocionais decorrentes da gestação.

Embora a presente pesquisa não tenha evidenciado a relação da quantidade de consultas de pré-natal com óbitos neonatais, autores destacam, desde muito antes da implantação da RC, a importância da qualidade da assistência para identificação precoce das gestantes de risco (JOBIM, 2008), e a não efetivação do pré-natal aumenta o risco para perdas fetais, óbitos infantis e baixo peso ao nascer (RAMOS; CUMAN, 2009; CARNIEL *et al.*, 2008).

Ainda em relação ao pré-natal, outro importante fator é a instrução da mãe em relação a uma adequada atenção ao pré-natal. De acordo com a figura 5 evidenciou-se que mães que possuíam entre 8 e 11 anos de instrução realizaram o pré-natal mais que adequado, correspondendo a 64.066 mulheres. Em contrapartida, das que possuíam 12 anos (ensino superior) ou mais de instrução, apenas 20.668 realizaram o pré-natal mais adequado.

Em uma pesquisa realizada com mulheres paraibanas, observou-se que, quanto maior o grau de instrução, mais tarde essas mulheres terão a primeira gestação, ou seja, a quantidade de mulheres gestantes com a escolaridade maior é reduzida (IBGE, 2013). Em outras pesquisas de abrangência nacional, a adequação do pré-natal se destacou em mulheres com um grau de instrução maior (DOMINGUES *et al.*, 2015).

A escolaridade é um fator de análise, visto que as mulheres que possuíam até 8 anos de escolaridade, geralmente, realizavam menos pré-natais. Fato este que pode estar relacionado com empregos de baixa remuneração e carga horária excessiva, consequentemente, as mulheres trabalhavam mais e não compareciam aos serviços de saúde.

Portanto, um maior grau de instrução e a melhor condição socioeconômica possibilitam as gestantes um entendimento adequado das informações que envolvem o momento da gestação, resultando em uma correta utilização dos serviços disponibilizados. Corroborando assim, com associações estatísticas encontradas (SOARES; SCHO, 2013).

Além do grau de instrução, há evidência científica acerca da idade da mãe que se tornou gestante. Na Figura 6 deste estudo, observou-se uma idade média constante de 24 anos até o ano de 2016, logo após houve um crescimento na faixa etária das gestantes que a passou a ser de 25 anos. Em um estudo qualitativo vinculado à pesquisa Nascer em Sergipe ressaltou-se que a peregrinação no anteparto foi menos frequente entre as mulheres com idade ≥ 20 anos (MENDES *et al.*, 2019).

As ações realizadas durante o pré-natal classificam previamente pacientes classificadas como casos de alto risco clínico ou pré-natal de baixo risco. O programa “vaga sempre” preconizado pela RC reduz a peregrinação no anteparto, diminuindo a probabilidade de adequação dos serviços encontrados a suas necessidades (SILVA; ALMEIDA, 2015; MENEZES *et al.*, 2006). Esse direcionamento para o local adequado possibilita a redução de altas taxas de mortalidade infantil, visto que a vinculação existente entre a gestante e a unidade, minimiza complicações que possam ocorrer no trajeto a unidade.

No que se refere ao pré-natal, SC é uma doença importante que deve ser observada, pelo fato ser um indicador sentinela da qualidade prestada no pré-natal. Por meio desta vigilância, será possível medir esforços para desfechos favoráveis (OLIVEIRA *et al.*, 2019). A SC constitui um grave problema de saúde pública, trata-se de uma doença de evolução crônica e de abrangência mundial (BRASIL, 2018). O conhecimento precoce da SC possibilita o tratamento em tempo oportuno e redução de sequelas ao RN.

Conforme apresenta a figura 7, os casos de SC tiveram queda no ano de 2013, com expressivo aumento das taxas de detecção quando comparada aos anos anteriores. Observou-

se, portanto, que desde a implantação da RC, os números de casos da SC reduziram, porém ainda não são satisfatórios. Essas informações são analisadas por autores que justificam que esse resultado pode estar relacionado com a ampliação nacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois ela possibilitou uma ampliação da oferta de serviços de saúde no Brasil, sendo o pré-natal um importante componente na rede de saúde materno-infantil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016)

Em Alagoas, com meta de controle do crescimento da curva, a Programação Estadual de Saúde (PES) buscou uma redução de casos em 10% no período de 2016-2019. Concomitantemente, a Programação Anual de Saúde (PAS) 2018 do estado também estabeleceu como meta uma redução de 2,5% na incidência de SC (ALAGOAS, 2018).

