

Superintendência da Região do Litoral Leste/Jaguaribe

Aprova o Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – Rede Alyne.

RESOLUÇÃO Nº 05/2025 – CIR LITORAL LESTE JAGUARIBE

A Comissão Intergestores Regional – CIR Litoral Leste Jaguaribe, no uso de suas atribuições legais e considerando:

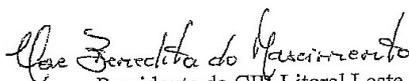
1. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
2. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
3. Portaria GM/MS nº 5.340, de 5 de setembro de 2024, alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. A nova portaria regulamenta o financiamento do Programa Rede Alyne, que visa garantir o cuidado integral à gestante e ao bebê;
4. A Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne;
5. A Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne;
6. A Portaria GM/MS Nº 5.530, de 21 de outubro de 2024, que autoriza o repasse de recursos referentes aos exames de pré-natal da Rede Alyne;
7. A Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024, que autoriza, no âmbito da Rede Alyne, o repasse de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para financiamento do Componente Parto e Nascimento, aos pontos de atenção habilitados;
8. Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS das Secretarias de Atenção Primária à Saúde e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde sobre a Rede Alyne.

RESOLVE:

Art.1º. Aprovar o Plano de Ação Regional (PAR) da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe da Rede Alyne, 2025 a 2027, conforme o **Anexo** desta Resolução.

Art.2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Limoeiro do Norte, 27 de fevereiro de 2025


Presidente da CIR Litoral Leste Jaguaribe
Superintendente Regional de Saúde

Mere Benedita do Nascimento
Superintendente Região
Litoral Leste Jaguaribe
Matrícula 301498-1-5


Vice - Presidente da CIR Litoral Leste Jaguaribe
Vice - Presidente Regional do COSEMS

IANNY DE ASSIS DANTAS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PORTARIA Nº 004/2017
01/01/2017



**PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL DA
REGIÃO DE SAÚDE DO LITORAL LESTE/JAGUARIBE
PAR - REDE ALYNE**

(PERÍODO 2025 – 2027)

**Limoeiro do Norte
2025**

Governador do Estado do Ceará

Elmano de Freitas da Costa

Secretária Estadual da Saúde

Tânia Mara Silva Coêlho

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional- SEADE

Lauro Vieira Perdigão Neto

Coordenadora de Atenção Especializada e Redes de Atenção à Saúde-CORAS

Rianna Nárgilla Silva Nobre

Célula de Atenção Materno- Infantil- CEMAI

Ana Amélia Lins Cavalcante

Superintendente Regional do Litoral Leste/Jaguaribe- SRLES

Mere Benedita do Nascimento

Assessor Especial

José Iranilson de Oliveira Gomes

Coordenadora da Área Descentralizada de Saúde de Aracati

Magda Maria Cardoso Nogueira da Silva

Coordenadora da Área Descentralizada de Saúde de Russas

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Coordenadora da Gestão do Cuidado Integral à Saúde–COGEC/SRLES

Jussara Santos Vieira

Coordenadora da Regulação, Avaliação e Monitoramento – CORAM/SRLES

Chiara Lubich Medeiros de Figueiredo

Coordenadora da Vigilância em Saúde–COVIS/SRLES

Vanuza Cosme Rodrigues

Coordenador Administrativo-Financeiro- COAFI/SRLES

Samuel do Vale Freitas

Assessora Técnica Regional de Saúde

Joana D'arck da Silva Maurício

Elenúbia Magalhães Miranda

Assistentes Técnicos e Financeiros Regionais de Saúde

Francisco Cláudio da Silva

Marluce Angélica Andrade Maia

Equipe de Elaboração do Plano de Ação/SRLES

Alice Maria Tavares Cavalcante

Ana Abília Bezerra Leão

Chiara Lubich Medeiros de Figueiredo

Danicleide Maia Paiva

Deuzesley Silva Xavier

Elenúbia Magalhães Miranda
Elisângela Maria Rodrigues Pinheiro
Enilda Gamas Pessoa Araújo
Filipe Vidal Nogueira de Sena
Graziella Iara Silva
Ivonete Pereira Cavalcante Vieira
José Iranilson Oliveira Gomes
José Pascoal da Silva Júnior
Josianne Alves de Freitas Maia
Jussara Santos Vieira
Magda Maria Cardoso Nogueira da Silva
Manoela Moura de Sousa
Marcia Lúcia de Oliveira Gomes
Maria das Graças dos Santos de Ávila
Maria Marta Andrade de Sousa Oliveira
Mere Benedita do Nascimento
Patrícia da Silva Xavier
Samara Dávila Lima Nogueira
Solange Regina dos Santos Silva
Vanuza Cosme Rodrigues
Virgínia Maria Moura Remígio Peixôto

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa demonstrativo do quantitativo populacional, por município, Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, 2022.....	18
Figura 2 - Pirâmide etária da população da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe no ano de 2010 e 2020.....	21
Figura 3 - Mapas demonstrativos das Unidades de Suporte Avançado e Básico na Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, Fortaleza, Ceará, 2025.....	58
Figura 4 - Implantação de Núcleo Regional e Municipais de EPS.....	78
Figura 5 - Desenho da Rede de Atenção Materna e Infantil - Rede Alyne.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil demográfico da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, 2025.....	19
Tabela 1- População residente por município e sexo da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, 2025.....	20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços existentes na Atenção Primária a Saúde da Região– RSSLJ, 2024.....	46
Quadro 2 - Serviços ofertados nas Policlínicas Consorciadas, RSSLJ, 2025.....	49
Quadro 3 - Serviços Especializados Municipais na Atenção Materna e Infantil, na RSSLJ, 2025.....	50
Quadro 4 - Pontos de Atenção Hospitalar da Rede Materno Infantil, Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, 2024.....	52
Quadro 5 - Municípios que realizaram maiores quantitativos de partos, na RSSLJ, no período de 2019 a 2024.....	53
Quadro 6 - Partos de alto risco por raça/cor na RSSLJ, no período de 2019 a 2024.....	53
Quadro 7 - Quantidade de leitos clínicos e cirúrgicos existentes e necessários, na RSSLJ, 2025.....	54
Quadro 8 - Pontos de Atenção da Rede Materna e Infantil, habilitados pelo Ministério da Saúde, na RSSLJ, 2025.....	54
Quadro 9 - Estimativas de gestantes de risco habitual e alto risco, segundo Município, Área Descentralizada e Região de Saúde– 2025.....	56
Quadro 10 - Pleito do Componente Pré-natal-Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco- AGPAR, na RSSLJ, 2025.....	64
Quadro 11 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Centro de Parto Normal na RSSLJ, 2025.....	66
Quadro 12 - Pleito do Componente Parto e Nascimento: Maternidade ou Hospital Geral com leitos obstétricos (cirúrgicos e clínicos) com habilitação para gestação e puerpério de alto risco (HGPARG) na RSSLJ, 2025.....	69
Quadro 13 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Unidades de Cuidado Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) na RSSLJ, 2025.....	71
Quadro 14 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) na RSSLJ, 2025.....	72
Quadro 15 - Pleitos do Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (A-SEG) na RSSLJ, 2025.....	73
Quadro 16 - Pleitos do Componente: Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança- Banco de Leite Humano- BLH na RSSLJ, 2025.....	75
Quadro 17 - Pleitos do Componente Sistema Logístico- Complexo Regulador e Transporte Inter-hospitalar na RSSLJ, 2025.....	76
Quadro 18 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução (DOMI)....	79
Quadro 19 - Proposta de Indicadores- Componente Pré- Natal.....	80

Quadro 20 - Proposta de Indicadores- Componente Parto e Nascimento.....	83
Quadro 21 - Proposta de Indicadores- Componente Saúde da Criança e Puerpério.....	86

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 DESCRIÇÃO DA GOVERNANÇA DA REDE ALYNE.....	14
3.1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR).....	14
3.2 COMITÊ DE APOIO À GOVERNANÇA REGIONAL (CGR).....	15
3.3 COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.....	15
3.4 COMISSÃO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.....	16
3.5 GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL – REDE ALYNE.....	16
3.6 GRUPO CONDUTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	16
4 ANÁLISE SITUACIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE	17
4.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	17
4.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS.....	18
4.3 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA MATERNA E INFANTIL DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE.....	22
5 ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS EXISTENTES, DE REFERÊNCIA LOCAL E REGIONAL.....	45
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	46
5.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	47
5.3 ATENÇÃO HOSPITALAR.....	51
6 ESTIMATIVAS DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL E DE ALTO RISCO NA RSLIJ.....	55
7 PAPEL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) NA REDE MATERNO INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DO LITORAL LESTE JAGUARIBE.....	57
8 ORGANIZAÇÃO DOS PLEITOS NA REGIÃO DE SAÚDE DO LITORAL LESTE JAGUARIBE- PAR/REDE ALYNE.....	60
8.1 COMPONENTE PRÉ-NATAL.....	60
8.2 COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO.....	65
8.3 COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	73

8.4 COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO.....	75
9 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	77
10 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO (DOMI).....	79
REFERÊNCIAS.....	89

APRESENTAÇÃO

As políticas públicas em saúde da mulher têm sido um tema central no cenário brasileiro, refletindo a importância da equidade de gênero e do acesso universal aos serviços de saúde. Ao longo das últimas décadas, o Brasil tem testemunhado uma série de iniciativas governamentais e da sociedade civil voltadas para a promoção do bem-estar feminino e o enfrentamento de questões específicas relacionadas à saúde da mulher. Essas políticas visam garantir que as mulheres tenham acesso adequado a serviços de saúde reprodutiva, prevenção de doenças, assistência obstétrica e ginecológica, além de promover ações de educação em saúde e prevenção da violência de gênero (Raposo; Mascarenhas; Costa, 2021).

A atenção à saúde da mulher engloba uma variedade de dimensões que visam garantir o bem-estar físico, mental e emocional das mulheres em todas as fases de suas vidas. Isso inclui cuidados relacionados à saúde reprodutiva, como planejamento familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento pré-natal e assistência ao parto. Além disso, envolve a promoção da saúde materna e neonatal, com foco na redução da mortalidade materna e infantil, através de ações de prevenção, diagnóstico precoce e cuidados obstétricos de qualidade (Negraes; Barba, 2022). Lançada em 2011, a antiga rede cegonha ampliou o cuidado às mulheres durante a gestação e o parto. Atualmente, o Ministério da Saúde compromete-se a fortalecer a rede para enfrentar desafios históricos na assistência à gestante, especialmente entre a população em maior vulnerabilidade social, por meio das Portarias GM/MS Nº 5.349 e 5.350, lançadas em setembro de 2024, as quais dispõem sobre o financiamento e a Rede Alyne, respectivamente.

A Rede Alyne destaca em suas principais inovações, a integração entre maternidade e Saúde da Família; ampliação do Complexo Regulatório do SUS com equipe especializada em obstetrícia; integração da rede para evitar a peregrinação das gestantes e assegurar vagas para atendimento com prioridade para mulheres em situação de deslocamento para maternidades. A Rede Alyne pode ser um recurso essencial para melhorar a saúde das mulheres. Ela pode desempenhar um papel crucial na promoção de saúde, prevenção e atendimento especializado de diversas formas.

O Plano de Ação- PAR Rede Alyne, será uma ferramenta poderosa na transformação da saúde da mulher na Região de Saude Litoral Leste/Jaguaribe, oferecendo acesso a cuidados de saúde de qualidade, promovendo a prevenção e conscientização, e proporcionando suporte às mulheres em todas as fases de sua vida.

1 INTRODUÇÃO

O estudo do perfil de mortalidade de uma população é um importante instrumento para subsidiar o planejamento de ações de saúde, assim como, a elaboração de políticas públicas que visem à melhoria da situação de saúde. Desta forma, a Vigilância dos Óbitos Prioritários tem como objetivo qualificar, monitorar e analisar os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), maternos, infantis, fetais e com causas básicas mal definidas (Ceará, 2023).

Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devido quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais (Saúde, 2023).

A RSLRJ apresenta variação na série histórica quando se analisa esses óbitos, passando de 29,75 (02 óbitos) em 2017 para 110,88 (07 óbitos) em 2021. Percebeu-se um aumento da razão de mortalidade materna em 2021. A Covid-19 também impactou nessa taxa, tendo o registro de dois óbitos nas gestantes/puérperas relacionadas a esse agravamento (Saúde, 2023).

No ano de 2023, a Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe apresentou um total de 8 (oito) óbitos maternos, 65 (sessenta e cinco) óbitos infantis e 70 (setenta) óbitos fetais, evidenciando a importância de estratégias de prevenção desses óbitos. Essas mortes podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que seja garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde (Saúde, 2009). Ressalta-se que a problemática do vazio assistencial para o parto de alto risco na Região de Saúde contribuiu para a mortalidade materna, uma vez que não tem a garantia da vinculação e oportunidade de acesso ao parto de alto risco (Saúde, 2023).

A organização da Rede Alyne na região, visa atender os problemas de saúde materno e infantil de forma resolutiva e eficiente, necessitando considerar o perfil epidemiológico e as ocorrências dos eventos que levam a desfechos negativos para a sociedade e principalmente para o binômio mãe-filho. Possibilita o provimento contínuo de ações e serviços de saúde voltados a atenção à saúde materna e infantil, promove a articulação com os distintos pontos de atenção à saúde e a organização da capacidade instalada da região de saúde.

A Rede Alyne é constituída pelos seguintes componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema Logístico, Sistema de Apoio e Sistema de Governança (Brasil, 2024).

Considerando todos esses componentes, demonstraremos nesse plano, como está organizada a rede assistencial na região, desde o nível primário até o terciário, demonstrando nesse último, uma fragilidade acentuada pelo vazio assistencial na área materno-infantil de alto risco, tendo que esse público ser referenciado para Fortaleza, capital do Ceará, causando com isso uma grande sobrecarga para a rede assistencial situada naquele município.

Para atender a demanda reprimida se faz necessário, a expansão da disponibilização dos serviços ofertados do Hospital Regional Vale Jaguaribe (HRVJ) com intuito de contribuir com a assistência da alta complexidade na área materno-infantil da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe. Por último, será explicitado nesse documento, os pleitos que foram definidos pelos gestores, de implantação de serviços e o impacto financeiro na Região.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Ordenar a organização da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne), no âmbito da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, com vistas à adoção de um modelo de cuidado humanizado e integral à saúde da gestante, parturiente, puérpera e criança na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir a implementação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede Alyne, na Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe;
- Colaborar na integração dos diferentes níveis de atenção, fortalecendo a governança da RAS no SUS;
- Contribuir na implantação do modelo de atenção à saúde materna e infantil, permitindo a redução das desigualdades loco-regionais e étnico-racial;
- Apoiar e fortalecer a implantação/adequação de novos serviços estratégicos na Rede, em conformidade com a legislação vigente;
- Fortalecer a regulação médica na região, com estruturação de equipes especializadas no atendimento materno e infantil tanto no serviço ambulatorial como no serviço hospitalar;
- Garantir transporte inter-hospitalar com equipe qualificada para gestante, puérpera e recém-nascido que necessite de cuidados de maior complexidade ou intensidade;
- Monitorar e avaliar os serviços prestados na atenção à saúde materna e infantil, com vistas ao fortalecimento da Rede Alyne na Região.

3 DESCRIÇÃO DA GOVERNANÇA DA REDE ALYNE

A governança na região de saúde refere-se ao conjunto de processos, estruturas e normas que orientam a tomada de decisões e a gestão dos serviços de saúde. Seu papel é fundamental para garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente, que as políticas de saúde sejam implementadas de forma eficaz e que a qualidade dos serviços prestados à população seja mantida.

A governança envolve a participação de diferentes atores, como governos, instituições de saúde, profissionais da área e a comunidade. Ela busca promover a transparência, a responsabilidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, uma boa governança é essencial para a coordenação entre os diversos níveis de atenção à saúde, assegurando que as necessidades da população sejam atendidas de maneira integrada.

Os gestores do SUS, nas regiões de saúde devem coordenar o ambiente de governança que não deve ser praticada apenas no fórum da Comissão Intergestores Regional – CIR, uma vez que precisam fazer parte dela os atores governamentais e não governamentais situados no território e integrados em propósitos comuns.

Na Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe são identificados como atores e espaços de governança na Rede Alyne:

- Comissão Intergestores Regional(CIR);
- Comitê de Apoio à Governança Regional, Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
- Comissões Municipais de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
- Grupo Condutor da Rede Alyne e Grupo ;
- Condutor da Planificação da Atenção à Saúde.

3.1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR)

A Comissão Intergestor Regional (CIR) é um espaço de articulação e negociação entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma determinada região. Seu principal objetivo é promover a integração e a cooperação entre os diferentes níveis de gestão da saúde, como municípios e estados, para garantir a efetividade das políticas de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

O papel da CIR na região de saúde é fundamental, pois ela atua na coordenação de

ações e na definição de estratégias que visam à organização da rede de atenção à saúde. Isso inclui a discussão e a pactuação de recursos, a implementação de programas e serviços, e a busca por soluções conjuntas para os desafios enfrentados na área da saúde..

3.2 COMITÊ DE APOIO À GOVERNANÇA REGIONAL (CGR)

O Comitê de Apoio à Governança Regional é a instância colegiada de apoio à Comissão Intergestores Regional (CIR) para efeitos de monitoramento, acompanhamento e elaboração de propostas objetivando garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, observando a legislação vigente que rege o SUS, em consonância com as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE).

Compete aos Comitês de Apoio à Governança nas Regiões, de acordo com a Resolução nº 130/2022 CIB/CE:

- I. participar do processo de desenvolvimento regional em saúde.
- II. monitorar e avaliar o Plano de Saúde Regional.
- III. monitorar os objetivos, indicadores e metas pactuadas no Plano de Ação das Redes de Atenção à Saúde.
- IV. acompanhar o funcionamento dos Pontos de Atenção das Redes de Atenção à Saúde.
- V. propor novo arranjos, fluxos e organização das Redes de Atenção à Saúde.
- VI. propor capacitações de Educação Permanente para os profissionais que trabalham nos Pontos de Atenção que integram à Rede de Atenção à Saúde.
- VII. recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais.
- VIII. encaminhar às CIRs as recomendações.

O CGR da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe foi instituído em 02 de dezembro de 2022, composto por 39 membros, considerando Resolução nº 130/2022 CIB/CE e formalizado através da Resolução da CIR nº 36/2022.

3.3 COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL

O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é um grupo de profissionais da saúde que se reúne com o objetivo de investigar, analisar e propor ações para reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal. Esses comitês são estabelecidos em nível nacional, estadual ou municipal e têm um papel fundamental na melhoria da qualidade

da assistência à saúde de mulheres e crianças, identificando falhas no sistema de saúde e sugerindo melhorias.

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe foi instituído no ano de 2021, com representatividade de diversas instâncias.

3.4 COMISSÃO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.

A Comissão Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é uma instância local composta por profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, obstetras, pediatras, epidemiologistas e gestores locais que tem como principal objetivo investigar as causas das mortes maternas, infantis e fetais no município, além de propor ações que visem à redução desses óbitos, com foco na melhoria da qualidade da assistência à saúde de mulheres e crianças.

Na Região Litoral Leste Jaguaribe todos os municípios possuem Comissão Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, instituídas por meio de Portarias e estas atuam de acordo com a rotina estabelecida de reuniões ordinárias, extraordinárias ou quando ocorre o evento, buscando realizar a análise, descobrir os fatores que levaram aos fatos e dirimindo a ocorrência de novos eventos.

3.5 GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL – REDE ALYNE

O Grupo Conductor Regional (GCR) da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – Rede Alyne é uma instância de gestão e articulação, responsável por garantir que os serviços de saúde voltados para a assistência materno-infantil funcionem de forma integrada e eficaz, visando a redução da mortalidade materna, infantil e fetal e a melhoria da qualidade do atendimento. O GCR desempenha um papel fundamental na implementação, coordenação e monitoramento das ações da Rede Alyne. Este, foi instituído com base na Resolução nº 02/2025 de 07 de fevereiro de 2025.

3.6 GRUPO CONDUTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Planificação da Atenção à Saúde tem como objetivo reorganizar as Redes de Atenção e qualificar o processo de trabalho, por meio da realização de ciclos de oficina utilizando a metodologia PSDA que é uma ferramenta de gestão que permite melhorar processos de forma

contínua. O ciclo PDSA trata-se de um modelo de 4 fases, que são plan (planejar ou organizar), Do (fazer ou realizar), Study (Estudar ou clarificar) e Action (atuar ou implementar correções), que visa acompanhar a implementação de melhorias.

A Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe foi pioneira, no Estado do Ceará, na implantação da Planificação da Atenção à Saúde, eixo 2 do Projeto De Braços Abertos, com início em dezembro de 2023 através da realização da 1ª Oficina Regional.

Dentre as oficinas já realizadas na região, destaca-se a etapa 4.1 que traz como tema a Estratificação de Risco das Condições Crônicas. A Região do Litoral Leste tem como Rede prioritária a Rede Materno Infantil e definido como meta mobilizadora a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Considerando este contexto, na etapa 4.1 foi priorizada a estratificação de risco da gestante.