Em um estudo realizado recentemente, que teve por objetivo avaliar a taxa de notificação da SC em Alagoas, identificou-se que o estado de Alagoas continua distante de alcançar a meta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de eliminação da SC como problema de saúde pública (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Esses autores, ainda justificam que existe precariedade na assistência durante o pré-natal. A meta de alcance proposta para a redução da incidência de SC na América Latina era de 0,5 casos/1.000 NV até 2015 (OPAS, 2011).

Nesse estudo, evidenciou-se uma grande oscilação na RMM em Alagoas. A RMM foi calculada pelo número de óbitos maternos, por 100 mil NV de mães residentes em determinado espaço geográfico, no período de estudo considerado (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). A RMM em Alagoas, correspondente ao período de 2011 a 2018, é de 56,46/100.000 NV, como se apresenta na tabela 2. O maior coeficiente foi registrado no ano de 2014, com 104,12/100.000 NV.

No município de Minas Gerais, os resultados se assemelham aos encontrados nesta pesquisa, pela tendência à redução da RMM, quando, entre 2005 e 2015, ela foi de 71.054/100.000 NV (MARTINS; SILVA, 2018). As RMM podem estar associadas a ausência de cuidados necessários, boas práticas e cuidados obstétricos adequados. Nesse sentido, as mulheres deveriam ser informadas sobre os benefícios do parto normal e encorajadas para conduzir e ter autonomia sobre sua parturição.

Para Dias e colaboradores (2014), a mortalidade materna permanece como um grande problema de saúde pública, sendo um importante indicador de saúde da mulher. Existem ainda muitas lacunas na identificação desses óbitos, visto que há um inadequado preenchimento das declarações de óbitos e subnotificações (BRASIL, 2007).

Em comparação mundial com a RMM de outros países, no Brasil, as taxas são de 72,3 mortes maternas por 100.000 NV, enquanto que, em outros países desenvolvidos são vistos valores como no Canadá, com a RMM de 12/100.000 NV e Estados Unidos 21/100.000 NV. Dados alarmantes são encontrados, por exemplo, na África subsaariana, com 500 mortes por 100.000 NV (PAHO, 2010).

Em Alagoas, os óbitos maternos por causas obstétricas diretas chegaram a 73,50%, entre 2011 e 2018, corroborando com estudos realizados em outro estado brasileiro, como Bahia (62,8%), este grupo relaciona-se às gestantes com maior vulnerabilidade social e que não tiveram uma adequada assistência na gestação (CARVALHO *et al.*, 2016).

Com a implantação da RC entre os anos de 2011 e 2012, buscou-se a qualificação do cuidado materno-infantil no Brasil, concomitante, objetivou-se a redução dos óbitos maternos, esperava-se, portanto, uma redução temporal da mortalidade materna no estado de Alagoas (DE LA TORRE; NIKOLOSKI; MOSSIALOS, 2018). Entretanto, estudos revelam que Alagoas não apresentou mudança temporal (2010-2016) da mortalidade (DUARTE, *et al.*, 2020), embora a taxa tenha reduzido insuficientemente a RMM de 51,58/100.000 NV (2011) para 49, 52(2018).

Apesar disso, programas e iniciativas voltados para a saúde materno-infantil têm esbarrado em entraves no seu percurso, tais como: questões de qualidade no atendimento pré-natal, parto e puerpério. De certa forma, esses serviços estão sobrecarregados devido às limitações de capacidade do sistema e a ausência de integração entre os serviços de saúde materna (DIAS *et al.*, 2014).

Em um estudo sobre o perfil epidemiológico da mortalidade materna, Martins e Silva (2018) justificam os altos índices de óbito materno as altas taxas de cesariana. Em Alagoas, a taxa de cesarianas compreende o percentual de 54,72%, o que poderia justificar o número de óbitos no período estudado. Nesse mesmo estudo, a cesárea foi realizada em 38,8% dos partos. Autores ainda afirmam que, o nascimento por cesárea, comparado ao parto vaginal, está relacionada a mortalidade materna e neonatal (DINIZ *et al.*, 2016).

O MS, em 2015, apresentou dados referentes ao parto cesáreo e normal, com percentuais de 40% e 84%, respectivamente (ECKSTEIN, 2015). Além da taxa de cesáreas, o óbito fetal é um indicador de saúde que deve ser avaliado para analisar qual o tipo de assistência obstétrica que está sendo oferecida em todo o processo gestacional (LIMA *et al.*, 2017).

Neste estudo, em relação ao óbito relacionado ao tipo de parto, destacou-se, com maior prevalência o parto vaginal (63, 89%) em relação à cesariana (28,96%). Em um estudo

recente, foi observado que, ao realizar a análise de dados dessa natureza, deve-se levar em ponderação que, quando o feto é natimorto e, quando o diagnóstico é feito intraútero, a via de parto preferencial é a normal (GIRALDI *et al.*, 2019). Tal fato pode explicar a crescentes taxas nos óbitos por via vaginal encontradas neste estudo.

O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Silva *et al.* (2020), em um estudo realizado no estado do Maranhão, no qual houve um alto percentual de casos de óbitos fetais relacionados ao parto vaginal (64%). Ainda assim, afirma Barros *et al.* (2019) que os partos cesáreos estão associados ao risco de morbimortalidade materna e neonatal em curto e longo prazo.

Há outros estudos que evidenciam uma diminuição da mortalidade materna e perinatal, quando se constata a necessidade de uma cesariana, no entanto ao serem realizadas sem o devido critério podem ocorrer piora nos indicadores (XIE, 2015).

De fato, percebe-se que, há uma vasta gama de estudos que divergem sobre a escolha preferencial da via de parto. Levando em conta a relação risco-benefício, existem estudos que reforçam que cesariana traz menos morbidade ao feto em relação ao parto vaginal, principalmente, em pré-termos, sendo discutida a segurança do feto no momento de escolha da via de parto (BERGENHENE GOUWEN *et al.*, 2014).

Contudo, como afirma Câmara (2016, p. 4): “Sem qualquer temor, a cesariana deve ser indicada sempre que houver qualquer indício ou ameaça de dano ao binômio materno-perinatal. Se, em épocas pretéritas, ‘morrer de parto’ era um fato corriqueiro, nos dias atuais, é inconcebível e inaceitável a morte de uma mãe em decorrência da gestação-parto-puerpério”.

Quanto aos óbitos por causas evitáveis (Tabela 3), este estudo evidenciou por meio da análise de regressão ($p < 0,05$), quatro principais causas múltiplas, tais como: à atenção à mulher no parto ($p = 0,011$), ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção ($p = 0,024$), causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação ($p = 0,05$) e causas mal definidas ($p = 0,01$).

No estudo de Teixeira (2019) foram identificadas causas evitáveis que corroboram com este estudo cujo autor associou categorias de peso ao nascer. Provavelmente, cerca de um em cada quatro óbitos com peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$ seria reduzido por adequada atenção à mulher no parto, enfatizou-se que os óbitos reduzíveis estavam associados a menores de 1.500g . Conforme este estudo, a categoria das demais causas não claramente evitáveis também foi encontrada. Relacionada a essas causas, Teixeira e seus colaboradores (2019)

alega que existem indicativos da necessidade de melhorias na assistência ofertada ao binômio mãe-filho.

No que se refere à oferta de recursos humanos e físicos (Tabela 4), houve um significativo aumento das razões, quando em comparação ao ano da implantação da RC. Com destaque para a disponibilidade de enfermeiro-obstetra, que passou de r: 3,58 (2011) para r: 7,64 (2018). Em relação aos leitos obstétricos, conforme preconizado pelo MS (r: 0,28 por mil habitantes), a quantidade encontrada neste estudo denota que os leitos estão devidamente distribuídos, pois se observa uma r: 1,0/1000 hab. (2011), e em 2018 r: 0,74. Esses achados se identificam com estudos de Lima *et al.* (2020), que demonstrou r: 0,28/1000 hab.