O Grupo Condutor é a instânciacolegiada de articulação, negociação e pactuação entre os gestores para a operacionalização da implantação/implementação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região, cabendo a este:

- I – Participar de todas as etapas da PAS, mobilizando os dirigentes do SUS em cada fase de implantação e implementação do processo;
- II – Oferecer apoio técnico presencial e/ou à distância à gestão local e aos tutores locais, em todos os municípios, da região designada, contribuindo na organização dos processos de trabalho voltados para a implementação da PAS;
- III – Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PAS;
- IV – Monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PAS.

4 ANÁLISE SITUACIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE

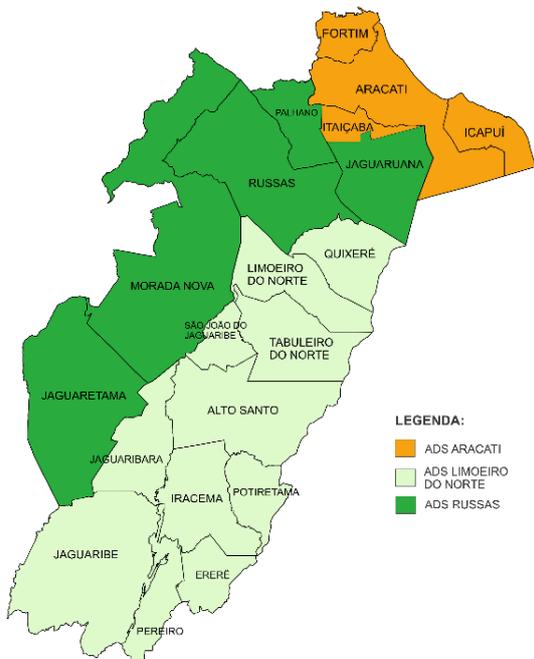
4.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A região de saúde é fundamental para incorporar as ações e serviços de saúde dos entes federados, assim como qualificar a gestão do SUS. De acordo com a Portaria Estadual nº 2.108 de 2019, que menciona os aspectos organizativo-operacionais das Regiões de Saúde, nos termos da Lei nº 17.006/2019, no seu artigo 2º, divide o Ceará, em cinco regiões de saúde, sendo a Litoral Leste Jaguaribe definida como a 4ª Região de Saúde do Estado (Brasil, 2019).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, a 4ª

Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe (RSLLJ), tem um contingente populacional de 530.927 habitantes (FIGURA 1).

Figura 1- Mapa demonstrativo do quantitativo populacional, por município, Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, 2022



Código IBGE	Município	População
2300705	ALTO SANTO	14155
2301109	ARACATI	75113
2304277	ERERÉ	6474

Fonte: Adaptado do IBGE, 2022.

4.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

A Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe é composta por 20 municípios, distribuídos em 3 (três) Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), a saber: ADS de Aracati: Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba; ADS de Russas: Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas; e ADS de Limoeiro do Norte: Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.

Dentre os municípios supracitados, destacam-se Aracati, Limoeiro do Norte e Russas, considerados como pólos e de referência, por concentrarem grande parte das ações e serviços de saúde da região, com responsabilidade pelo atendimento devido à sua maior capacidade técnica e tecnológica, além de maior resolutividade na média complexidade. Ademais, esses municípios também sediam as Políclínicas Regionais, que são equipamentos de saúde de gestão

consorciada, que oferecem atendimento ambulatorial em várias especialidades.

Com uma extensão territorial de 18.019,526 km², os municípios de Morada Nova, Jaguaribe, Jaguaretama, Russas, Alto Santo e Aracati se destacam como os mais extensos da região. No que diz respeito à população total, os municípios de Russas, Aracati, Morada Nova e Limoeiro do Norte são os mais populosos. Em relação à densidade demográfica, a Região tem uma média de 29,46 hab./Km², sendo os municípios de Limoeiro do Norte, Aracati, Fortim e Icapuí os mais densos. Os municípios de Ereré, Itaiçaba, Palhano, Potiretama e São João do Jaguaribe são os menores da Região em população.

Tabela 1- Perfil demográfico da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, 2025.

Município	Área km²	Pop. Total 2022	Hab/km²
Alto Santo	1345,7	14.155	10,52
Aracati	1227,2	75.113	61,20
Ereré	362,91	6.474	17,84
Fortim	285,02	17.294	60,67
Icapuí	421,44	21.433	50,88
Iracema	839,17	14.001	16,68
Itaiçaba	213,6	7.536	35,28
Jaguaretama	1826,83	17.232	9,43
Jaguaribara	622,96	10.356	16,62
Jaguaribe	1877,06	33.726	17,96
Jaguaruana	854,36	31.701	37,10
Limoeiro do Norte	744,53	59.560	79,99
Morada Nova	2763,97	61.443	22,23
Palhano	436,98	9.346	21,38
Pereiro	435,87	15.274	35,04
Potiretama	409,14	5.974	14,60
Quixeré	613,1	20.874	34,04
Russas	1611,09	72.928	45,26
São João do Jaguaribe	279,45	5.855	20,95
Tabuleiro do Norte	849,15	30.652	36,09
Total Geral da Região	18.019,526	530.927	29,46

Fonte: IBGE/DATASUS, 2025

Na tabela 2, são apresentados os dados da população por sexo no ano de 2022. Observa-se uma discreta diferença entre o número de homens e mulheres na região, sendo 48,93% e 51,07%, respectivamente. Contudo, é pertinente observar que em 20% dos municípios (Icapuí, Jaguaretama, Jaguaruana e Potiretama) o número de homens é maior que o número de mulheres.

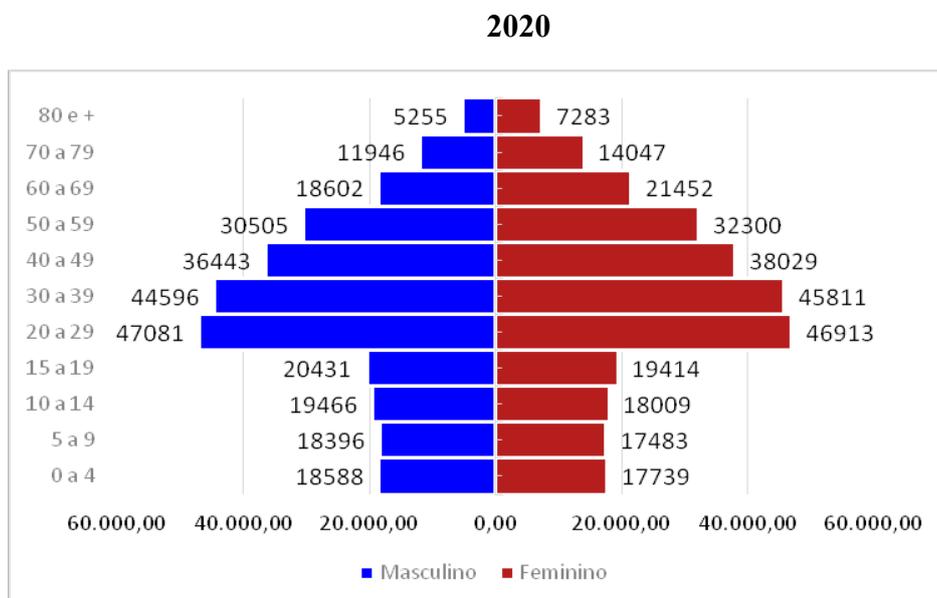
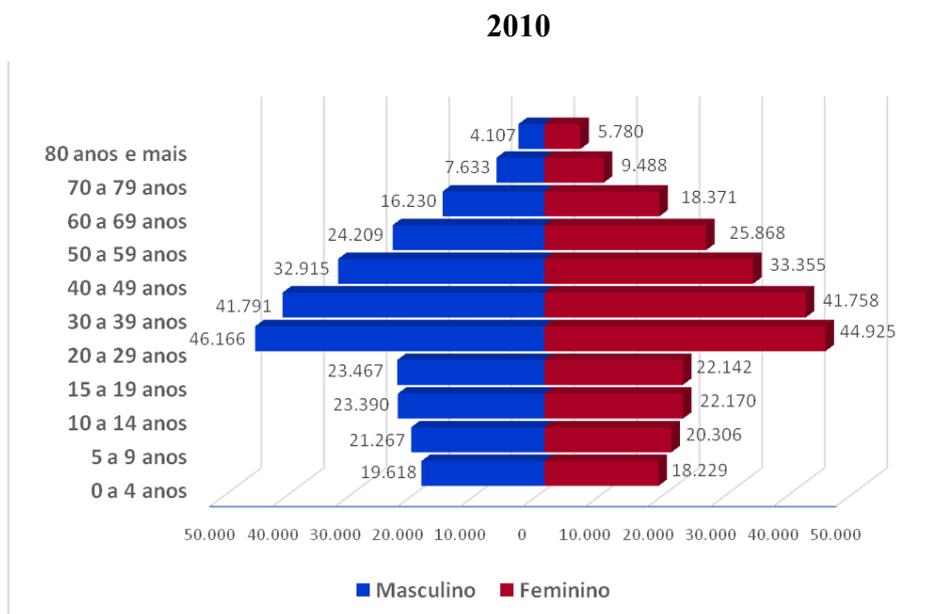
Tabela 1- População residente por município e sexo da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, 2025.

Município	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Alto Santo	6.959	7.196	14.155
Aracati	36.738	38.375	75.113
Ereré	3.218	3.256	6.474
Fortim	8.520	8.774	17.294
Icapuí	10.779	10.654	21.433
Iracema	6.945	7.056	14.001
Itaiçaba	3.644	3.892	7.536
Jaguaretama	8.746	8.486	17.232
Jaguaribara	5.107	5.249	10.356
Jaguaribe	16.356	17.370	33.726
Jaguaruana	15.466	16.235	31.701
Limoeiro do Norte	28.694	30.866	59.560
Morada Nova	30.288	31.155	61.443
Palhano	4.672	4.674	9.346
Pereiro	7.524	7.750	15.274
Potiretama	3.036	2.938	5.974
Quixeré	10.220	10.654	20.874
Russas	35.445	37.483	72.928
São João do Jaguaribe	2.805	3.050	5.855
Tabuleiro do Norte	14.601	16.051	30.652
Total Geral da Região	259.763	271.164	530.927

Fonte: DATASUS- 2025

As maiores diferenças, no número de mulheres ocorrem em Tabuleiro do Norte (52,36%), São João do Jaguaribe (52,09%) e Limoeiro do Norte (51,82%), Jaguaribe (51,50%), Russas (51,39%), Jaguaruana (51,21%) e Aracati (51,09%). Essa análise permite visualizar que 35% dos municípios da Região, apresentam os maiores percentuais de população feminina.

Figura 2 - Pirâmide etária da população da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe no ano de 2010 e 2020.



Fonte: Datasus/2010 e 2020

As pirâmides etárias da Região Litoral Leste/Jaguaribe demonstram em suas estruturas modificações entre os anos de 2010 e 2020 quando observamos em suas bases até o topo, alterações significativas nos períodos.

As estruturas etárias das pirâmides demonstram maior concentração da população na faixa etária de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos, tipificando uma população economicamente jovem, havendo a necessidade de implementar políticas públicas e estabelecer proposituras para as necessidades destas populações que se apresentam além de tudo, economicamente ativas.

Na pirâmide etária de 2020 nota-se em sua base uma maior expectativa de vida da população idosa significando uma melhora na qualidade de vida da população e a necessidade de direcionar ações de prevenção, através de uma rede organizada capaz de ofertar serviços essenciais a esta população.

Outra avaliação a ser feita de forma geral, é uma equiparação entre a população feminina e a masculina, onde o sexo feminino é predominante a partir dos 30 anos evidenciando uma longevidade, enquanto que o sexo masculino é mais vulnerável, levando em consideração os fatores comportamentais, a violência e os acidentes de trânsito.

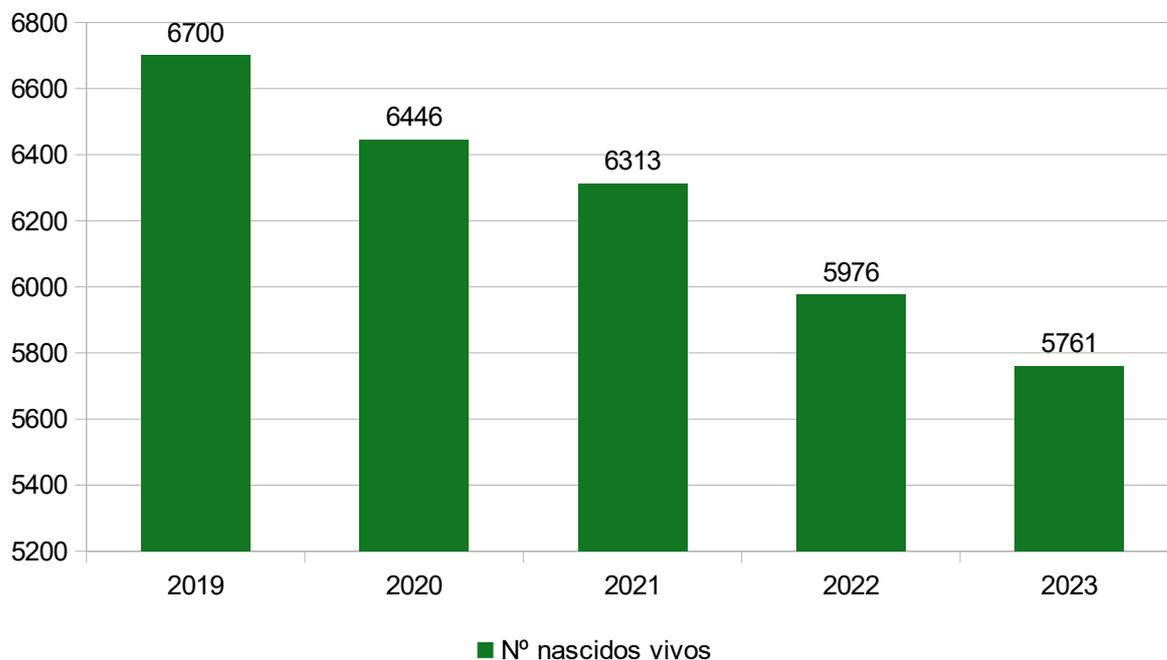
4.3 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA MATERNA E INFANTIL DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE

O estudo epidemiológico fornece informações dos fatores de risco e têm como base, o desenvolvimento de estratégias para prevenir e controlar doenças, agravos e/ou eventos.

A análise da epidemiologia materna e infantil que ora está sendo vista nesse plano é de suma importância, pois considera a taxa de óbitos maternos e infantis, bem como os fatores que influenciam esses óbitos. Os dados estão sendo representados nos gráficos para facilitar a análise, a interpretação e a comparação de dados.

A Região do Litoral Leste Jaguaribe tem um quantitativo de nascidos vivos decrescente ao longo da série história partindo de 6700 nascidos vivos em 2019 para 5761 em 2023, uma redução 14% no número de nascidos vivos ao longo desses anos. Não demonstramos no gráfico mas foi calculada taxa de natalidade ficou teve como resultado 12,2 em 2019 e reduziu para 10,4 em 2023.

Gráfico 1 - Número de Nascidos Vivos, RSLLJ, 2019 a 2023

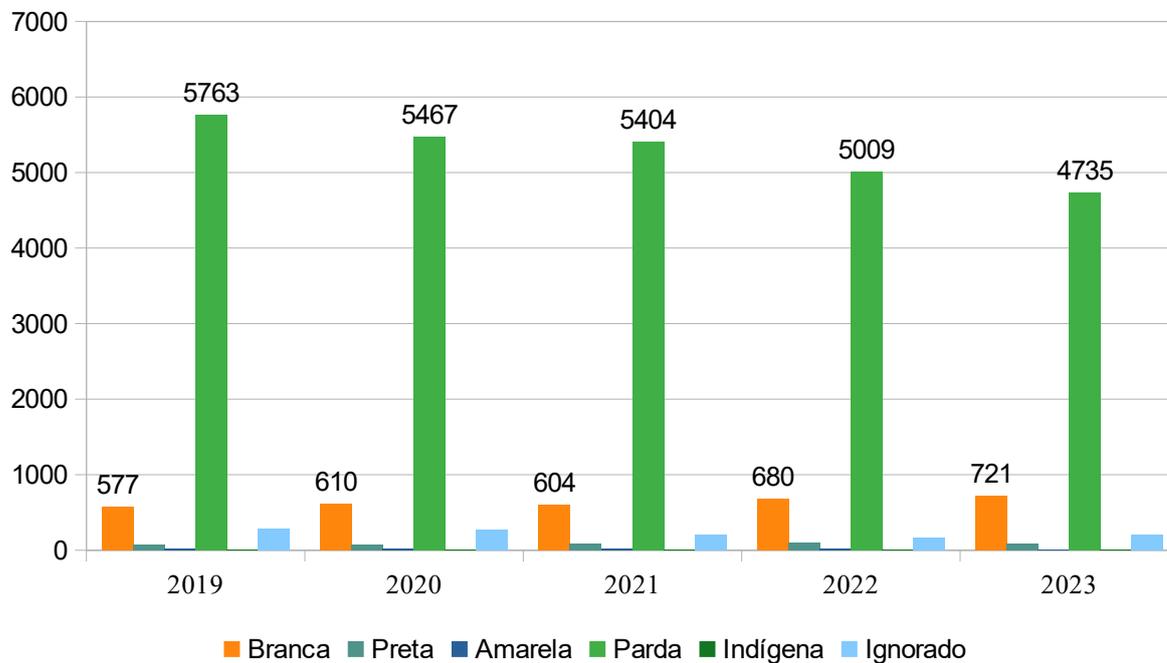


Fonte: Tabnet DATASUS

No gráfico abaixo, é notório que genitoras pardas se sobressaem na série histórica analisada registrando maior percentual no ano de 2019 e menor em 2023, seguidas pelas brancas ainda que em menor proporção em relação as genitoras pardas.

Nesse sentido, chama-nos a atenção o fato de apresentarmos percentual do campo ignorado, confirmando que urge a importância de refletirmos sobre a qualificação dos dados na declaração de nascidos vivos. Sobretudo o campo raça/cor, haja vista as particularidades que cada grupo possa demanda dos serviços de saúde, bem como no intuito direcionar políticas públicas condizentes com a realidades das mães e seus recém-nascidos.

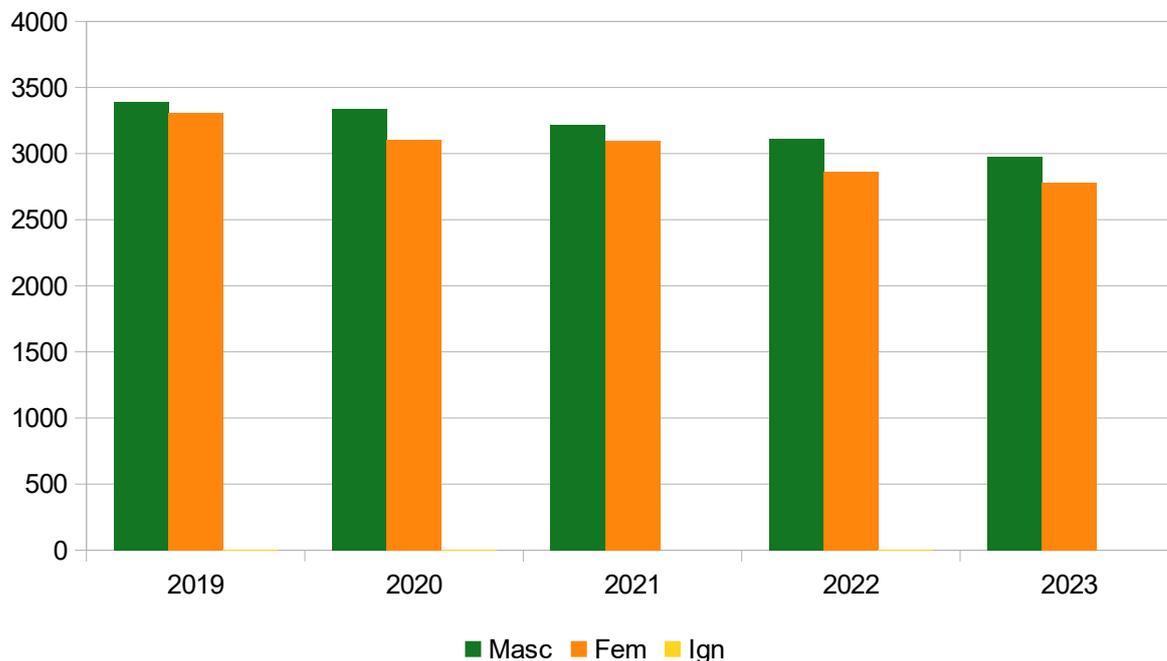
Gráfico 2 - Número de Nascidos vivos, por raça cor da mãe, RSL LJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DATASUS

Em toda série histórica, digo de 2019 a 2023 temos a predominância de nascidos vivos do sexo masculino na região do Litoral Leste Jaguaribe, mesmo com uma diminuição do número de nascidos vivos ao longo dos anos o sexo masculino predomina sobre o sexo feminino.