A razão ginecologista-obstetra encontrada foi de 17,44(2011) e 22,91(2018) por 100.000 hab. Entretanto, no estudo de Lima *et al.* (2019) foi apresentado um número (r: 25/100.000hab.) adequado de profissionais ginecologista-obstetra.

6 CONCLUSÃO

Evidenciou-se neste estudo que o Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes apresentaram declínio no período estudado no Alagoas, porém ainda estão acima da média nacional. Observou-se, contudo, que a maioria dos óbitos poderia ser evitado, através de ações adequadas na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, em ações a promoção à saúde e ao recém-nascido, apontando, assim, a necessidade de melhoria da assistência ofertada ao binômio (mãe-filho). O óbito neonatal precoce foi o mais registrado, visto que há diversas comorbidades relacionadas a essa faixa etária, se comparado ao óbito infantil.

Constatou-se que após a divulgação do PES 2016-2019, houve um grande impacto nas ações de saúde voltadas para rede materno-infantil. A partir do ano de 2016, a quantidade de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas na região nordeste aumentou, fato importante que se contrapõe ao ano 2000 em que o acesso a esses serviços era reduzido. Este estudo constatou, ainda, que nos casos de SC houve um declínio constante ao longo dos anos, porém recentemente no ano de 2018, obteve um aumento, não apresentando mudança temporal no período estudado. Ainda, constatou-se que os óbitos fetais se sobressaíram no parto vaginal em comparação ao parto cesáreo. Mas, ainda assim, as altas taxas de cesáreas e a alta mortalidade materna, apresentadas nesta pesquisa, designam para a necessidade de melhorar a qualidade da atenção pré-natal e da assistência ao parto.

Diante da metodologia proposta, percebe-se que o trabalho alcançou os dados necessários para análise do impacto da Rede Cegonha, corroborando com outras literaturas existentes sobre o tema. Infere-se que a RC potencializou ações de saúde no âmbito da saúde materno-infantil, porém ainda há lacunas a serem preenchidas.

Embora se tenha utilizado dados secundários, um fator limitante, por motivos da fidedignidade e da completude dos registros, acredita-se que o presente estudo possa contribuir para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil. De modo que, incentive para futuros estudos em relação ao tema, auxiliando no planejamento de ações mais efetivas, programas de avaliação de ações de saúde, bem como na elaboração de políticas que auxiliem na reestruturação e melhoria da assistência oferecida nas 10 regiões de saúde de Alagoas.

REFERÊNCIAS

- ARTMANN, E; RIVERA, F.J.U. **Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa**. In. Deslandes, S.F. (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*, RJ: Editora Fiocruz, 2006. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 205-231.
- ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Programação Anual de saúde 2018**. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/transparencia/observatorios/observatorio-das-despesas-publicas-da-saude/monitoramento-da-saude/programacao-anual-de-saude-pas/> Acesso em: 8 de set. 2020.
- ALBUQUERQUE, F. et al. Tábuas de Mortalidade por Sexo e Grupos de Idade - Grandes e Unidades da Federação – 1980, 1991 e 2000. Textos para discussão, Diretoria de Pesquisas, **IBGE**, Rio de Janeiro, v. 161, n. 20, 2005. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv5851.pdf>. Acesso em: 26 de set. 2020.
- ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 de mar de 2020.
- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, v.19, n1, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181. Acesso em: 8 de set. 2020.
- ANDRADE, P. O. N, et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de abr. 2020.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Acesso em: 25 de out. 2018.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.1, p.169-173, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100169&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de mar. 2020.
- ASSIS, T. R. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Rev. Eletron Comum Infnov Saúde**. v. 13, n. 4, p. 843-53, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38751/2/14.pdf> Acesso em: 13 de ago. 2020.
- BARBEIRO, F.M.S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v.49, n.22, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-

89102015049005568.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2020. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005568

BARROS, P. S.; AQUINO, É. C.; SOUZA, Marta R. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 12, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100209&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2020. Epub 31-Jan-2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000714>.