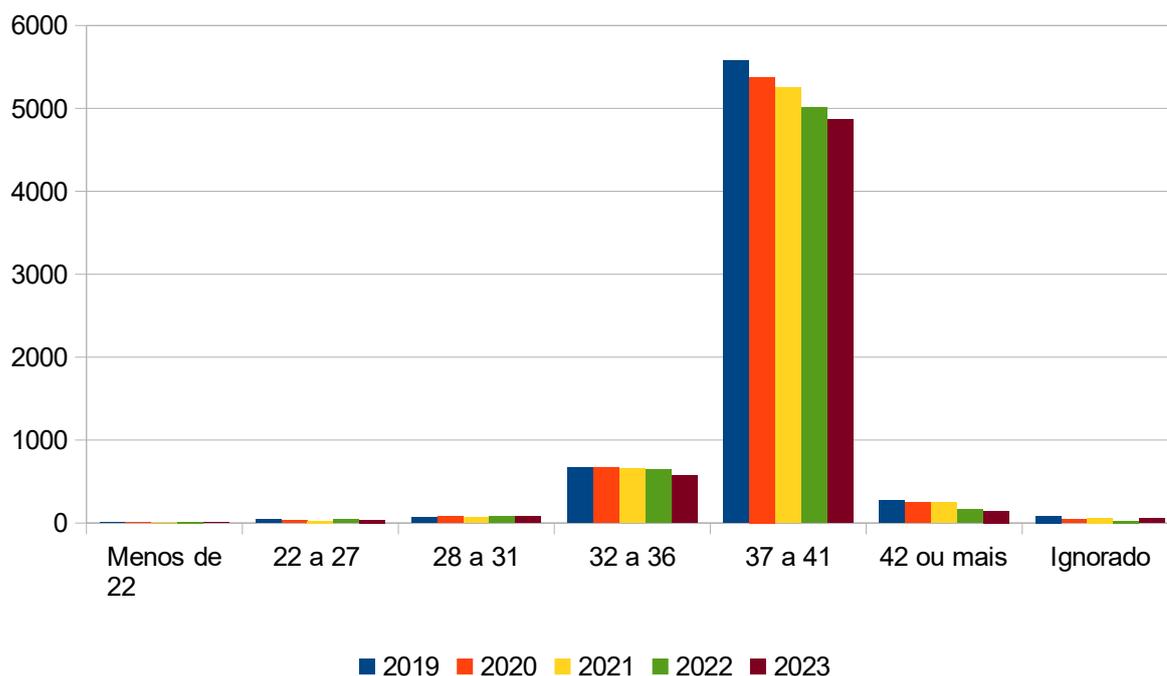
Gráfico 3 - Número de Nascidos vivos, por sexo, RSLIJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DATASUS

O gráfico 4, demonstra que o maior número de nascidos vivos foi de mães que estavam com idade gestacional entre 37 e 41 semanas, sendo esse o período a termo considerado pelo Ministério da Saúde. Esse é um cenário otimista, tendo em vista que existe a menor possibilidade de mortalidade infantil em gestação que tem a duração de 37 a 41 semanas.

Gráfico 4 - Número de Nascidos vivos, por idade gestacional em semanas, RSLIJ, 2019 a 2023.



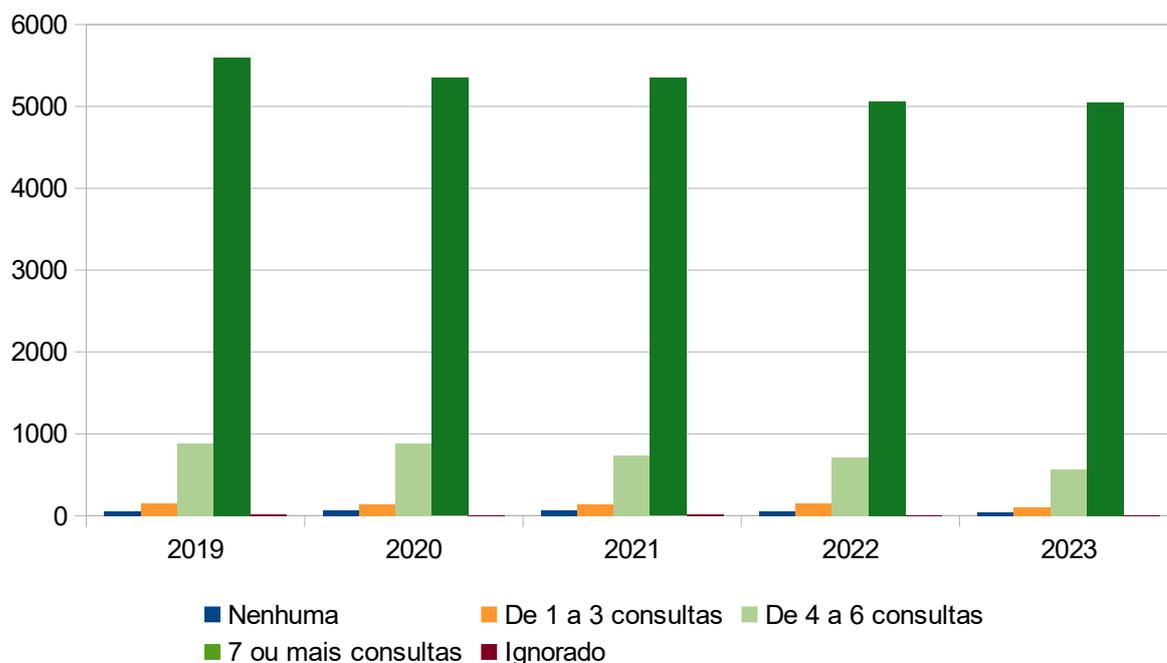
Fonte: Tabnet DATASUS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que ocorram no mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal, tendo em vista que a realização deste representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos à gestante.

O gráfico 5, apresenta informações acerca do número de consultas realizadas no pré-natal, onde é possível perceber, em todos os anos da série histórica, a prevalência de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas durante a gestação.

Assim, estudos têm demonstrado que um pré-natal qualificado está associado à redução de desfechos perinatais negativos, como baixo peso e prematuridade, além de reduzir as chances de complicações obstétricas, como eclâmpsia, diabetes gestacional e mortes maternas. Portanto, ações de saúde para a qualificação da atenção à mulher e à criança devem ser prioritárias no desenho de políticas públicas, e têm promovido avanços na redução da morbimortalidade nesse público.

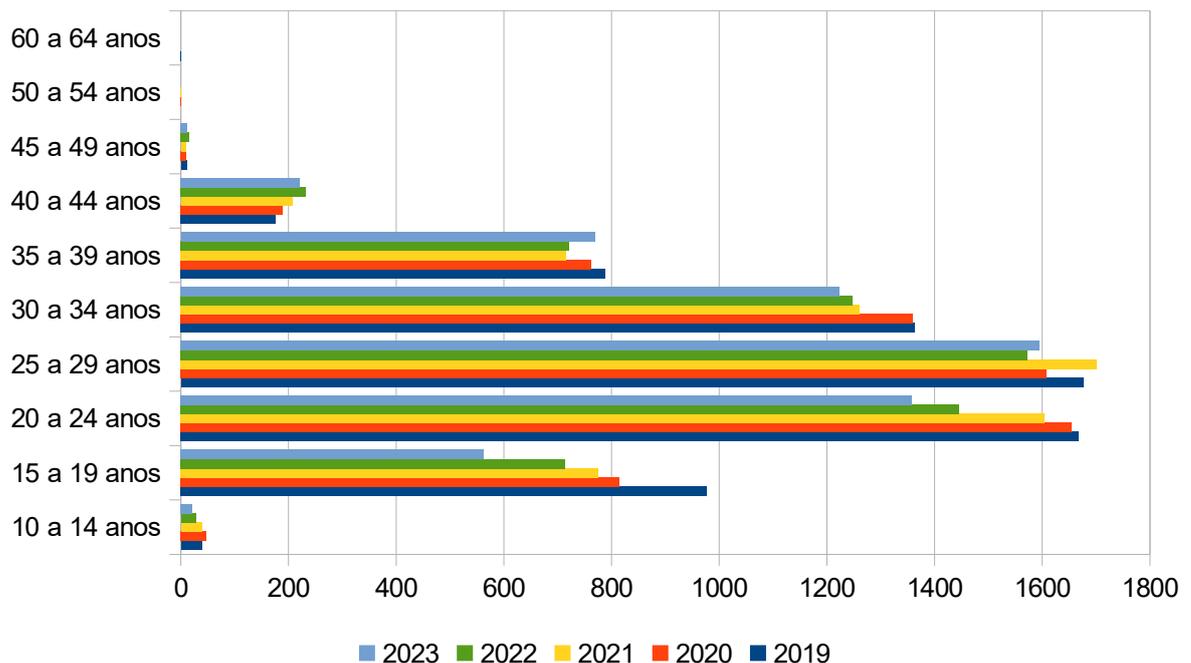
Gráfico 5 - Número de Nascidos vivos, por número de consultas realizadas no pré-natal, RSLIJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DATASUS

A série histórica de 2019 a 2023 apresenta uma heterogeneidade do número de nascidos vivos de acordo com a faixa etária da mãe, sendo predominante a idade entre 20 a 34 anos. Sabe-se que pela faixa etária, essa gestante é classificada como gestante de baixo risco, conforme nota técnica de estratificação de risco da gestante no Ceará, a qual define a característica da idade da mãe entre 16 e 34 anos é considerada como risco habitual. Assim informa-se que em torno 82,2% das gestantes tinha entre 20 a 34 anos, na série histórica analisada.

Gráfico 6 - Número de nascidos vivos, por faixa etária da mãe, RSSLJ, 2019 a 2023.



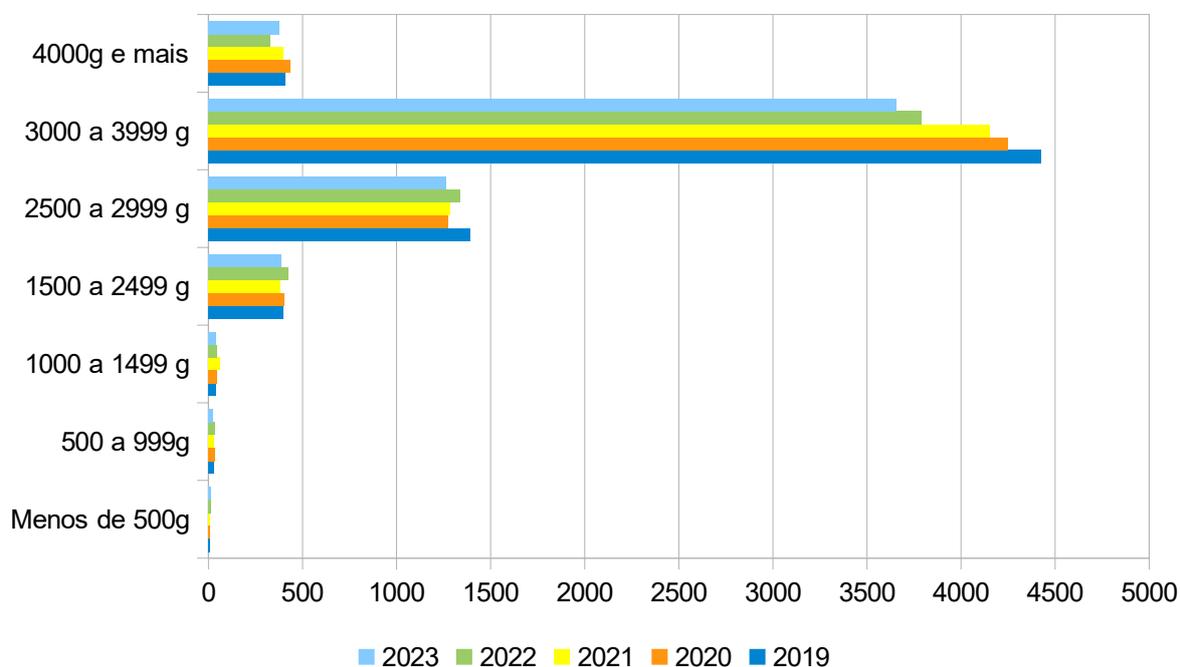
Fonte: Tabnet DATASUS

Segundo a OMS, o peso normal de um recém-nascido deve ser entre 2.500 e 4.500 gramas, com uma média de 3.400 gramas. O recém-nascido pode ser classificado com peso normal quando apresenta entre 2.500 e 4.200 gramas, já o baixo peso ao nascer é classificado com menos de 2.500 gramas, muito baixo peso ao nascer com menos de 1.500 gramas e peso extremamente baixo com menos de 1000 gramas.

Os fatores que levam a essas condições podem ser a idade gestacional: quanto mais curta a gestação, menor o tamanho do recém-nascido ou condições sociais, econômicas e ambientais da mãe durante a gestação. É esperado que o recém-nascido perda em torno de 10% do peso de nascimento nos primeiros 5 dias de vida, com recuperação desse peso em até 14 dias.

No gráfico 7, podemos ver a quantidade de nascidos vivos na Região Litoral Leste Jaguaribe de acordo com o peso ao nascer, nos anos de 2019 a 2023. Observa-se que em 2019 nasceram mais crianças com peso de 3000 a 3999 gramas, considerados peso normal. No mesmo ano, nasceram 38 crianças de extremo baixo peso, o que foi semelhante nos anos de 2022 e 2023, com 50 e 35 crianças, respectivamente. Nessa classificação de extremo baixo peso nasceram 202 crianças, sendo 154 bebês com peso abaixo de 999g e 48 abaixo de 500g. Considerando o extremo baixo peso um parâmetro perigoso e problemático no cenário atual, é importante que haja fortalecimento dos cuidados pré-natais e perinatais para prevenir e intervir, de forma eficaz, em resultados desfavoráveis para a mãe e para o bebê.

Gráfico 7- Número de nascidos vivos, por peso ao nascer, RSSLJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DATASUS

A OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%, tal determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% das gestantes apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

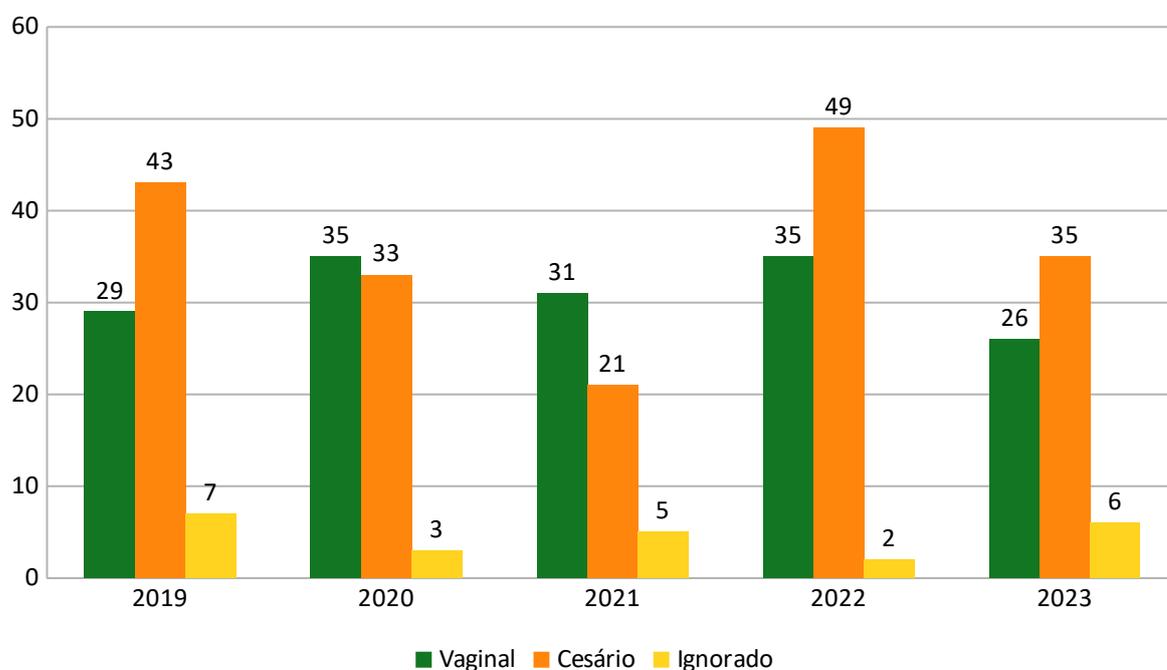
O gráfico 8, apresenta a série histórica, de 2019 a 2023, onde é possível destacar a prevalência de partos cesáreos na região de saúde, representando um total de cerca de 70% de todos os partos realizados. Logo, percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a

concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.

Por ser uma cirurgia, a cesariana apresenta alguns riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê. Diante disso, com exceção dos casos que uma indicação médica seja clara, partos cesáreos podem estar associados ao maior risco de complicações e mortalidade na infância.

Diante desse cenário, ressalta-se que algumas ações podem ser utilizadas como: incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de que o parto cesáreo seja realizado sob indicações cada vez mais precisas, incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas.

Gráfico 8- Número de nascidos vivos, por tipo de parto, RSLIJ, 2019 a 2023.

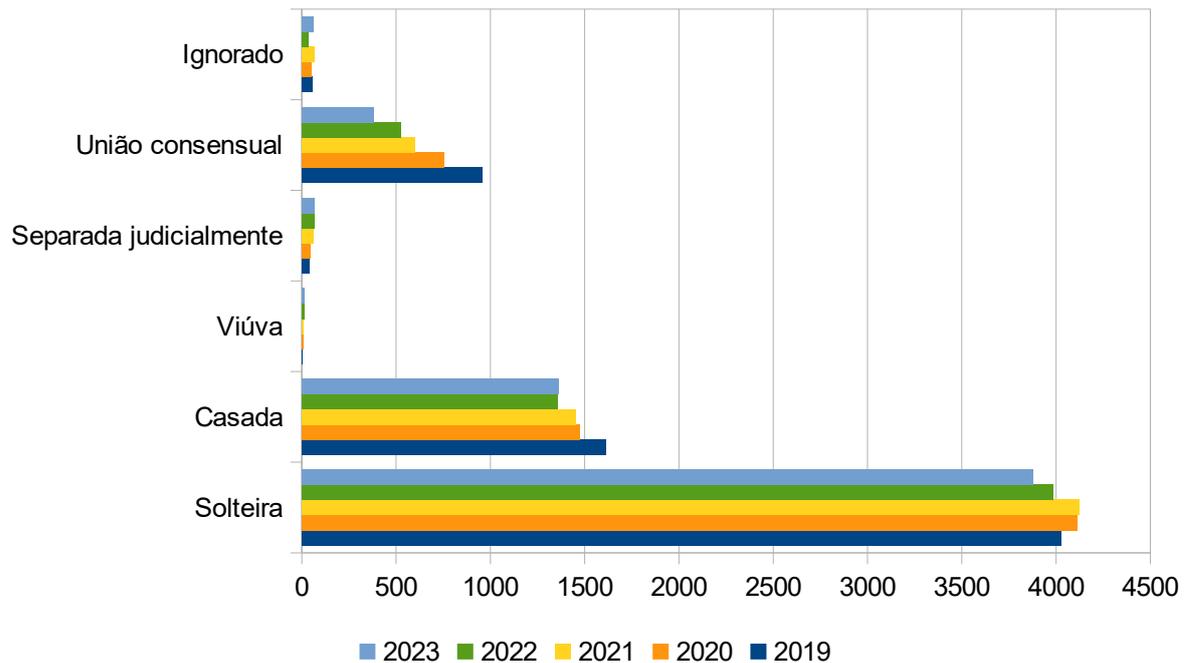


Fonte: Tabnet DATASUS

O gráfico 9, apresenta informações da série histórica, referente ao estado civil da mãe, onde é possível destacar que mães solteiras representam mais da metade dos partos da região de saúde. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de mães solo, ou seja, que criam os filhos sozinhas, saltou de 10 milhões para mais de 11,5 milhões de 2005 a 2015.

Nessa dinâmica, a mãe solo pode enfrentar desafios adicionais como estigma social e dificuldades financeiras devido à falta de contribuição do genitor. Assim, assumir a maternidade de forma autônoma é um desafio que milhares de mulheres enfrentam em todo o mundo.