BERGENHENEGOUWEN, L.A.; MEERTENS, L.J.E.; SCHAAF, J, et al. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. **Eur J ObstetGynecolReprodBiol**, v. 172, p. 1-6, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24199680/>. Acesso em: 20 de set. de 2020. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.10.017

BHUTTA, Z. A. et al. As intervenções disponíveis podem acabar com mortes evitáveis em mães, bebês recém-nascidos e natimortos, e a que custo? **Lancet**, v. 384, n.9940, p. 347-70, 2014. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24853604/>. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL. lei nº 8.129, de 7 de agosto de 2019. Garante o direito a presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no estado de alagoas, e dá outras providências, 2019. Disponível em: https://sapl.al.al.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/1638/lei_no_8.129_de_7_de_agosto_de_2019_1.pdf. Acesso em: 8 de set 2020.

_____. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério:atenção qualificada e humanizada - manual técnico. 3ª Ed. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2006.

_____. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 13 de jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. Reimp. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 13 de jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília: **O Ministério**; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**: IPEA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. (Série B- Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília; 2018**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 22 de setembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: **Editora MS**, 2004.

_____. Ministério da Saúde, DATASUS. **Estatísticas vitais - mortalidade e nascidos vivos Brasília**; 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/indicadoresdesaude/estatisticasvitalis>. Acesso em: 10 de mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Redes prioritárias. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**; 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 1 de abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: **Ministério da saúde**, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ>. Acesso em: 10 de abr. 2020

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/ MS, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 30 de abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04. Brasília, DF, 2004b.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n 67, 8 de abr. 2005a. Seção 1, p.1.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 1 de abr. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Série, Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); **Ministério da Saúde**; 2004b. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-2100201800020012300012&lng=en. Acesso em: 10 de jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela Redução da mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 10 de jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7167201800050252700008&lng=en. Acesso em: 26 de set. 2020.

_____. Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências, 2015. **Portal da Legislação**. Disponível : <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>. Acesso em: 25 de ago. 2020.

CÂMARA, R. et al. Cesariana a pedido materno. **Rev. Col. Bras. Cir**, v.43, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>. Acesso em: 24 de set. 2020.

CARETI, C.M.; SCARPELINI, A.H.P.; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Rev. Eletr. Enf**, v.16, n. 2, p. 352-60, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20321/17252> Acesso: 03 de setembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.20321>.

CARLO, W. A.; TRAVERS, C. P. Maternal and neonatal mortality: time to act. **J. Pediatría**, v. 92, n.6, p:543-5, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543&lng=pt&nr Acesso em: 15 de jun. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.08.001>.

CARNIEL, E. F, *et al.* Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Rev. bras. Epidemiol.** v.1, n.1, p.169-79, 2008. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 de set. 2020.

CARVALHO, L.R.O., *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil entre 1998 e 2012 na microrregião de Barbacena. **Rev. Interd.Est.Experi.**, v. 8, n.único, p.15-22, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/24026>. Acesso em: 27 de set. 2020.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180126429001>. Acesso em: 10 de jun. 2020.

CARVALHAL, L. *Met. al.* AGENDA de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas, **Rev. Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 26, n. 4, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3119/0>. Acesso em: 20 de jun. 2020.

CETINKAYA, E.; ERTEM, G. The effects of skin-to-skin contact on maternal-preterm infants: a systematic review. **J. Educ.Res.Nurs.**, v. 14, n.2, p.167-75, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5222/HEAD.2017.167>. Acesso em: 15 de ago. 2020.

CHAVES, R.L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad.Saúde Pública**, v. 30, p.14-6, 2014. Disponível em: http://periodicos.fiocruz.br/index.php?q=pt-br/fc_print/publicacao/16117. Acesso em: 15 de ago. 2020. //dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114

COSTA, N.R. Inovação, Política, Distributivismo e Crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007. Acesso em: 10 de jul. 2020.

CUNHA, M.A.O. Análise da política rede cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015. 2011. Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – **Fundação Oswaldo Cruz**, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23678/2/2017cunha-mao.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020

DATASUS. Estatísticas vitais - mortalidade e nascidos vivos [**Internet**]. Brasília; 2020. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/indicadoresdesaude/estatisticasvitais>. Acesso em: 10 de mar. 2020.

DATASUS - Departamento de informática do SUS. Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) 2011-2018. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc.def>. Acesso em: 18 de fev. 2020.

DARIPA, M.*et al.* Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. **Rev.Paul.Pediatr.**, V. 31, n.1, p. 37-45, 2013. Disponível em [:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822013000100007&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822013000100007&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 de jun. 2020.

DE LA TORRE, A.*et. al.* Equidade de acesso às intervenções de saúde materna no Brasil e na Colômbia: um estudo retrospectivo. **International Journal for Equity in Health**,v.17, n. 43, 2018. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/87994>. Acesso em: 20 de ago. 2020.

DIAS, J. M. G. *et al.* Mortalidade Materna, **Revista Médica de Minas Gerais**, v.25, n.2, 2014. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 25 de out. 2018. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.

DINIZ, C.S.G., *et al.* Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **J.Hum.Growth Dev.**, v.26, n.1, p.33-40, 2016. Disponível: <https://doi.org/107322/jhgd.113712>. Acesso em: 20 de set. 2020.

DINIZ, C.S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, p.2, n.313-326, 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14348>. Acesso em: 02 de abr. 2020.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e saúde coletiva**, 2005. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.

DOMINGUES, R.M.S.M.; *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.3, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt/>. Acesso em: 21 de set. 2020.

DUARTE, E.M.S. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 20, n. 2, 2020. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200575&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em:20 de ago. 2020.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com a assistência ao parto no Brasil: uma pesquisa nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf> Acesso em: 27 de set. 2020.

ECKSTEIN, I. Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar, 2015 In: Ministério da Saúde. Blog da Saúde [Internet]. Brasília: **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34963-ministerio-da->

saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar. Acesso em: 20 de set. 2020.

FARIA, R.; SANTANA, P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. **Saúde soc.**, v. 25, n. 3, p.736-749, 2016. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300736&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 03 de set. 2020.<https://doi.org/10.1590/s0104-12902016147609>.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 671-681, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400010>.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.36, n.2, p. 527-38, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

FERRARI, R.A.P. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da região sul do Brasil. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.47, n.3, p.531-538, 2013. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/417/847>. Acesso em: 27 out. 2020.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

GAIVA, M. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. **Revista Texto contexto – enferm**, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400318&lng=en&tlng=en. Acesso em: 27 out. 2020.

GIRALDI, L. M. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 55, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>. Acesso em: 19 de set. de 2020.

GOLDENBERG, R.L.; MCCLURE, E, M. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. **Matern Health NeonatolPerinatol**, v.1, n. 3, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276238059_Maternal_fetal_and_neonatal_mortality_Lessons_learned_from_historical_changes_in_high_income_countries_and_their_potential_application_to_low-income_countries. Acesso em: 7 maio 2020.

HABICHT, J.P.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int J Epidemiol**, v. 28, n. 1, p.10-8, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10195658/>. Acesso em: 27 out. 2020.

HENRY, J.; SHERWIN, B. Hormônios e funcionamento cognitivo durante o final da gravidez e pós-parto: um estudo longitudinal. **BehavNeurosc.**, v.126, n.1, p.73-85, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21928875>. Acesso em: 8 set.2020.

HILL, Z.; KIRKWOOD, B.R.; EDMOND, K. Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591501.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2020.

HOEKZEMA E, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. **Nature Neurosci.**, v. 20, n. 2, p. 287-296, 2016. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/311761152_Pregnancy_leads_to_long-lasting_changes_in_human_brain_structure. Acesso em: 01 jun. 2020.

HOFFMANN, I. C. A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal [dissertação]. **Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Federal de Santa Maria; 2008. Disponível em:
<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7309/IZABELCRISTINAHOFFMANN.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 set. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Ciclos de vida e antropometria, 2013, v. 3. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

_____ – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas vitais – **Brasil**: 2011-2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>. Acesso em: 26 set. 2018.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. In: Editora da Universidade Estadual Paulista. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1994.

JOBIM R, AERTS D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 179-87, 2008. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000100018&script=sci_abstract&tlng=PT. Acesso em: 25 set. 2020.

JUNIOR, R; NOGUEIRA, R. P. et al. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Disponível em:
[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf). Acesso em: 15 de março de 2020.

KASSAR, S.B. Mortalidade neonatal em Maceió-AL: evolução e fatores de risco, 2010. Pós-graduação (Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) – **Universidade Federal de Pernambuco**, 2010. Disponível em:
https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9126/1/arquivo1470_1.pdf. Acesso em: 7 jun. 2020.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004. Available

from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p.192-207, 2014. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso&tlng=PT.
 Acesso em: 02 abr. 2020.