Gráfico 9 - Número de nascidos vivos, por estado civil da mãe, RSLIJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DATASUS

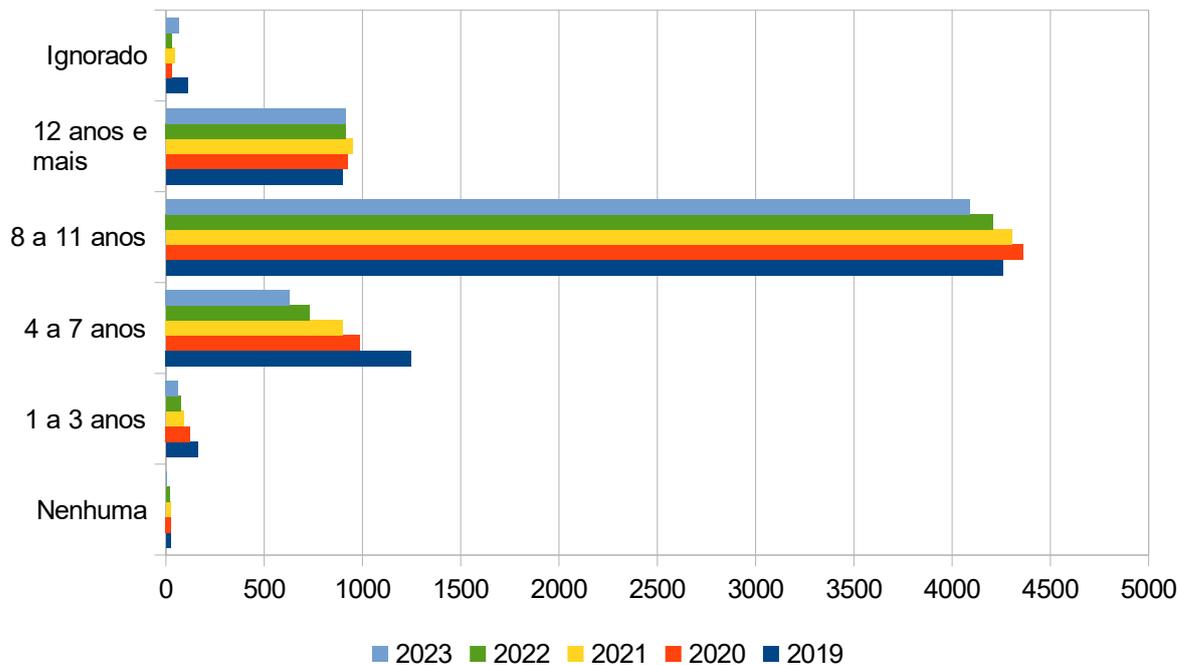
O gráfico abaixo, apresenta informações acerca do grau de escolaridade da mãe, este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos. Pode-se perceber que mais da metade das notificações demonstram o grau de instrução de 8 a 11 anos que corresponde ao primeiro grau, ginásial ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo.

Nesse ínterim, o nível de escolaridade que cada indivíduo possui influencia em todos os âmbitos da sociedade. Em vista disso, obter dados acerca da escolaridade das mulheres gestantes tem uma fundamental importância no que tange à influência exercida diante de diversos fatores obstétricos, desde a concepção, como também o tipo de parto a ser escolhido por essas mulheres, o número de consultas pré-natal realizadas por elas e até mesmo o peso que cada gestante possui no início e no final da gestação.

Em suma, a escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, uma vez que o

acesso a informações acerca da saúde da mulher e dos métodos eficazes promovedores da saúde gestacional são condições indispensáveis para a saúde de ambos.

Gráfico 10 - Número de nascidos vivos, por escolaridade da mãe, RSLIJ, 2019 a 2023.



Fonte: SINASC

As anomalias congênitas consistem em alterações na estrutura ou na função de órgãos ou partes do corpo que ocorrem durante o desenvolvimento ainda na vida intrauterina. Elas podem ser causadas por uma ampla variedade de fatores etiológicos, dentre os quais fatores genéticos, ambientais ou ainda pela combinação entre estes (etiologia multifatorial).

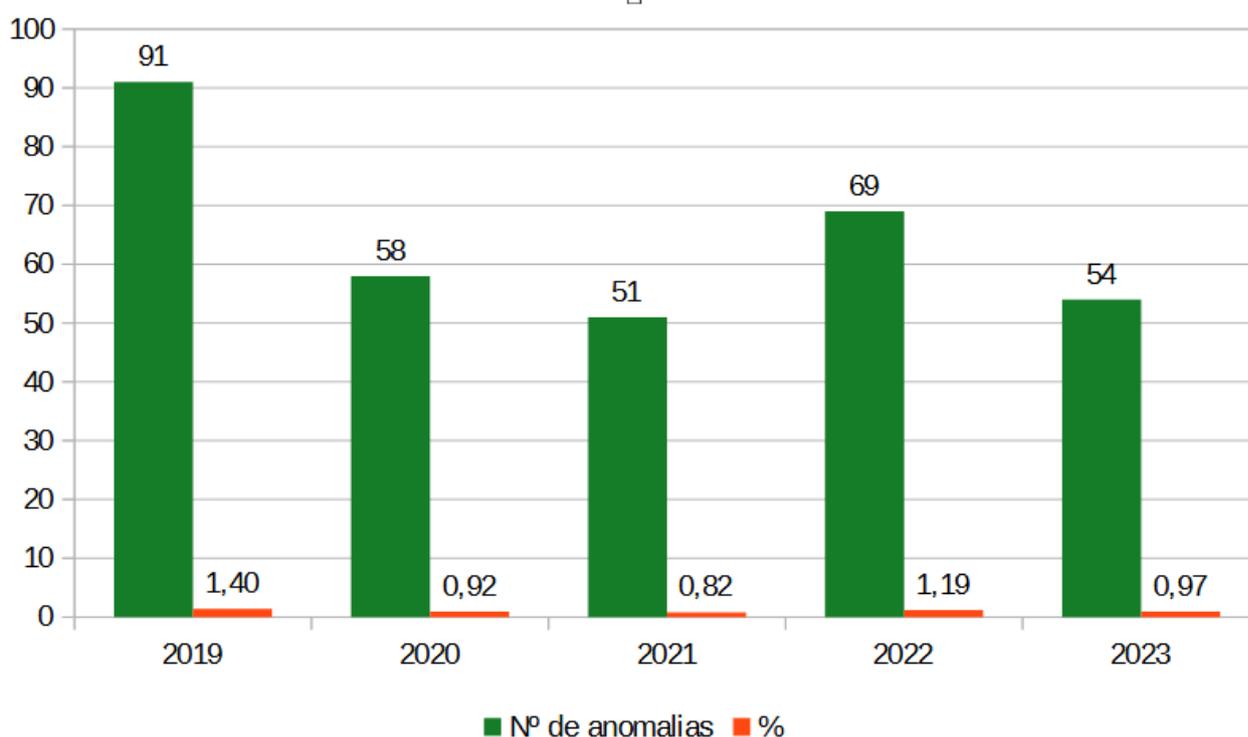
De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), globalmente, pelo menos 3% dos recém-nascidos no mundo são diagnosticados com alguma forma de anomalia congênita, resultando em cerca de 300 mil mortes de crianças durante as primeiras quatro semanas de vida. O diagnóstico das anomalias congênitas pode se dar no pré-natal, durante ou depois do nascimento. Apesar de muitas serem passíveis de prevenção e intervenção em diferentes níveis, elas representam importante causa de morbidade e mortalidade infantil.

Além dos desfechos citados, elas ainda trazem um grande impacto social e financeiro para as famílias e os sistemas de saúde. No Brasil, anualmente, menos de 1% dos nascidos vivos

(cerca de 24 mil) são registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) com algum tipo de anomalia congênita. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), essas condições estão entre as principais causas de mortalidade infantil. Destaca-se que, conforme estabelecido pela Lei no 13.685, de 25 de junho de 2018, todas as anomalias congênitas detectadas no recém-nascido possuem caráter de notificação compulsória, sendo a Declaração de Nascido Vivo (DNV) o documento que permite o registro desses casos. Todavia, mesmo com a obrigatoriedade da notificação, nota-se uma importante subnotificação dos casos em comparação às estimativas globais.

Nesse sentido, na RLLJ têm dados que convergem com o Ministério da Saúde tendo em vista que na série histórica apresentada, o percentual de anomalias congênitas variou de 0,82% a 1,40%.

Gráfico 11 - Número e percentual de anomalias congênitas, RSLIJ, 2019 a 2023



Fonte: Tabnet DataSUS

A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

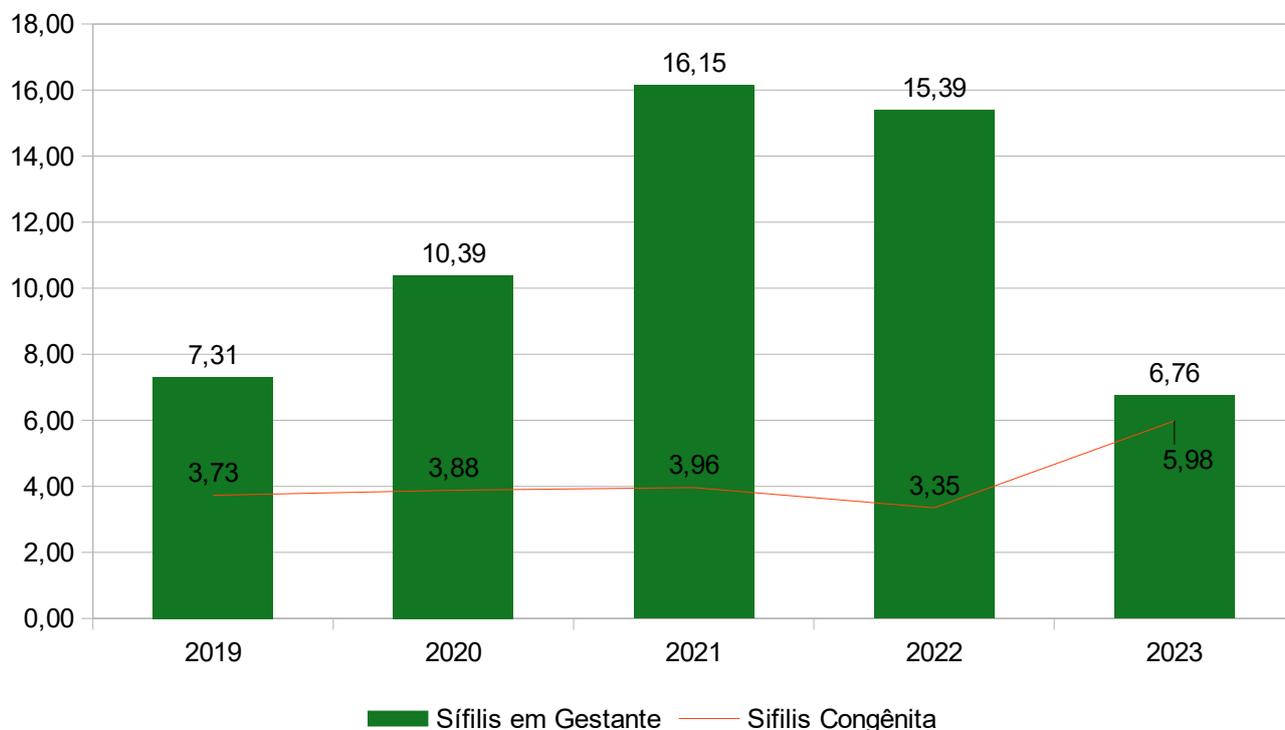
Ao longo da série histórica na realidade da região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe, as taxas de detecção de sífilis adquirida na gestação apresentaram crescimento contínuo entre 2019 e 2021, com redução em 2022 e 2023 atingindo a menor taxa no período com 6,77 gestantes com sífilis.

A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, são determinantes para impactar na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical.

Dito isto, a probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. A transmissão é maior (de 70% a 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária.

Nesse viés, no contexto da SRLES essa taxa cresceu nos primeiros 3 anos da série histórica indo de 3,73 para 3,96, já em 2022 esse número cai para 3,35, no último ano analisado a taxa ultrapassa os demais anos atingindo 5,38.

Gráfico 12 - Taxa de Sífilis em gestante e Sífilis Congênita, RLLJ, 2019 a 2023



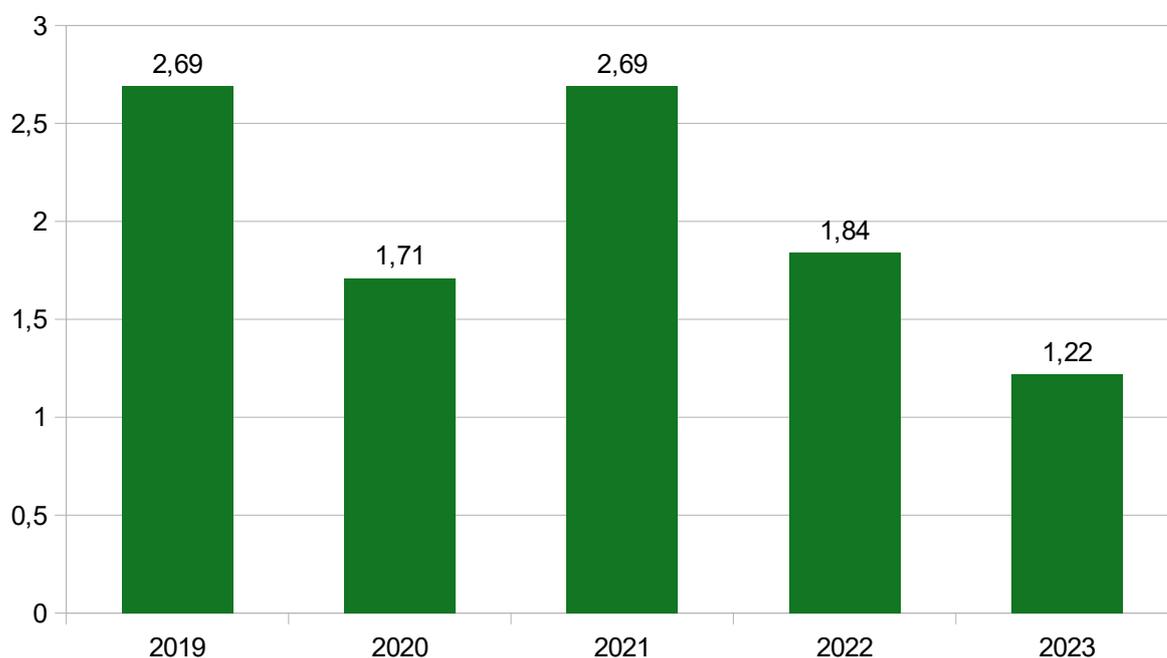
Fonte: Tabnet DataSUS

O HIV na gravidez é a presença de uma infecção por HIV/AIDS em uma mulher enquanto ela está grávida. Existe risco de transmissão do vírus da mãe para o filho em três situações principais: gravidez, parto e durante a amamentação. Este tema é importante porque o risco de transmissão viral pode ser significativamente reduzido com intervenção médica apropriada e, sem tratamento, o HIV/AIDS pode causar doenças graves e morte tanto da mãe quanto do filho.

Não obstante, os riscos tanto de infecção neonatal por HIV quanto de doença materna são reduzidos por meio de rastreamento pré-natal adequado, tratamento da infecção por HIV com Terapia Antirretroviral (TAR) e adesão às recomendações após o nascimento. Notavelmente, sem medicações antirretrovirais, intervenções obstétricas e recomendações referentes à amamentação, há aproximadamente 30% de risco de transmissão do HIV de mãe para filho. Esse risco é reduzido para menos de 1% quando as intervenções mencionadas são empregadas. O American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) recomenda, portanto, o teste de HIV como componente rotineiro tanto do pré-parto quanto do primeiro trimestre do cuidado pré-natal para garantir intervenções rápidas e apropriadas.

No gráfico abaixo, observamos que a taxa de HIV na gestação manteve-se estável nos anos de 2019 e 2021 com 2,69, nos demais anos variou de 1,84 a 1,22. Acreditamos que o ano de 2023 registrou a menor taxa na região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe com 1,22, em virtude do rastreamento das gestantes pela APS e conseqüentemente com início adequado do pré-natal conforme recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 13 - Taxa de HIV na gestante, RSSLJ, 2019 a 2023.



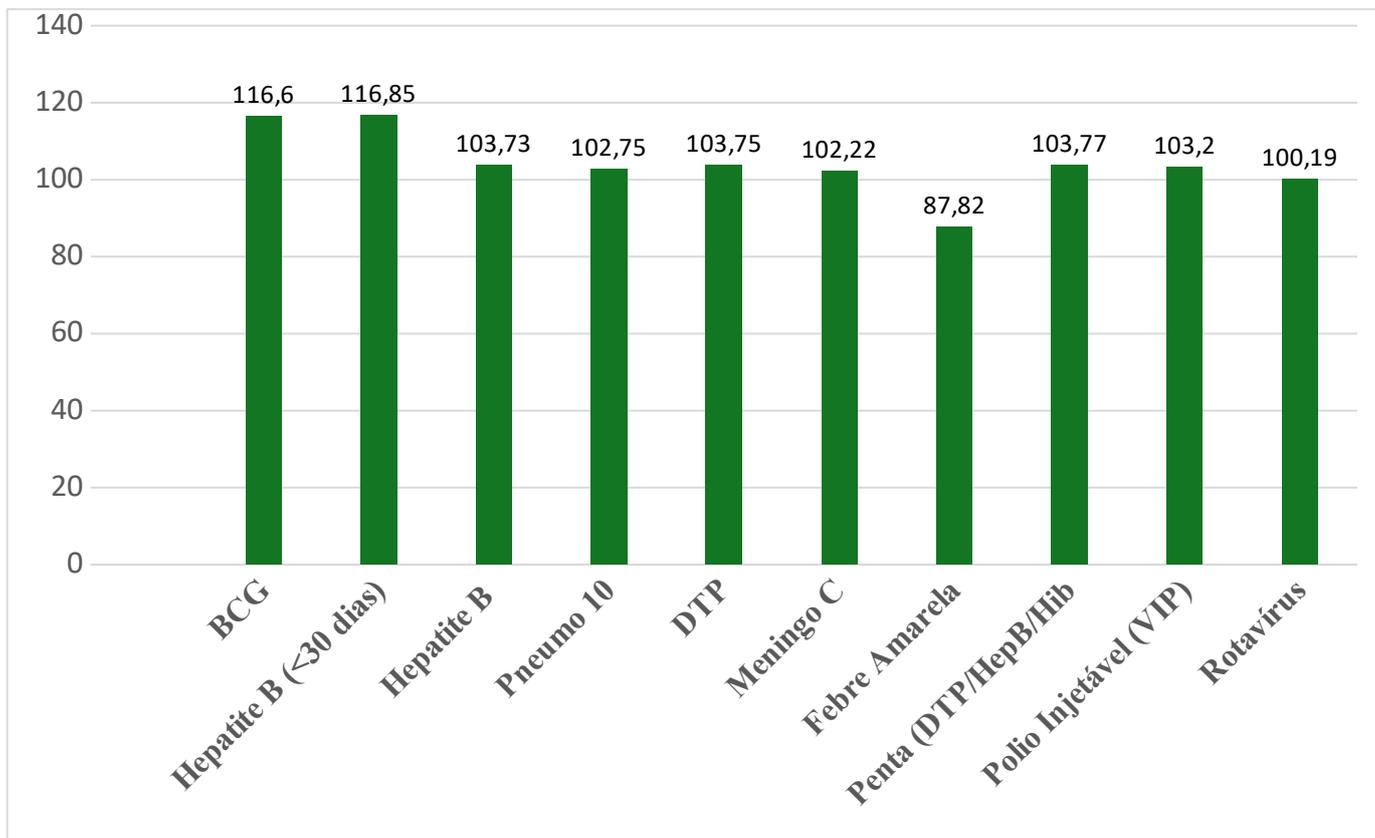
Fonte: SINAN NET

A vacinação é a melhor maneira de proteger as crianças contra doenças imunopreveníveis. As vacinas disponibilizadas no Sistema Único de Saúde – SUS são seguras e de vital importância para proteção contra algumas doenças graves e muitas vezes fatais. De acordo com levantamento conduzido pelo Observa Infância, uma parceria entre a Fiocruz e a UNIFASE com base nos sistemas públicos, revelou uma importante retomada na cobertura vacinal para crianças com menos de dois anos no Brasil.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde divulgou em 2024 que 9 vacinas aplicadas até o segundo ano de vida das crianças já superaram os números do ano passado. Em 2023, a vacinação contra a Hepatite B, recomendada ao nascer, podendo ser administrada até os primeiros 30 dias após o nascimento dos bebês, registrou 77,23% de imunização. No ano de 2024, até o dia 20 de agosto, 80,6% das crianças já haviam recebido a dose. O aumento também é notado na vacina de reforço da pneumocócica, que saiu de 82,9% para 85,6%; da poliomielite oral, de 77,9% para 82,3%; da primeira dose da tríplice viral, de 88,2% para 90,8%; da segunda dose da tríplice viral, de 65,3% para 74,5%; e o reforço da DTP, de 78% para 80,3%. Na imunização contra a meningite, com a meningocócica C, 95,4% das primeiras doses e 97,9% da dose de reforço foram administradas. Em 2023, os registros foram de 87,9% e 86,2%, respectivamente.

O gráfico 14, esboça o percentual da região Litoral Leste Jaguaribe referente a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano e nos 9 imunizantes foram atingidas mais de 100% do preconizado pelo Programa Nacional de Imunização. A exceção se dá na vacina da febre amarela, uma vez que esta ainda se encontra em fase de expansão e na nossa região o percentual foi de 87,82%.