LEISTER, N.; RIESCO, M, L, G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p.166-74, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

LEITE, A.C.M.N.T; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.705-714, 2009. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020

LIMA, K.J. *et al.* Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10ª Região de Saúde do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n.1, p. 30-37, 2017. Disponível em:<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5944/0>. Acesso em: 21 set. 2020.

LIMA, S.S.; BRAGA, M.C.; VANDERLEI, L.C.M. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2020000205011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2020.

LIMA, M.C.B.M. *et al.* A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-desigualdade-espacial-do-baixo-peso-ao-nascer-no-brasil/12111?id=12111>. Acesso em: 1 abr. 2020.DOI:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800029>.

MAIA, M.B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, 2010. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso: 15 jun. 2020.

MARTINS, A.C.S, SILVA, L.S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev.Bras.Enferm**, v.71, p.677-83, 2018. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700677&script=sci_abstract.
 Acesso em: 26 set. 2020.

MATOS, G.C.; ESCOBAL, A.P. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **J.Nurs. UFPE online**. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979595>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MARIANO, J. L.; MARTA, F. Eficiência na redução da mortalidade infantil: uma análise para os municípios da região Nordeste. 2018. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/documents/160445/3572566/EFICI%C3%80NCIA+NA+REDU%C3%87%C3%83O+DA+MORTALIDADE+INFANTIL+-+UMA+AN%C3%81LISE+PARA+OS+MUNIC%C3%8DPIOS+DA+REGI%C3%83O+NO+RDESTE.pdf/a187da6f-0fa6-9522-ce5c-3f0e82e5f995>. Acesso em: 03 set. 2020.

MARQUES, C.P.C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

MEDEIROS, V.A.B. *et al.* Perfil da mortalidade neonatal em alagoas no período de 2008 a 2017. **Rev. Ciência plural**, v. 5, n. 2, p. 16-31, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021746>. Acesso em: 27 out. 2020.

MENDES, E.V. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2011. Disponível em [://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](http://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: 10 mar. 2020.

MENDES, R.R. *et al.* Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. **Rev. de Saúde Pública**, v. 53, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100258&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2020.

MENEZES, D. *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n3/553-559/>. Acesso em: 5 maio 2020.

MESQUITA, C. C. Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6121/2/21.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

MESQUITA, K.O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/02/r24-1-2012-7.Analise-dos-Casos-de-Sifilis-Congenita.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

MERCADANTE, O. A. A Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7514>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MONGUILHOTT, J.J.D.C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034->

89102018000100200&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>.

MOORE, E.R.; *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 11, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885658/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MOREIRA, M.E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 30, p128-39, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019. Acesso em: 15 ago. 2020.

NASCIMENTO, R.M.; LEITE, A.J.M, ALMEIDA. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 559-72, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300016&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 7 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The Millennium Development Goals Report 2015**. New York, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2015.html>. Acesso em: 20 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 10 ago. 2020.

OLIVEIRA, E.M.; CELENTO, D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 07, n.1, p. 33-38, 2016. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/87/49>. Acesso em: 3 maio 2020.

OLIVEIRA, T.F.; FELIX, I.C.G; SOUZA, C.D.F; MACHADO, M.F. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em alagoas (2008-2017). **Saúde Meio Ambient.**, 2019, v. 8, p. 237-247. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/87#:~:text=A%20estat%20C3%A9gia%20busca%20uma%20mudan%C3%A7a,mulher%20seu%20direito%20de%20ser> Acesso em: 22 set. 2020.

Pan American Health Organization (PAHO). 2010 Situation Analysis: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington (DC): **PAHO**; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandates-and-strategies-1&alias=15893-2010-situation-analysis-elimination-mother-to-child-transmission-hiv-congenital-syphilis-americas-2011-893&Itemid=270&lang=en Acesso em: 20 out. 2020.

PASCHE, D.F. *et al.* Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Cien. Saude Colet.**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. v. 9779, n. 377, p.1778-97, 2011. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 21 de Mar de 2020.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, Maceió-AL, 2016. Disponível: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MA_Planos%20de%20saude%202016-2019.pdf. Acesso em: 25 Mar 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico, 2013, ed 1, Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 10 jun 2020.