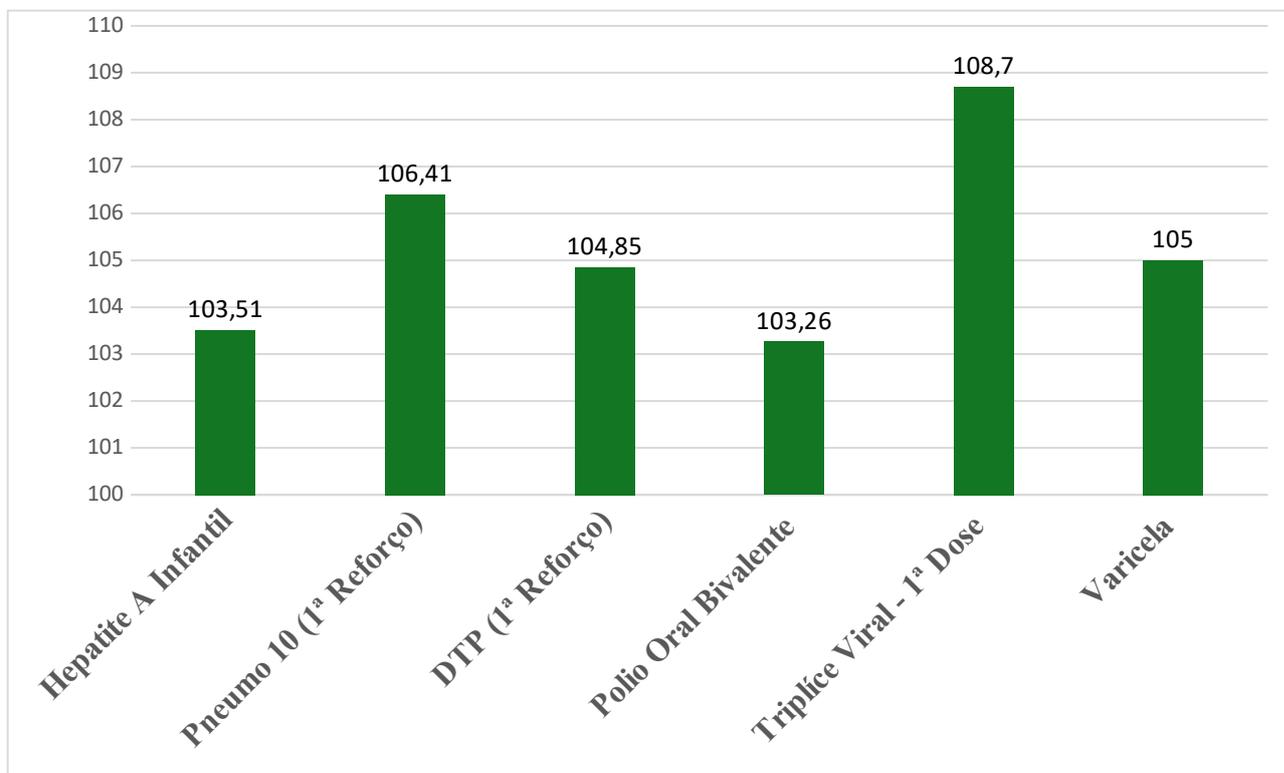
Gráfico 14 - Percentual de cobertura das vacinas para criança < de 01 ano, RSLIJ, 2024.



Fonte: LocalizaSUS

No gráfico 15, nota-se que concernente ao público de até 01 ano de idade a região do Litoral Leste Jaguaribe supera todos os percentuais das coberturas vacinais estabelecidas pelo Ministério da Saúde com a mínima de 103,26% na pólio oral e máxima de 108,70% na tríplice viral - 1ª dose no ano de 2024.

Gráfico 15 - Percentual de cobertura das vacinas para criança de 01 ano, RSLIJ, 2024.



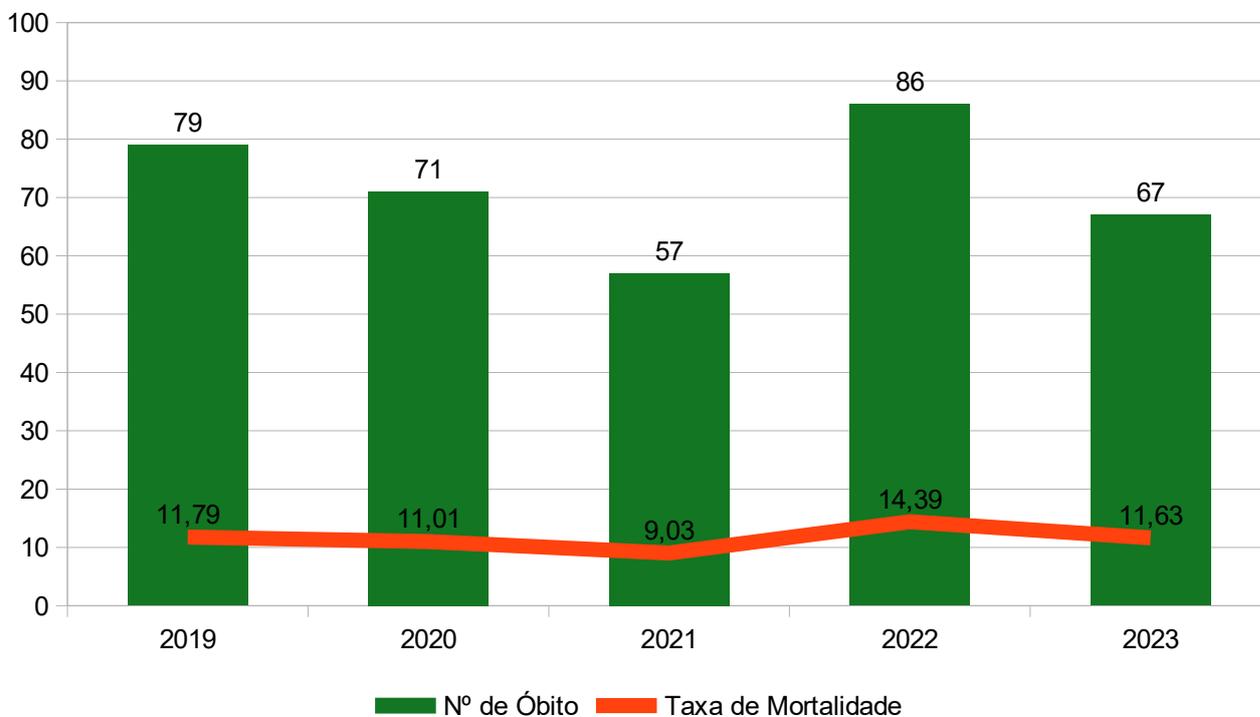
Fonte: LocalizaSUS

O gráfico 16, expõe o número de óbitos infantis na região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe seguido pela taxa de mortalidade neste público. Nesse viés, em 2021 registrou-se o menor de número de óbitos com 57 e maior número no ano de 2022 com 86 óbitos infantis.

Cabe situar que a taxa de mortalidade acompanha o número de óbitos proporcionalmente com uma redução nos primeiros 3 anos da série histórico, caindo de 11,79% para 9,03%, com elevação em 2022 atingindo 14,39%, contudo no ano seguinte decaiu para 11,63%.

A mortalidade infantil é um aspecto social tão significativo que a Organização das Nações Unidas (ONU) inseriu a redução da mortalidade infantil mundial entre as principais 8 Metas do Desenvolvimento do Milênio - conjunto de objetivos de melhorias no padrão de vida das pessoas em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

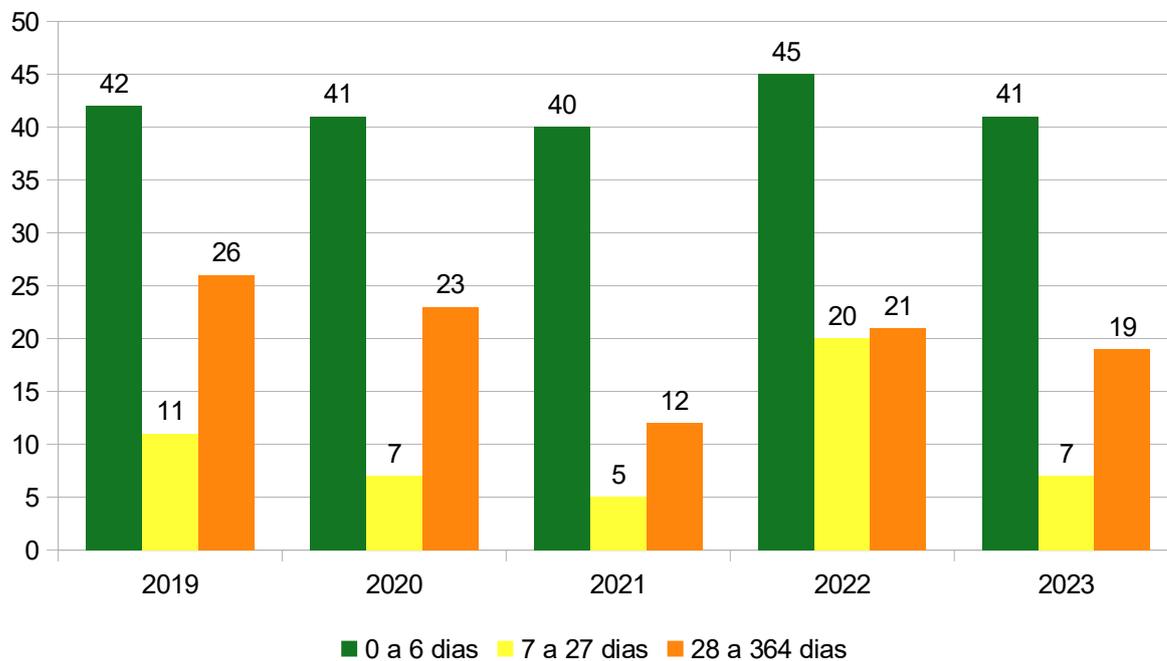
Gráfico 16 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil, residência RSLLJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DataSUS

No gráfico 17, é notório que o maior número de óbitos acomete infantes de 0 a 6 dias de vida com maior número registrado em 2022 com seus 45 óbitos, seguido pela faixa etária de 28 a 364 dias com registro de 26 óbitos em 2019. No geral a série histórica se mantém com média de 40 óbitos de 0 a 6 dias durante os 5 anos pesquisados, com variação na faixa etária de 28 a 364 dias atingindo o número máximo de 26 óbitos no ano de 2019 e 12 em 2021. No público de 7 a 27 dias apesar de menores ocorrências em relação as demais faixas etárias, ainda assim fomos de 5 casos em 2021 a 20 óbitos em 2022.

Gráfico 17 - Número óbito infantil, por faixa etária, residência RSSLJ, 2019 a 2023.

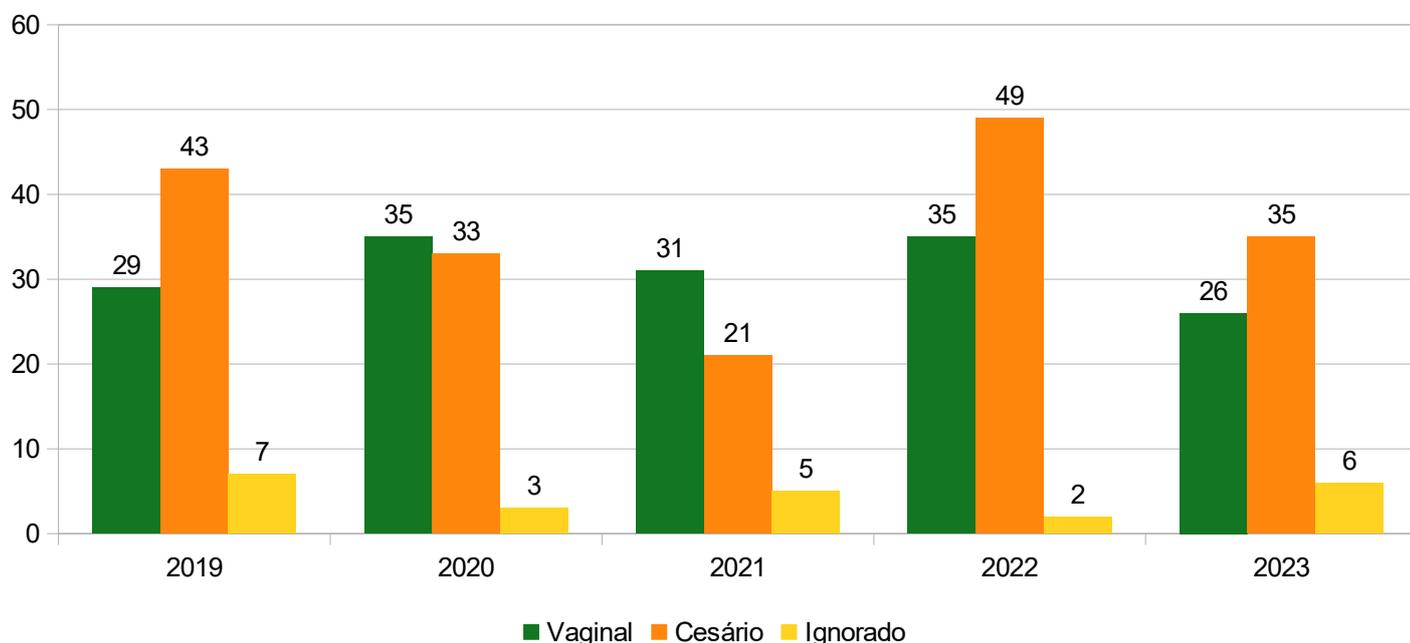


Fonte: Tabnet DataSUS

O gráfico abaixo, explicita que em 2019, 2022 e 2023 o parto cesáreo dispara se comparado com parto vaginal, este por sua vez tem maior prevalência nos demais anos. Isso se dá em virtude dos investimentos direcionadas para incentivar a prática de partos normais.

Na região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe já identificamos a prevalência de partos cesáreos, representando um total de cerca de 70% de todos os partos realizados no período de 2019 a 2023. Logo, por ser um procedimento cirúrgico, a cesariana apresenta alguns riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê. Diante disso, com exceção dos casos que uma indicação médica seja clara, partos cesáreos podem estar associados ao maior risco de complicações e mortalidade na infância.

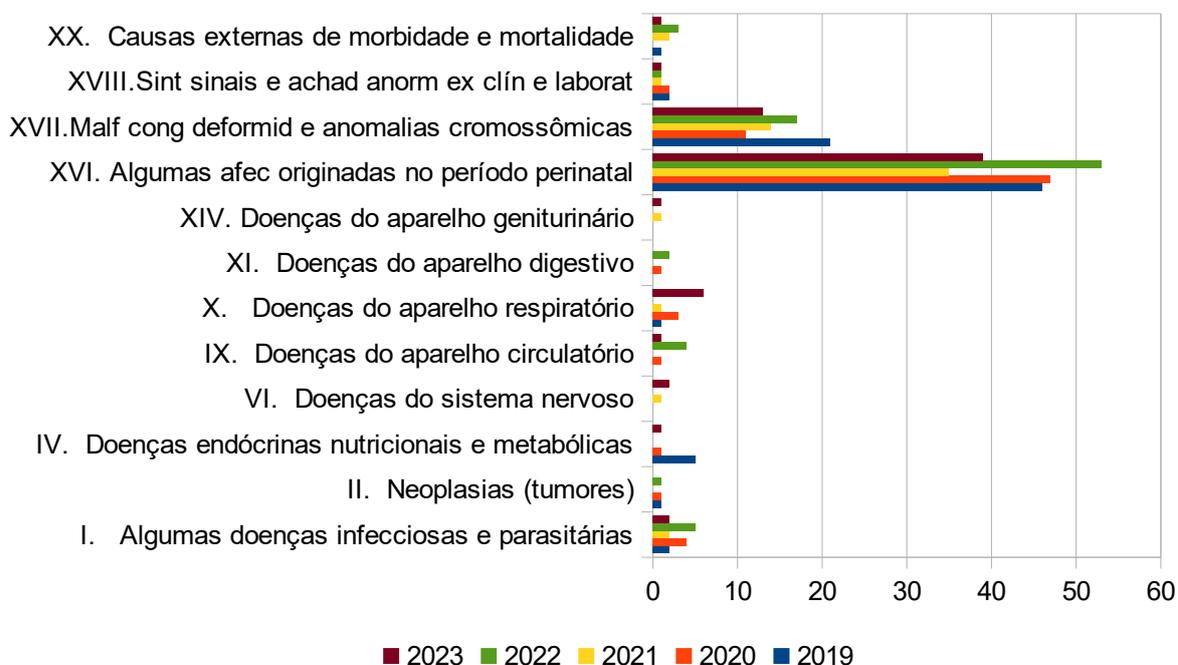
Gráfico 18 - Número óbito infantil, por tipo de parto, residência RSLIJ, 2019 a 2023.



Fonte: DataSUS

Observamos no gráfico abaixo, que no ano de 2019 o que gerou mais óbitos infantis na RSLIJ foram algumas afecções originadas no período perinatal, seguido de malformações congênitas, deformidades e anomalias. Nos demais anos da série em questão essas duas causas foram as que mais vitimou o público infantil, seguido de causas relacionadas por fatores maternos e transtornos relacionados à duração da gravidez. Nesse sentido, em 2022 foram registrados 86 fatores geradores de óbitos infantis sendo a maior no período e 57 em 2021 sendo a menor quantidade na série.

Gráfico 19 - Número óbito infantil, por causa básica do capítulo CID 10, residência RSLJ, 2019 a 2023.



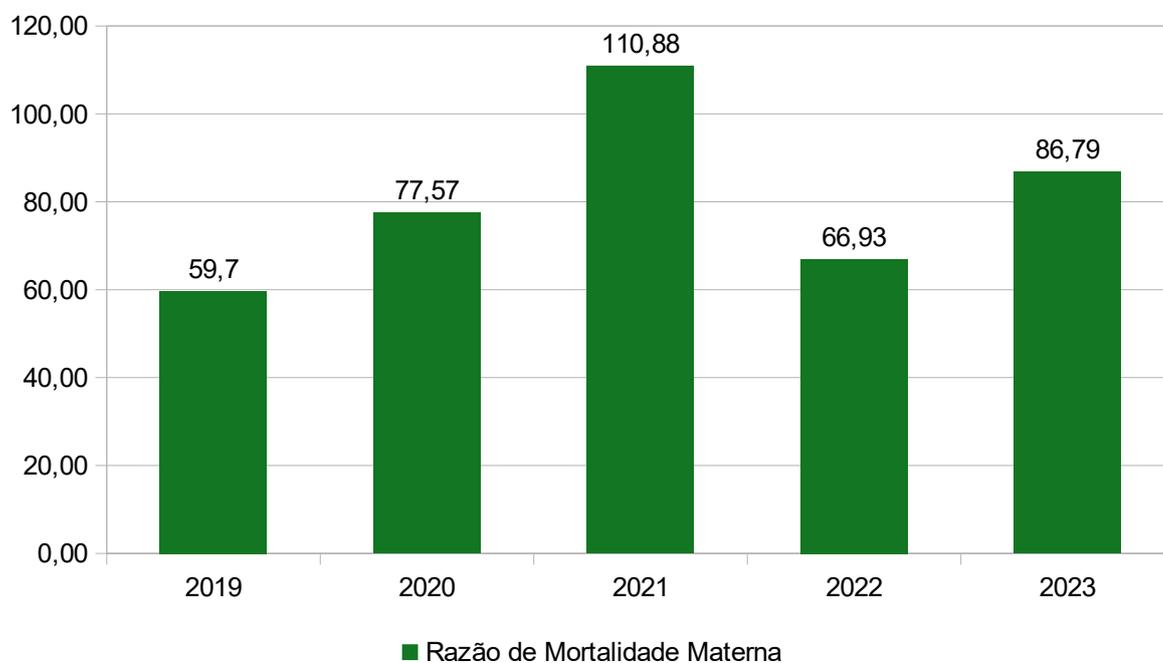
Fonte: Tabnet DataSUS

A redução da mortalidade materna é uma prioridade; entretanto, o compromisso não foi alcançado em 2015 como pretendido dentro dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), assim, foi elencado como um dos Indicadores do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A razão de mortalidade materna nessa região de saúde tem resultado heterogênea ao longo da série histórica de 2019 a 2023, sendo maior razão em 2021, em decorrência da Covid 19, a qual impactou principalmente os anos 2020 e 2021.

Nota-se que houve uma redução da mortalidade no ano de 2022, no entanto aumento em 2023, porém com acréscimo de 01 óbito. Entende-se que a razão de mortalidade materna vem sendo afetada ao longo dos anos, tendo em vista que a taxa de natalidade vem decrescendo, implantado no indicador em análise.

Gráfico 20 - Razão de Mortalidade Materna, residência RSLIJ, 2019 a 2023.

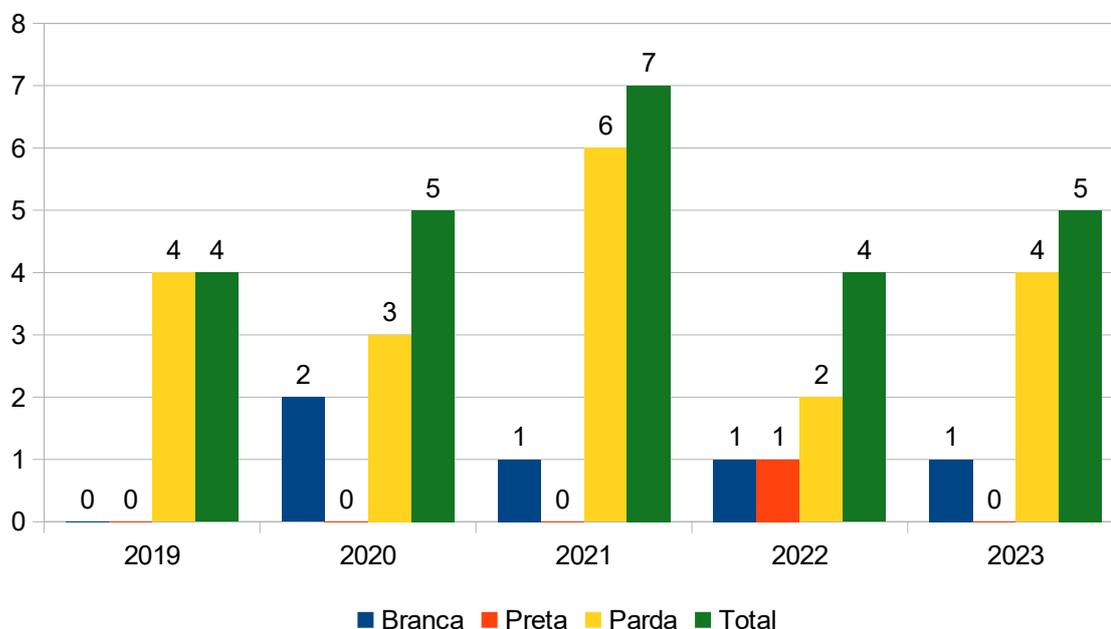


Fonte: DataSUS

O gráfico 21, apresenta o número de óbito materno por raça/cor, no período de 2019 a 2023, sendo identificado mulheres brancas e pardas durante esse período. Enquanto que a cor preta foi identificada apenas no ano de 2022.

Essa é uma informação que deve ser analisada principalmente quanto ao preenchimento adequado nos formulários, tendo em vista se tratar de indicador que pode refletir acesso, organização da rede de atenção materno infantil.

Gráfico 21 - Número de óbito materno, por raça/cor, residência RSSLJ, 2019 a 2023.

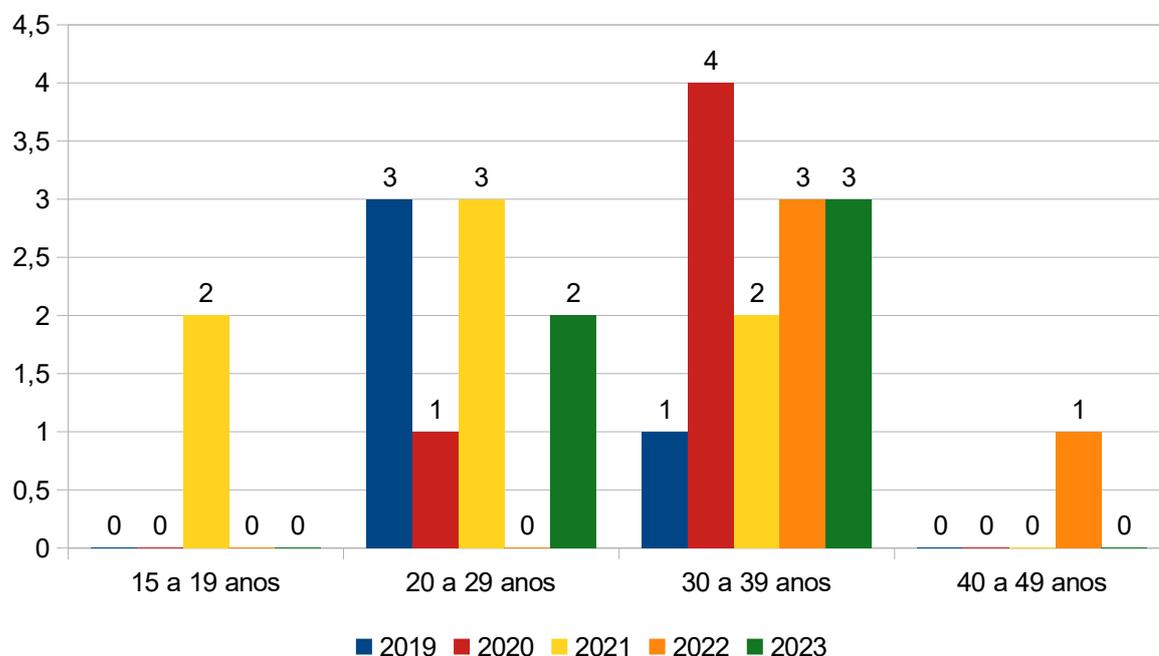


Fonte: DataSUS

A razão de mortalidade por idade da mãe refere-se à análise das taxas de mortalidade materna em diferentes faixas etárias. Geralmente, essa razão é mais alta em mulheres muito jovens (como adolescentes) e em mulheres mais velhas (acima de 35 anos). Isso pode ser atribuído a diversos fatores, como condições de saúde pré-existentes, complicações durante a gravidez e o parto, e acesso a cuidados de saúde adequados. É importante monitorar essas taxas para implementar políticas de saúde que visem melhorar a segurança materna e reduzir a mortalidade.

Na RSSLJ, a mortalidade materna foi predominante na faixa etária de 30 a 39 anos (13 óbitos) no entanto houve um número significativo de óbitos materno na faixa etária de 20 a 29 anos (09 óbitos) na série histórica de 2019 a 2023.

Gráfico 22 - Número de óbito materno, por idade, residência RSLIJ, 2019 a 2023.



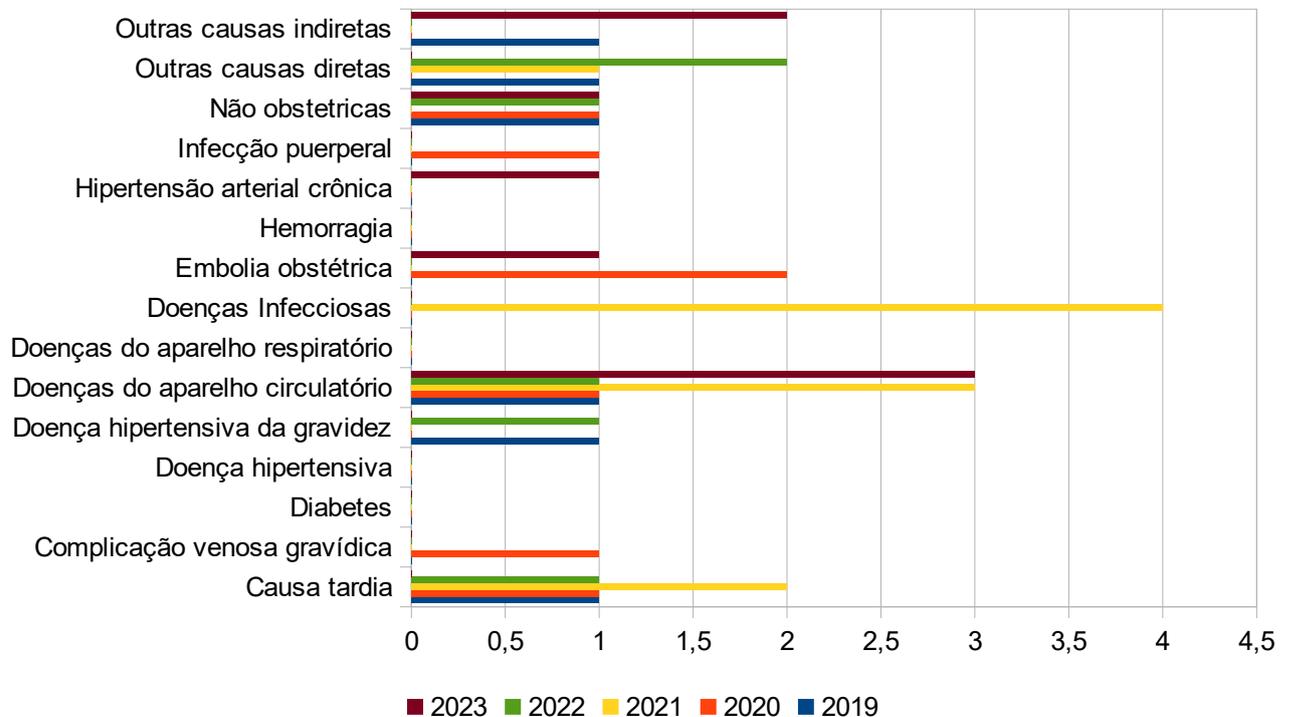
Fonte: Tabnet DataSUS

As principais causas de óbitos maternos na SRLES ocorreram em decorrência de gravidez ectópica 1 caso e tubária 1 caso ambos no ano de 2022. Ainda em 2022 ocorreu 1 caso de outros produtos anormais da concepção e 1 aborto retido. Ademais, ao longo da série histórica surgiram casos, a saber: hipertensão gestacional sem proteinúria e hipertensão gestacional com proteinúria; pré-eclâmpsia grave; complicações venosas na gravidez; flebotrombose profunda; transtorno do fígado; complicações do trabalho de parto; complicações de procedimentos ou cirurgia obstétrica; infecções puerperais e de incisão cirúrgica; embolia de origem obstétrica. Ressaltamos que nossa região apresentou um total de 25 causas diretas de óbitos maternos por causas diretas ao período gestacional de 2019 a 2023.

O gráfico abaixo, evidencia que as principais causas de óbitos maternos se deram devido a embolias de origem obstétricas, sejam embolias por coágulos de sangue e/ou outras embolias obstétricas. Além de anemia, doenças do aparelho circulatório e outras doenças infecciosas que

complicam a gravidez, o parto e o puerpério. Ressaltamos que nossa região apresentou um total de 5 causas indiretas de óbitos maternos no período de 2019 a 2023.

Gráfico 23 - Número de óbito materno, por causa básica, residência RSSLJ, 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet DataSUS

5 ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS EXISTENTES, DE REFERÊNCIA LOCAL E REGIONAL

A Rede Materno-Infantil está se organizando na RSSLJ, por meio da garantia de ações e serviços pactuados no âmbito dos municípios sob a égide da estruturação da Rede Alyne, que tem a finalidade de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

A Rede Alyne, conforme traz em portaria, deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Planejamento Regional Integrado – PRI (BRASIL, 2024).

Os pontos de atenção ora estruturados na RSLIJ para a prestação de ações e serviços à gestante e à criança, estão organizados por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Policlínicas Consorciadas, Maternidades e Hospitais gerais de risco habitual, Centro de Parto Normal (CPN) e Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais e Canguru (UCINCo e UCINCa).

No que tange aos componentes da Rede Alyne (Componente Pré-natal), a região dispõe da seguinte rede de cuidados ao binômio mãe-filho, destacando-se os seguintes pontos de atenção, assim distribuídos:

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde com os serviços disponíveis em suas diversas Unidades Básicas de Saúde da Família são pontos de atenção estratégico para acolher as necessidades das usuárias gestantes e seus(as) parceiros(as), proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado da saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2012).

O pré-natal de risco habitual caracteriza-se pela assistência prestada pela equipe de saúde da família ao pré-natal de gestantes sem fatores de risco para agravos à saúde materno-perinatal ou que apresente fatores de risco que possam ser conduzidos na atenção primária (Bouéres, 2019).

De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), a região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe possui 202 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 231 equipes de Estratégia Saúde da Família (eESF), 13 de Atenção Primária (eAP), 181 de Saúde Bucal (eSB), 19 equipes multiprofissionais (eMulti) e 6 Academias da Saúde, conforme quadro descritivo abaixo:

Quadro 1 - Serviços existentes na Atenção Primária a Saúde da Região– RSLIJ, 2024.

Município	População	eEsf	eAP	eSB	eMulti	ACS	Academia da Saúde	Cobertura ESF %
Alto Santo	14.155	8	0	5	1	25	0	100%
Aracati	75.113	28	0	13	1	131	0	100%
Erere	6.247	3	0	3	0	17	0	100%
Fortim	17.294	7	2	7	1	25	0	100%
Icapuí	21.433	10	0	8	1	49	0	100%
Iracema	14.001	6	1	6	1	37	1	100%
Itaiçaba	7.536	4	0	4	1	19	0	100%
Jaguaretama	17.232	9	0	9	1	46	1	100%
Jaguaribara	10.356	5	0	5	1	29	0	100%
Jaguaribe	33.726	14	6	13	1	86	2	100%

Jaguaruana	31.701	17	0	14	2	85	0	100%
Limoeiro do Norte	59.560	21	0	15	1	118	0	100%
Morada Nova	61.443	29	1	17	1	144	0	100%
Palhano	9.346	5	0	5	2	24	0	100%
Pereiro	15.501	7	0	6	0	39	1	100%
Potiretama	5.974	3	0	3	1	16	0	99,93%
Quixeré	20.874	10	1	10	1	52	0	100%
Russas	72.928	28	2	21	2	143	1	100%
São João do Jaguaribe	5.855	4	0	4	0	21	0	100%
Tabuleiro do Norte	30.652	13	0	13	0	76	0	100%
Total	530.927	231	13	181	19	1182	6	99,99%

Fonte: EgestorAB.

De acordo com o quadro acima, percebe-se que a região de saúde tem uma excelente cobertura de eSF, com 99,99% , enquanto que os números absolutos da saúde bucal, exprime uma baixa cobertura, principalmente nos municípios que apresentam maiores populações, como Aracati, Limoeiro do Norte, Morada Novae Russas.

Dentre muitas ações realizadas pela Atenção Primária, para o binômio mãe-filho, destaca-se a estratificação de risco gestacional, que deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal, a qual, sinalizará quais condutas a deverão ser adotadas, ou seja, se será na APS (gestantes de risco habitual) ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma, determinará a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência (Paraná, 2022).

Diante disso, é reluzente destacar que a SESA elaborou uma Nota Técnica com o objetivo de rever os critérios de estratificação de risco da gestante de forma a estabelecer o grau de complexidade de atenção necessário e definir os fluxos assistenciais na rede de acompanhamento pré-natal no Estado do Ceará.

Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e encaminhada, conforme os critérios estabelecidos, para os locais de referência. Mesmo quando for referenciada para avaliação ou seguimento em outro serviço de maior complexidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) deverá continuar o acompanhamento.

5.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

No que se refere à atenção ambulatorial especializada, a região dispõe das Policlínicas,

mantidas pelos consórcios de saúde pública com recursos humanos especializados e aparato tecnológico, além dos serviços ambulatoriais ofertados pelos próprios municípios. As Policlínicas dos Consórcios são as Unidades de referência para o pré natal de alto risco para os 20 municípios da região.

A Rede Alyne, traz a proposta de Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) e Ambulatório de Seguimento para crianças egressas de UTIN (A-SEG). Serão estruturados na Região, por meio do Hospital Regional Vale do Jaguaribe (HRVJ) e policlínicas consorciadas, melhorando o acesso na área materno-infantil.

Os quadros abaixo demonstram os serviços ofertados pelas Policlínicas consorciadas em cada  rea Descentralizada de Saúde (ADS) e os serviços ofertados nos municípios, ressaltando os pontos de ateno. (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 - Serviços ofertados nas Policlínicas Consorciadas, RSLIJ, 2025

Área Descentralizada de Saúde (ADS)	Estabelecimento	Consultas Médicas Especializadas	Consultas Multiprofissionais	Exames de apoio diagnóstico, terapêutico e de imagem
Aracati	Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa (Cnes: 7044674)	Neurologista, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Oftalmologia, Coloproctologia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco), Ortopedia, Mastologia, Neuropediatria, Pediatria, Radiologista, psiquiatria e Urologia.	Assistente Social, Enfermagem, Farmácia clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e NEP- Núcleo de Estimulação Precoce	Monitoramento pelo sistema holter, radiologia, ecocardiograma, ergometria, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, procedimento da fonoaudiologia, pequenas cirurgias
Limoeiro do Norte	Policlínica Judite Chaves Saraiva (CNES: 7382626)	Ginecologia e Obsterícia (Pré-natal de Alto Risco), Oftalmologia, Otorrinolaringologista, Cardiologia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologis, Urologia, Traumatortopedia, Neurologia, Endocrinologia, Pediatria, Angiologia, Clínica Médica e Otorrinolaringologia	Enfermegem, Farmácia Clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição Psicologia e Terapia Ocupacional	Monitoramento pelo sistema holter, radiologia, ecocardiograma, ergometria, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, colposcopia, mamografia, PAAF de mama, colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, procedimento da fonoaudiologia, pequenas cirurgias
	Policlínica Dr José Martins De Santiago (CNES: 7320418)	Cardiologia, Angiologia, Dermatologia, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco), Ortopedia, Mastologia, Pediatria, Radiologista e Urologia	Assistente Social, Enfermagem, Farmácia clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Ouvidoria, Psicologia, Terapia Ocupacional e NEP- Núcleo de Estimulação Precoce	Exames laboratoriais, Eletrocardiograma, Ergometria, Ecocardiografia, Laringoscopia, Audiometria, Imitanciometria, Logoaudiometria, Emissões Acústicas, Ultrassonografia, Endoscopia Digestiva, Teste do Olhinho, Exerese de calázio, Fundoscopia, Mapeamento de retina, Gonioscopia, Tonometria, Paracentese de Câmara Anterior, Retinografia Colorida Binocular, Biomicroscopia de Fundo de Olho, Colposcopia, Mamografia, Raio X, PAAF e PAAG de mama, Biópsias,

Fonte: Contrato de Programa dos Consórcios, 2024

Quadro 3 - Serviços Especializados Municipais na Atenção Materna e Infantil, na RSLIJ, 2025

ADS	Município	Estabelecimento	Código CNES	Serviço
	Fortim	Hospital Municipal do Fortim Dr. Waldemar Alcântara	2372568	Consulta pré-natal de alto risco, USG obstétrica, morfológica e com doppler
	Icapui	Hospital Maria Idalina R. De Medeiros	2561042	Consulta pré-natal de alto risco
	Itaíçaba	Centro de Especialidades Médicas	7194919	Consulta ginecológica
ADS Limoeiro do Norte	Alto Santo	Centro de Saúde de Alto Santo	2552132	Pré-natal de alto risco
	Jaguaribe	Hospital Municipal Governador Aduino Bezerra	2374064	Pré-natal de alto risco
	Limoeiro do Norte	Hospital Municipal Dr. Deoclecio Lima Verde	2529556	USG obstétrico
	Potiretama	Centro de Reabilitação de Potiretama	4235436	USG obstétrico
	Quixeré	Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira	2526662	USG morfológico
	Tabuleiro do Norte	Hospital e Maternidade Celestina Colares	2527693	USG obstétrico
Russas	Jaguaratama	Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes	2327961	USG obstétrico
	Jaguaruana	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação	2560976	USG obstétrico
	Morada Nova	Policlínica Municipal de Morada Nova	4011627	USG obstétrico
	Palhano	Hospital e Maternidade Maria Tereza de Jesus Mateus	2371847	USG obstétrico
	Russas	Centro de Especialidades Municipal Maragarida Leandro	9169695	USG obstétrico

Fonte: CNES, 2025

5.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

No que se refere à atenção hospitalar, a região dispõe de oferta de serviços de atenção secundária para partos de risco habitual. Os demais serviços de atenção à gestação de alto risco, como Hospitais para parto de alto risco (HGPAR), Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado intermediário Convencional (UCINCO), Unidade de Cuidado intermediário Canguru (UCINCA) e Banco de leite Humano (BLH), serão estruturados no Hospital Vale do Jaguaribe, garantindo maior resolutividade à área materno-infantil na região.

Devido ao vazio assistencial ora existente na Região, voltado à gestação de alto risco e aos cuidados com os neonatos, os partos são realizados fora da região, em Fortaleza, nos Hospitais Terciários César Calls, Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e na Região do Sertão Central no Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), em Quixeramobim.

Na RSLIJ, há muitos municípios que realizam os partos de risco habitual, mas os hospitais polos são os que demonstram maiores quantitativos de partos, pela referência que representam na Região. Outros 2 (dois) municípios realizaram um quantitativo de partos considerável, apesar de não serem polos, mas realizam partos para os municípios vizinhos.

Os quadros abaixo (Quadros 4 e 5), demonstram como está organizada a rede materno-infantil, no tocante aos serviços existentes e seus respectivos pontos de atenção hospitalar, tanto na região de saúde, fora da região e na capital do Estado, como também os municípios que realizam maiores quantitativos de partos na Região, de acordo com o período apresentado.

Foi analisado na Região o quantitativo de partos de alto risco e observou-se que o maior número ocorreu em mulheres que referiram a sua raça/cor parda, seguida da cor amarela, com um percentual também favorável, como explicitado no quadro 6, abaixo.