PHISKE, M.M. Current trends in congenital syphilis. **Indian J.Sex.Transm.Dis.**, n. 35:12, p.20, 2014. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24958980/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PICCARDI, L. *et al.* Deficits in visuo-spatial but not in topographical memory during pregnancy and the postpartum state in an expert military pilot: a case report. **BMC Res. Notes**, v. 7, n.1, p. 524, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138368/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Rev.Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n.1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, v. 3, n.2, p.297-304, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DE ALGOAS (SESAU). Rede Cegonha: Alagoas é o primeiro estado a cumprir as etapas do MS, Maceió-AL, 2012. Disponível em: <https://www.alagoas24horas.com.br/528575/rede-cegonha-alagoas-e-o-primeiro-estado-a-cumprir-as-etapas-do-ms/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano diretor de regionalização (PDR), 2011. ALAGOAS. **Superintendência de Planejamento e Participação Social**. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Diretor-Regionalizacao-2011.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2020.

_____. Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Análise da Situação de Saúde. Maceió: **Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas**, 2011. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Diretor-Regionalizacao-2011.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

_____. Taxa de mortalidade infantil em Alagoas ainda supera a média nacional. Redução dos indicadores depende de investimento na qualidade do pré-natal, parto e pós-parto. **Org. Regina Carvalho**, Maceió-AL, 2019. Disponível: <https://d.gazetadealagoas.com.br/cidades/210846/taxa-de-mortalidade-infantil-em-alagoas-ainda-supera-a-media-nacional>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil), **C, CiênciaSaúde Coletiva**. 16(6), p. 69-87, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SILVA, C.M.C.D, *et al.* Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.3, p.547-56, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300012>. Acesso em: 5 maio 2020.

SILVA, L.S.R. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico dos óbitos fetais de gestantes residentes em um município do estado do Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020, v. Sup., n.45. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3113.2020>. Acesso em: 13 set. 2020.

SILVA, A.L.S.; ALMEIDA, L.C.G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. Salvador, v.2, n. 2, 2015. Disponível em <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Viv%C3%A0ncia-de-mulheres-frente-%C3%A0-peregrina%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto-v.2-n.2.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOARES, V.M.N.; SCHOR, N. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. **Cien. Saude Colet.**, v. 18, n. 4, p. 1041-50, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400017&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400017>.

SORIANO, C. F. R. *et al.* **Nascer em Alagoas: Dilemas e Perspectivas**. 1. ed. Maceió: Edufal - Editora da Universidade Federal de Alagoas, 2003. v. 1, Ed. 1, p.120.

TEIXEIRA, J.A.M. *et al.* Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.28, n.1, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100303&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 de setembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100006>

TESSER, C.D *et al.* “Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1- 12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 04 out. 2020.

UNICEF *et al.* Levels & Trends in Child Mortality: Report 2015 - Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York (USA): **UNICEF**, 2015. Disponível em:

http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

UNICEF et al. United Nations Children's Fund (UNICEF). Situação Mundial da Infância 2009. Saúde Materna e Infantil. Brasília- DF: UNICEF, 2008. Disponível em: <http://crianca.mppr.mp.br/pagina-1441.html>. Acesso em: 18 fev.2020

UNICEF BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Acesso: 30 jul. 2020.

UNICEF. Avanços e Desafios: A Redução da Mortalidade Infantil em Alagoas. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/avancos_e_dasafios_mortalidade_alagoas.pdf/view. Acesso em: 15 de abril de 2020.

VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**, v.12, n.2, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200157&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2020.

VILLAR, J. *et al.* WHO Antenatal Care Trial Research Group. Who Antenatal Care Randomised Trial For The Evaluation of A New Model Of Routine Antenatal Care. **J.Lancet**, v. 357, n.9268, p. 1551-1564, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11377642/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

VELHO, M.B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.2, p. 458-66, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200026&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2020.

VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 15, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. Acesso em: 13 maio 2020.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p. 83-9, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 8 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100013>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/. Acesso em: 7 jun 2020.

XIE, R.H. *et al.* Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries. **Birth**, v. 42, n. 1, p. 62-9, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25597509/>. Acesso em: 20 set. 2020.