No tocante as habilitações para a Rede Materna e Infantil na Região, há o quadro 7, que demonstra os serviços, os estabelecimentos e as Portarias do Ministério da Saúde com as referidas habilitações.

Quadro 4 - Pontos de Atenção Hospitalar da Rede Materno Infantil, Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, 2024

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO
Parto de Risco Habitual	Hospital Maternidade Santa Rita (Alto Santo) Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac (Referência para a ADS/Aracati) Hospital Humberto de Queiroz (Iracema) Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes (Jaguaretama) Hospital Municipal Santa Rosa (Jaguaribara) Hospital Municipal Governador Aduino Bezerra (Jaguaribe) Hospital São Raimundo (Referência para a ADS/Limoeiro do Norte). Hospital Regional Dr. Francisco Galvão de Oliveira – HRFGO (Morada Nova) Hospital Municipal Humberto de Queiroz (Pereiro) Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira (Quixeré) Hospital e Casa de Saúde de Russas (Referência para a ADS/Russas) Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares (Tabuleiro do Norte)
Parto de Alto Risco	Hospitais de Fortaleza (Cesar Calls, MEAC, Hospital Geral) Hospital Regional do Sertão Central (Ocorrência de alguns encaminhamentos- Quixeramobim)
Centro de Parto Normal (CPN)	Hospital Santa Luísa de Marillac Hospital São Raimundo
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto	Hospital São Raimundo (10 leitos) Hospitais de Fortaleza (Referência atual) Hospital Regional Vale do Jaguaribe (20 leitos)
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Hospitais de Fortaleza (Referência atual)
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Hospital Santa Luísa de Marillac (Atende a ADS/Aracati)
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	Hospital Santa Luísa de Marillac (Atende a ADS/Aracati)

Fonte: Relatório de Gestão 2019-2022 – Atualizado

Quadro 5 - Municípios que realizaram maiores quantitativos de partos, na RSLIJ, no período de 2019 a 2024.

Município	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Aracati	1485	1328	1194	1156	999	995	7.157
Jaguaribe	337	356	374	389	354	323	2.133
Limoeiro do Norte	1342	1049	1123	1183	1075	984	6.756
Morada Nova	726	679	734	585	579	430	3.733
Russas	992	983	921	821	816	688	5.221
Total	4.882	4.395	4.346	4.134	3.823	3.420	28.420

Fonte: TABWIN/SIH Dados retirados em 24/02/2025 * Dados podem ser alterados

Os municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas, têm os seus serviços hospitalares como polos de referências na Região para partos de risco habitual e intermediário, demonstrando maiores quantitativos de partos realizados nos períodos. Os municípios de Jaguaribe e Morada Nova, apesar de não serem polos, se sobressaem com um quantitativo considerável de partos realizados no mesmo período.

Quadro 6 - Partos de alto risco por raça/cor na RSLIJ, no período de 2019 a 2024

Raça/cor	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Branca	16	2	30	11	14	6	79
Preta	4	1	0	0	0	0	5
Parda	333	332	156	171	121	153	1.263
Amarela	17	69	214	115	102	48	565
Indígena	0	0	0	0	0	0	0
Sem informação	0	1	1	1	0	0	3
Total	370	405	401	298	237	207	1.915

Fonte: TABWIN/SIH/DATAUS *Dados parciais

Os dados acima demonstram que a cor parda é predominante com 66% para os partos de alto risco, seguido de 28,5%, desses partos em mulheres que referiram a sua raça/cor, amarela.

Quadro 7 - Quantidade de leitos clínicos e cirúrgicos existentes e necessários, na RSLIJ, 2025

Rgião	ADS	Nascidos vivos 2023	Leitos clínicos existentes	Leitos clínicos necessários	Leitos cirúrgicos existentes	Leitos cirúrgicos necessários
Litoral	Aracati	1.244	13	5	8	5
Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte	2.356	46	10	24	10
	Russas	2.162	26	6	11	12
	Total	5.762	85	21	43	27

Fonte: SINASC/CEARÁ/CNES

O quadro acima mostra a quantidade de leitos existentes e necessários no subconjunto de leitos obstétricos. Os cálculos para as necessidades foram baseados nas internações por clínica, adotando o critério de maior número de internação no período (ano 2023).

Quadro 8 - Pontos de Atenção da Rede Materna e Infantil, habilitados pelo Ministério da Saúde, na RSLIJ, 2025.

Município	Estabelecimento	Serviço	Portaria de Habilitação
Aracati	Hospital Santa Luisa de Marillac (CNES 23730090)	UCINCo e UCINCa	Portaria GM/MS nº 3.743 de 21/12/2021
		CPN tipo II 3 PPP	Portaria GM/MS nº 4.112 de 28/11/2022
Limoeiro do Norte	Hospital São Raimundo (CNES 2527707)	CPN tipo II 3 PPP	Portaria GM/MS nº 11 de 7/03/2025

Fonte: Autoria própria.

5.4 INSERÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL NA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

O Hospital Regional Vale do Jaguaribe- HVJ está situado nas proximidades da BR-116, no entroncamento entre Limoeiro do Norte, Russas e Morada Nova, em localização estratégica

paratoda aregião.Foiinaugurado no mês de novembro de 2021, e é referência para os 20 municípios da região, os quais são: Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapuí, Itaiçaba, Iracema, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova,Palhano,Pereiro,Potiretama, Quixeré,Russas,SãoJoãodoJaguaribe e Tabuleiro do Norte, perfazendo um contingente populacional de 550.927habitantes (IBGE, 2022).

Com um perfil assistencial terciário especializado, é responsável por prestar atendimento em clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e traumatológica. Funciona com as clínicas médica, cirúrgica, traumato-ortopédica e UTI adulto. Conta-se ainda, com leitos de psiquiatria e serviço de hemodinâmica.

Tem em sua estrutura a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal, UTIs neonatal, obstétrica e pediátrica, com previsão para funcionamento em 2026, segundo planejamento da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

O HVJ entrará na Rede Materna e Infantil, como Hospital terciário na Região, para desempenhar seu papel na alta complexidade na assistência à gestante, puérpera e ao recém-nascidos de risco.

6 ESTIMATIVAS DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL E DE ALTO RISCO NA RSLLJ

Para estimar o número de gestantes para o processo de planejamento da assistência pré-natal é o conhecimento do número nascidos vivos do ano anterior, através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC. Este número total de nascidos vivos pode então ser utilizado para estimar os grupos alvo da atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, através de um processo de retroprojeção com um acréscimo de 10% para se obter o numero total de gestantes, conhecendo assim o grupo necessários à programação da Rede Alyne.

O atendimento pré-natal deve ser organizado para atender às necessidades de toda a população de gestantes da área de atuação, proporcionando facilidades de acesso e continuidade do acompanhamento. A rede de atenção deve disponibilizar os diversos serviços, dentre eles o pré-natal para o baixo e alto risco. Os parâmetros de assistência pré-natal e ao parto, atualmente estabelecidos, consideram que 15% das gestantes podem ser de alto risco. Por outro lado, observamos que diante da dinâmica de implantação do protocolo de estratificação de risco gestacional na Região Litoral Leste Jaguaribe, mesmo que incipiente, já trazem números superiores ao parâmetro acima citado. Diante disto, apresentamos o quadro abaixo com a projeção da estimativa de gestantes com dois cenários diferentes, apresentando a

quantidade de gestantes de alto risco usando o percentual de 15% para o cenário I e de 30% para o cenário II.

Quadro 9 - Estimativas de gestantes de risco habitual e alto risco, segundo Município, Área Descentralizada e Região de Saúde– 2025.

Município/Área Descentralizada/Região de Saúde	Nascidos Vivos (2023)	Gestantes I			Gestantes II		
		Total	Risco Habitual	Alto Risco	Total	Risco Habitual	Alto Risco
Alto Santo	135	148	125	22	148	103	44
Erere	21	23	19	3	23	16	6
Iracema	144	158	134	23	158	110	47
Jaguaribara	112	123	104	18	123	86	36
Jaguaribe	357	392	333	58	392	274	117
Limoeiro do Norte	703	773	657	116	773	541	231
Pereiro	196	215	182	32	215	150	64
Potiretama	76	83	70	12	83	58	24
Quixeré	264	290	246	43	290	203	87
São João do Jaguaribe	40	44	37	6	44	30	13
Tabuleiro do Norte	308	338	287	50	338	236	101
ADS Limoeiro do Norte	2.356	2.592	2.203	389	2.592	1.814	778
Aracati	820	902	766	135	902	631	270
Fortim	205	225	191	33	225	157	67
Icapuí	156	171	145	25	171	119	51
Itaíçaba	63	69	58	10	69	48	20
ADS Aracati	1.244	1.368	1.162	205	1.368	957	410
Jaguaretama	194	213	181	31	213	149	63
Jaguaruana	338	371	315	55	371	259	111
Morada Nova	707	771	655	116	771	540	231
Palhano	100	110	93	16	110	77	33
Russas	823	905	769	135	905	633	271
ADS Russas	2.162	2.378	2.021	357	2.368	1.658	710
Região Litoral Leste/Jaguaribe	5.762	6.338	5.387	951	6.338	4.437	1.901

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Parâmetros considerados para o cálculo de gestantes de risco habitual e alto risco:

Total de Gestantes: cenário 1

Gestantes de Risco Habitual: 85% do total de gestantes.

Gestantes de Alto Risco: 15% do total de gestantes.

Total de Gestantes: cenário 2

Gestantes de Risco Habitual: 70% do total de gestantes.

Gestantes de Alto Risco: 30% do total de gestantes.

7 PAPEL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) NA REDE MATERNO INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DO LITORAL LESTE JAGUARIBE.

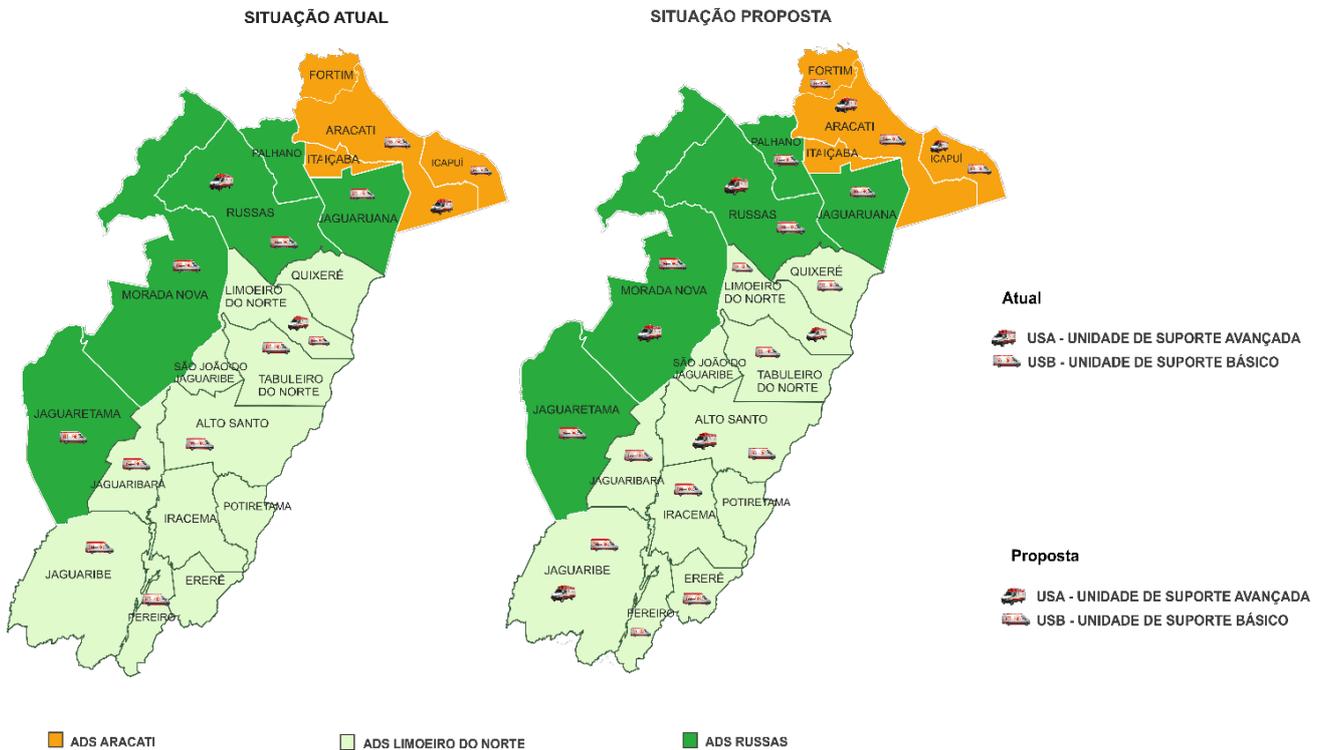
A “gestação de alto risco” requer um encaminhamento responsável da gestante a um serviço de referência, e para que haja equidade e possibilidade de atendimento de urgência, é preciso que o serviço de Assistência Pré-hospitalar (APH) se utilize da triagem baseada nos critérios de gravidade.

No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), trata-se do principal serviço público pré-hospitalar móvel. Foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. No Ceará, o SAMU 192 Ceará, inicialmente chamado de Samu Litoral Leste, começou suas atividades em dezembro de 2007, com duas Unidades de Suporte Avançado (USAs) e dez Unidades de Suporte Básico (USBs), sendo reguladas pela Central de Regulação das Urgências (CRU) do Eusébio, que à época realizava a cobertura de 14 municípios. O Serviço foi inaugurado oficialmente em 30 de janeiro de 2008 e veio sofrendo modificações durante os anos em sua nomenclatura e cobertura. Em 2017 ficou conhecido como Samu 192 Ceará que reverbera até os dias atuais, bem como sua cobertura chegou a 100%.

O Samu 192 Ceará possui, atualmente, três Centrais de Regulação das Urgências, a CRU Eusébio, regulando as Regiões de Saúde de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central. Ao todo, são 121 Bases de Apoio e 166 unidades móveis, sendo três de resgate aeromédico, 29 USAs, 131 USBs e três motolâncias.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe conta com sete salas de estabilização, quatro UPAs, 12 USBs, três USAs, quatro hospitais polo e 40 leitos de UTI. No entanto, não possui atenção terciária para a rede materno-infantil, logo os casos são referenciados para outras regiões de saúde, principalmente os municípios de Fortaleza e Quixeramobim. Faz-se, portanto, necessário que a assistência prestada pelo SAMU seja em tempo hábil para o binômio mãe-bebê. A seguir é possível observar como a situação atual e proposta do SAMU na SRLES.

Figura 3 - Mapas demonstrativos das Unidades de Suporte Avançado e Básico na Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, Fortaleza, Ceará, 2025.



Fonte: autoria própria, 2025.

No que concerne à Rede Alyne, a mesma tem como objetivo garantir um cuidado integral à gestante para reduzir a mortalidade materna, fetal e infantil, tendo como meta a redução da mortalidade materna em 25% até 2027, por se tratar de um indicador crítico que reflete a qualidade da assistência e o acesso aos serviços de saúde.

Em 2021 a SESA lançou o Protocolo de Regulação de Urgência e Emergência Materno-Infantil no Estado do Ceará, documento que é um instrumento norteador de procedimentos a serem adotados na área da Obstetrícia/Neonatólogica, por todas instituições no Estado, com o objetivo de harmonizar condutas entre os profissionais de saúde que atuam na área, possibilitando mais segurança na tomada de decisão clínica, baseando-se em evidências científicas e práticas em serviço. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas e inseridas no sistema de regulação Fastmedic para avaliação do médico regulador. Destaca-se que essa Região de Saúde não possui regulação própria, logo os pacientes são regulados pela regulação do nível central – Fortaleza.

Neste sentido, a literatura salienta que durante a assistência do serviço pré-hospitalar de urgência a gestante, cabe aos profissionais assumir um papel importante na realização do

monitoramento da frequência cardíaca fetal, observação da cor do líquido amniótico, avaliar a dinâmica uterina e acompanhar a evolução da dilatação cervical para monitorar e controlar a evolução do parto. Visto que avaliações precisas possibilitam uma rápida intervenção em caso de alguma intercorrência, resultando em um atendimento seguro, integral e humanizado. Inclui-se ainda a monitoração materna, frequência das contrações, o apoio psicológico, onde o profissional mantém a gestante informada sobre todos os procedimentos, evolução do bebê e se necessário preparar a gestante para o parto de emergência.

Para sua atuação rápida e eficaz, deve ocorrer a agilização na disponibilidade dos recursos para atendimento ao paciente, evitando desperdício do uso inadequado de meios, duplicação de atendimentos e retardo no tratamento. A assistência da equipe do SAMU desempenha um papel crucial nos cuidados e na redução das complicações obstétricas.

8 ORGANIZAÇÃO DOS PLEITOS NA REGIÃO DE SAÚDE DO LITORAL LESTE JAGUARIBE- PAR/REDE ALYNE

A Rede Alyne será organizada na região, por meio dos pleitos estabelecidos, de forma a possibilitar o provimento contínuo de ações e serviços de saúde voltados a atenção à saúde materna e infantil, possibilitando a articulação com os distintos pontos de atenção à saúde e a organização da capacidade instalada da região de saúde.

A Rede Alyne é constituída pelos seguintes componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema Logístico, Sistema de Apoio e Sistema de Governança.

8.1 COMPONENTE PRÉ-NATAL

De acordo com o componente pré-natal, a Rede deve estar estruturada levando em consideração as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatório Especializado e Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco- AGPAR.

O Componente pré-natal compreende as seguintes ações de atenção à saúde (PRT nº 5.350 de 12 de setembro de 2024):

- ✓ Realização de pré-natal na UBS, com captação oportuna (até 12 semanas) da gestante e, no mínimo, sete consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos;
- ✓ Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- ✓ Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação, estratificação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- ✓ Acesso ao cuidado compartilhado entre atenção primária e atenção especializada ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, por meio de referência vinculada à atenção especializada, seja por equipe multiprofissional, ambulatório especializado ou ambulatório de gestação e puerpério de alto risco;
- ✓ Vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto e o atendimento das eventuais intercorrências na gestação; e o estímulo, no último trimestre gestacional, às ações de vínculo entre a gestante e a maternidade de referência do território;
- ✓ A garantia ao cuidado integral à saúde bucal da gestante;

- ✓ O acesso ao rastreamento e tratamento de sífilis, HIV, hepatites e as demais doenças infectocontagiosas incorporadas pelas Diretrizes Clínicas vigentes do Ministério da Saúde;
- ✓ A atualização do calendário vacinal da gestante;
- ✓ O estímulo à participação de acompanhante gestacional no pré-natal e às abordagens voltadas aos temas parentalidade responsável e saúde integral do homem;
- ✓ A oferta de grupos de gestantes visando a preparação para o parto, puerpério, amamentação e cuidado da criança; a promoção da equidade, respeitando-se a diversidade e as características sociais, culturais, étnico-raciais e de gênero
- ✓ A promoção da equidade, respeitando-se a diversidade e as características sociais, culturais, étnico-raciais e de gênero;
- ✓ Qualificação do sistema e da gestão da informação
- ✓ Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Na Rede Alyne, em seus parágrafos 2º e 3º, fica estabelecido que o atendimento às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional deverá ser realizado, prioritariamente, pelas Equipes de Atenção Primária Prisional e as gestantes em situação de rua e acompanhantes gestacionais deverão ser atendidas, prioritariamente, pelas Equipes de Consultório na Rua (eCR). Na ausência, desses dispositivos, que sejam atendidas, por outro tipo de equipe de referência, garantido o acesso a todos os serviços da rede e observadas as diretrizes da política (BRASIL,2024).

Dentro desse componente, a Região de Saúde apresenta grandes desafios na assistência materno-infantil tanto na atenção primária como na atenção especializada, com a ausência de alguns exames laboratoriais e de imagem, mesmo que alguns exames tenham a co-participação financeira do Ministério da Saúde, desde o advento da Rede Cegonha.

A Portaria GM/MS nº 5.349 de 12 de setembro de 2024, que dispõe do financiamento da Rede Alyne, irá cofinanciar os exames de pré-natal com acréscimo de outros exames e se dará em parcela única e será calculado de acordo com o número de gestantes acompanhadas até a 20ª semana de gestação com exames avaliados. O valor

financeiro repassado será R\$ 144,35 (cento e quarenta e quatro reais e trinta cinco centavos). Os exames abaixo listados constam no anexo 2 do ANEXO II da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, com acréscimos de outros exames destacados em negrito, conforme lista abaixo:

Teste rápido de gravidez

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Teste rápido para Hepatite B

Teste rápido para Hepatite C

Teste para HTLV

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

O ponto de atenção para o pré-natal de alto risco, é o Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco- AGPAR. Este serviço é responsável pelo acompanhamento compartilhado com a atenção primária à saúde (APS), de gestantes e puérperas de alto risco, garantindo o acesso a consultas com equipe multiprofissional especializada, a exames laboratoriais, de imagem e terapêuticos de apoio para melhoria ou estabilização

da condição de saúde, evitando desfechos desfavoráveis. Além disso garante o acesso regulado a hospital ou maternidade equipada com leitos de gestação de alto risco, quando necessário.

O AGPAR será regionalizado com cobertura assistencial para 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e capacidade instalada para atendimento anual de 1.500 (mil e quinhentas) gestantes de alto risco.

O financiamento do componente de pré-natal, vinculado à atenção especializada compreende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal para o AGPAR, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), após a sua homologação.

Na RSLIJ, o atendimento às gestantes de alto risco ocorrem nas Policlínicas consorciadas instaladas nas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas, tendo a necessidade de melhorar a oferta desse serviço, dando maior acesso à essas gestantes e ampliando o atendimento para as puérperas que necessitam de cuidados especializados.

A proposta é implantar 01 (um) ambulatório no Hospital Regional Vale do Jaguaribe, localizado no município de Limoeiro do Norte e será referência para todos os 20 municípios da Região, como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 10 - Pleito do Componente Pré-natal-Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco- AGPAR, na RSLIJ, 2025

Região de Saúde	Município Sede/Demais municípios	Nascidos vivos em 2023 na Região	Existente	Necessidade	Diferença	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Hospital Regional Vale do Jaguaribe CNES 9672427							
Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte (AGPAR) Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte	5.762	00	01	00	1.200.000,00	2026
		Total Financeiro Anual				1.200.000,00	

Fonte: Autoria própria.

8.2 COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

O componente Parto e Nascimento está constituído pelos seguintes pontos de atenção: Centro de Parto Normal Intra-hospitalar- CPNi e Centro de Parto Normal Peri-hospitalar- CPNp; Maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; Maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco; Unidades de Cuidado Neonatal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera-CGBP.

Os Centros de Partos Normais são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizados em suas dependências internas ou imediações. Devem operar com protocolos de admissão e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico ou obstetriz e atualizá-los periodicamente junto às equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência.

Na RSELLJ, existem dois Hospitais pólos materno-infantil com os serviços funcionando e habilitados, que são: Hospital e Maternidade Santa Luisa de Marillac, localizado no município de Aracati e funciona com CPNi Tipo II, 3 PPP e é referência para os municípios de Aracati, Fortim, Icapui e Itaiçaba e o Hospital São Raimundo, que está localizado no município de Limoeiro do Norte e funciona também com CPNi tipo II, 3PPP e serve de referência para os municípios de Alto Santo, Ereré, Iracama, Jaguaribe, Jaguaribara, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.

O incentivo financeiro estabelecido pelo Ministério da Saúde o CPNi Tipo II, com 5 PPP, será no valor de R\$ 91.000,00 (noventa e um mil reais) de custeio mensal e para o CPNi Tipo I 5PPP, será no valor de R\$ 104.000,00 (cento e quatro mil reais) mensais.

A nova proposta é a implantação de mais cinco (5) serviços: no Hospital e Casa de Saúde de Russas, no município de Russas, que é referência para os municípios de Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas; no Hospital Regional Vale do Jaguaribe que será referência na região; no Hospital Municipal Governador Adauto Bezerra, no município de Jaguaribe; no Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira, no município de Morada Nova e Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares, em Tebuleiro do Norte. Há proposta de aumento de leitos pré-parto, parto e pós parto (PPP) nos serviços já existentes,

como também mudança de tipologia, para tipo I, no Hospital São Raimundo. O quadro abaixo demonstra os serviços habilitados e as novas propostas estabelecidas na Rede

Quadro 11 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Centro de Parto Normal na RSLLJ, 2025

Região de Saúde	Município Sede/Abrangência	Nascidos vivos em 2023	CPNi Tipo I Existente	CPNi Tipo II existente	Necessidade de CPNi Tipo II 5PPP	Necessidade CPNi Tipo I 5PPP	Diferença	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Hospital Santa Luisa de Marillac- HSLM CNES 2372967									
	Aracati (Aracati, Fortim, Icapui e Itaiçaba)	1.244	00	01	01	00	02	1.092.000,00	2025
Hospital Municipal Governador Adauto Bezerra CNES 2374064									
	Jaguaribe	357	00	00	01	00	-01	1.092.000,00	2026
Hospital Regional Vale do Jaguaribe- HRVJ CNES 9672427									
Litoral Leste Jaguaribe e	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)	5.762	00	00	01	00	-01	1.092.000,00	2026
Hospital São Raimundo CNES 2527707									

(Continua).

	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)	2.356	00	01	00	01	00	1.248.000,00	2025
Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira- HRFGO CNES 3302490									
	Morada Nova	698	00	00	01	00	-01	1.092.000,00	2026
Hospital e Casa de Saúde de Russas- HCSR CNES 2328003									
	Russas (Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas)	2.162	00	00	01	00	-01	1.092.000,00	2027
Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares CNES 2527693									
	Tabuleiro do Norte	308	00	00	01	00	-01	1.092.000,00	2026
Total Financeiro Anual								7.800.000,00	

Fonte: Autoria própria

O segundo ponto de atenção do componente parto e nascimento é formado pela maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos, o qual será responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de risco habitual. O terceiro ponto desse componente é formado pela maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco (HGPAR). Esse deverá ser responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de alto risco que necessitem de atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade.

Na RSLIJ, como já citado anteriormente, muitos hospitais de pequeno porte realizam partos de risco habitual, com um número reduzido, tendo maior quantitativo de parto, realizado nos hospitais polo da região, como demonstrado no quadro 5.

Na Região não há serviço que realize parto de alto risco no momento, tendo como proposta na Rede, de implantação no Hospital Regional Vale do Jaguaribe - HRVJ, conforme estabelecido no quadro abaixo. O referido hospital está localizado no município de Limoeiro do Norte e o novo serviço, funcionará de forma regionalizada e servirá de referência para os 20 municípios que compõem a Região de Saúde.

O incentivo financeiro a ser repassado pelo Ministério da Saúde para custeio mensal desses serviços, será calculado a partir do número de leitos habilitados ou qualificados, multiplicado pelos 365 dias do ano e multiplicado pela taxa de ocupação de 90% (BRASIL, 2024a). O valor financeiro por cada leito de gestação de alto risco será de R\$ 576,00 (quinhentos e setenta e seis reais).

Quadro 12 - Pleito do Componente Parto e Nascimento: Maternidade ou Hospital Geral com leitos obstétricos (cirúrgicos e clínicos) com habilitação para gestação e puerpério de alto risco (HGPAR) na RSLIJ, 2025

Região de Saúde	Município de municípios	Sede/Demais	Nascidos vivos em 2023 na Região	Leitos Obstétricos de Alto Risco		Prazo	Custeio Anual (R\$)
				Existentes	Necessidade		
Hospital Regional Vale do Jaguaribe CNES 9672427							
Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte ((Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaratama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)		5.762	00	20	2026	3.784.320,00
Total Financeiro Anual							3.784.320,00

Fonte: Autoria própria.

As Unidades de Cuidados neonatais são pontos de atenção inseridos no componente parto e nascimento. Essas unidades são responsáveis pela atenção à saúde de recém-nascidos de alto risco que necessitam de suporte intensivo ou intermediário de saúde. Essas Unidades estão divididas em: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

De acordo com os parâmetros populacionais explicitados na Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, para cada 1000 nascidos vivos deve ser implantado 2 leitos de UTIN, 2 de UCINCo e 1 de UCINCa.

Na Região, há um vazio assistencial para UTIN, com a proposta de implantação no HRVJ, juntamente com os leitos UCINCo e UCINCa para complementariedade desses serviços, que funcionarão como referência para a população da Região. Já se encontram funcionando e habilitados 3 leitos de UCINCo e 3 de UCINCa no Hospital Santa Luisa de Marillac no município de Aracati. O quadro 13 abaixo demonstrará os serviços existentes, as propostas para os novos serviços e os impactos financeiros na Rede.

Quadro 13 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Unidades de Cuidado Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) na RSLIJ, 2025.

Região de Saúde	Município Sede/Demais municípios	Nascidos vivos em 2023 na Região	Leitos UTIN Existentes	Necessidade de Leitos UTIN Tipo II	Diferença	Leitos de UCINCo Existentes	Necessidade de Leitos de UCINCo	Diferença	Leitos de UCINCa Existentes	Necessidade de Leitos de UCINCa	Diferença	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Hospital Regional Vale do Jaguaribe – HRVJ CNES 9672427													
Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)	5.762	00	10	-10	00	8	-8	00	2	-2	UTIN Tipo II (10 leitos)= 42.573.600,00 UCINCo 8 leitos= 16.083.360,00 UCINCa 2 leitos= 4.020.840,00	2026
TOTAL FINANCEIRO 62.677.800,00													

Fonte: Autoria própria.

No componente Parto e Nascimento, conta-se com a Casa da Gestante Bebê e Puérpera- CGBP, que é uma residência provisória destinado à gestante, puérpera e recém-nascido em situação de vulnerabilidade ou risco. Deve estar vinculada a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco da localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência.

A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar (BRASIL, 2023).

Na RSLES, não existe o serviço implantado, tendo a necessidade de organizar uma (01) CGBP com a capacidade instalada de 20 leitos, no município de Limoeiro do Norte, a qual ficará vinculada ao Hospital terciário (HRVJ) e servirá de referência para toda a região, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 14 - Pleitos do Componente Parto e Nascimento: Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) na RSLJ, 2025.

Região de Saúde	Município Sede/Demais municípios	Nascidos vivos em 2023	Leitos Existentes	Necessidade de Leitos	Diferença	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Aracati, Fortim, Ereré, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)	5.762	00	20	-20	936.000,00	2026
			Total Financeiro Anual			936.000,00	

Fonte: Autoria própria.

8.3 COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança, é constituído pelas Unidades de Saúde da Família, com responsabilidade na prestação cuidados à puérpera, recém-nascidos e crianças; pelo Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG) e Banco de Leite Humano (BLH).

Para o financiamento desse componente, destaca-se primeiramente, o A-SEG, que é um serviço, responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco, prioritariamente as egressas de UTI e UCINCO, observados o perfil epidemiológico, a pactuação regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos. O serviço garante o acesso a consultas com equipe multiprofissional especializada, além de exames laboratoriais, de imagem e terapêutico de apoio para estabilização da condição de saúde e crescimento e desenvolvimento infantil adequados. O incentivo financeiro para o A-SEG será no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) de custeio mensal .

Na RSSLJ, não há o serviço implantado. Atualmente alguns desses atendimentos são prestados pelas policlínicas de gestão consorciada estadual existentes na região. Nesse primeiro momento a proposta de implantação do serviço é no Hospital Regional Vale do Jaguaribe que será a referência para toda a região e posteriormente, esses ambulatórios serão implantados nas policlínicas estaduais, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 15 - Pleitos do Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (A-SEG) na RSSLJ, 2025.

Região de Saúde	Município Sede/Demais municípios	Nascidos vivos em 2023	Esfera de Gestão	Esfera de Gestão responsável pelo aporte financeiro	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Hospital Regional Vale do Jaguaribe- HRVJ CNES 9672427						
Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapui, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, João do Jaguaribe e Tabuleiro	5.762	Estadual	Federal	600.000,00	2026

(Conclusão)

Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa CNES 7044674						
	Aracati (Aracati, Fortim, Icapui e Itaiçaba)		Estadual	Federal	600.000,00	2027
Policlínica Judite Chaves Saraiva CNES 7382626						
	Limoeiro do Norte (Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Pereiro, Potiretama, Quixeré, João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)		Estadual	Federal	600.000,00	2027
Policlínica Dr. José Martins de Santiago CNES 7320418						
	Russas (Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas)		Estadual	Federal	600.000,00	2027
Total Financeiro Anual					2.400.000,00	

Fonte: Autoria própria

O Banco de Leite Humano- BLH, que é um ponto de atenção do componente puerpério e atenção integral à saúde da criança, é o local de referência em amamentação que reúne ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso internados em unidades neonatais e que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação sobre aleitamento materno (BRASIL, 2024).

O incentivo financeiro de custeio será destinado ao serviço hospitalar com BLH, vinculado à Rede Brasileira de Bancos de leite Humano, com produção ativa e registrada mensalmente no Sistema de Gestão da Informação da rBLH-BR.

O valor financiado mensalmente, será de R\$ 20.000,00 (vinte e mil reais) para cada serviço autossuficiente e de R\$ 15.000,00 (quize mil reais) para o serviço que não alcançar autossuficiência. Serão considerados autossuficientes os BLH com capacidade de atender, exclusivamente com leite humano pasteurizado ou extraído pela própria mãe à beira leito, a pelo menos 80% das prescrições destinadas aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, internados nas unidades neonatais a eles vinculados (BRASIL, 2024).

Na RSLIJ, não há BLH implantado e somente existe 1 (um) Posto de Coleta que funciona no Hospital Santa Luisa de Marillac, em Aracati. A nova proposta é implantar o serviço no Hospital Regional Vale do Jaguaribe com autossuficiência e o mesmo será referência para os demais municípios da região, conforme explicitado no quadro abaixo.

Quadro 16 - Pleitos do Componente: Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança- Banco de Leite Humano- BLH na RSLIJ, 2025.

Região de Saúde	Município	Sede/Demais municípios	Município	Estabelecimento	CNES	Custeio Anual (R\$)	Prazo
Litoral Leste Jaguaribe	Limoeiro do Norte	(Alto Santo, Ereré, Fortim, Iracema, Jaguaribama, Jaguaribe, Morada Nova, Pereiro, Quixeré, Russas, João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte)	Limoeiro do Norte	Hospital Regional Vale do Jaguaribe- HRVJ	9672427	240.000,00	2026
Total Financeiro						240.000,00	

Fonte: Autoria própria

8.4 COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO

O componente Sistema logístico compreende a regulação e o transporte inter-hospitalar, sendo responsável por produzir soluções em saúde, com base em tecnologias da informação e comunicação, a fim de fortalecer a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

O financiamento do Ministério para esse componente, refere-se ao repasse de incentivo financeiro de custeio para qualificação do complexo regulador e UTI Móvel. No tocante ao complexo regulador, o repasse financeiro está condicionado a organização de uma equipe profissional capacitada para o exercício da regulação da oferta de serviços de saúde materno e infantil, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana, preferencialmente na Central de Regulação de Internações Hospitalares, priorizando os atendimentos conforme o grau de complexidade, tanto os ambulatoriais quanto os hospitalares e ainda, buscando garantir transporte inter-hospitalar com equipe qualificada para gestante, puérpera e recém-nascido que necessite de cuidados de maior complexidade ou intensidade (Brasil, 2024).

A RSLIJ, foi classificada como porte I (regiões com até 50. 000 nascidos vivos), tendo o aporte financeiro mensal para custeio do complexo regulador é de R\$ 24.150,00 (vinte e quatro mil e cento e cinquenta reais). Eses serviços funcionarão na Sede da Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe- SRLES, em Limoeiro do

Norte.

No tocante à UTI Móvel, foi considerado a mesma classificação referente ao número de nascidos vivos, implicando em 1 (uma) unidade para a região. O custeio financeiro será de R\$ 50.500,00 (cinquenta mil e quinhentos reais) mensais.

O quadro abaixo demonstra os pleitos do componente do Sistema Logístico e o aporte financeiro mensal na região.

Quadro 17 - Pleitos do Componente Sistema Logístico- Complexo Regulador e Transporte Inter-hospitalar na RSSLJ, 2025.

Região de Saúde	Nascidos Vivos	Complexo Regulador Porte I			Custeio Anual R\$	Transporte Inter Hospitalar(UTI Móvel) Porte I			Custeio Anual R\$	Prazo
Superintendência de Saúde Litoral Leste Jaguaribe- SRLES/Limoeiro do Norte										
Litoral Leste Jaguaribe	5.762	Ne	Exis	Diferen	289.800,00	Nece	Exis	Dife	606.000,00	2025
		ces	tente	ça		ssida	tente	renç		
		sid	00	-01		de	00	a		
		ade				01		-01		
		01								
Total Financeiro Anual R\$ 895.800.00										

Fonte: Autoria própria

9 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

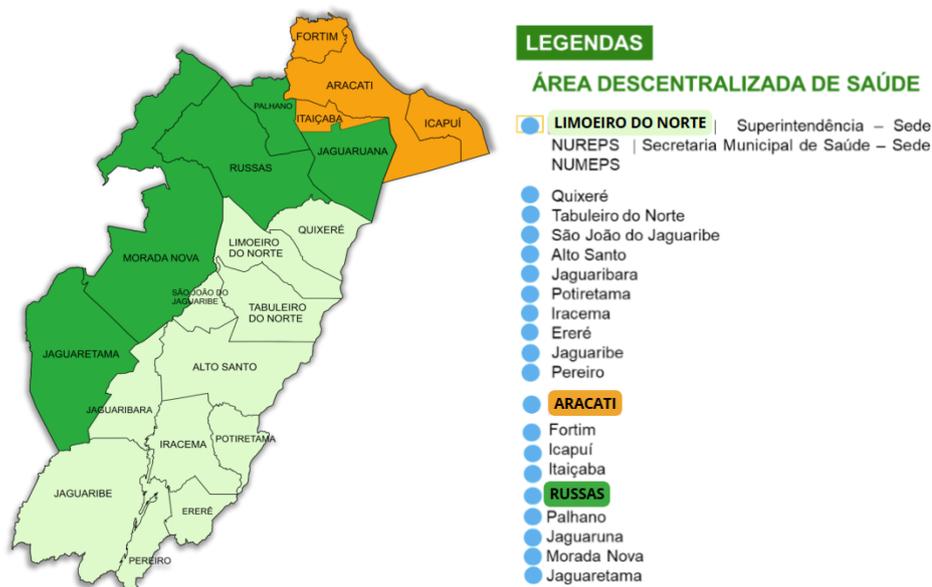
Na Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, a Rede Estadual Saúde Escola vem buscando consolidar a integração entre ensino-serviço-comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação/implementação do Núcleo Regional e Municipais de EPS (NUREPS/NUMEPS), orientado pela articulação entre segmentos da gestão, atenção, formação e controle social, seguindo os princípios propostos pelo Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde, destacados na Política Nacional de EPS instituída por meio da Portaria nº 198/2004, publicadas na Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2018), além das orientações contidas no Plano Cearense de EPS (PCEPS), publicado em 2018 (CEARÁ, 2018) e na própria Política Cearense de EPS (CEARÁ, 2022), homologada pela Resolução nº 104 em 2022.

Esse processo de implantação/implementação vem ocorrendo desde 2021, sendo a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) responsável pelo apoio técnico para a implantação/implementação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde, em parceria com a Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA).

A Região Litoral Leste-Jaguaribe tem implantados 1 NUREPS formado por membros da SRLES e das ADS de Russas e Aracati e 20 Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NUMEPS) em seus vinte municípios, conforme demonstrado na figura 1. O Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde está organizado em cinco eixos:

1. Construir e Consolidar o Sistema Saúde Escola Comunidades de Aprendizagem;
2. Desenvolvimento Científico e Tecnológico- Gestão do Conhecimento;
3. Inovações Tecnológicas de Educação em Saúde- Desafios Metodológicos;
4. Desenvolvimento de Gestores e Lideranças no SUS/CE- Desenvolvimento Institucional;
5. Integração Ensino Serviço e Comunidade- Interações Educativas na Saúde.

Figura 4 - Implantação de Núcleo Regional e Municipais de EPS.



Fonte: Adaptado do Relatório de Gestão da Saúde do Ceará 2019.

Dentro dessa logística de organização, foram identificados alguns macroproblemas na rede materno-infantil, sendo eles:

- Fragilidade de educação permanente em saúde para realização de estratificação de risco;
- Pouca efetividade dos programas de Educação Permanente;

Contudo, a região desde 2021, traça metas e realiza ações de educação permanente voltadas à rede materno-infantil. Pode-se citar: Capacitação sobre cuidados e necessidades com as crianças especiais; Infecções do trato urinário para os profissionais da APS, Fórum sobre Câncer de mama, estratificação de risco gestacional, treinamentos em vacinação para técnicas de enfermagem e ACS a fim de melhorar a cobertura vacinal e a implantação do projeto De Braços Abertos, que fez e faz educação permanente dentro das UBS, incluindo o cuidado e atenção com a gestante e o bebê.

Dentro da região Litoral Leste Jaguaribe, existem ambientes de residência multiprofissional, na ênfase de Saúde Coletiva, dentro dos municípios de Aracati, Icapuí, Limoeiro do Norte, Morada Nova e Quixeré. Na atenção terciária, tem residência em Terapia Intensiva e traumatologia no Hospital Regional Vale do Jaguaribe. Não se tem residência voltada

ao cuidado materno-infantil diretamente, mas durante o programa os residentes vivenciam práticas de atenção e cuidado à gestante e ao bebê.

10 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES SANITÁRIAS- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO (DOMI).

Quadro 18 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução (DOMI).

	Diretriz 1: Qualificar a atenção a saúde e aprimorar as rede de atenção materna e infantil melhorando a resolutividade e a eficiência das ações de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída								
	Objetivo 1: Fortalecer e ampliar a Rede Materna e Infantil no âmbito regional								
Meta	Descrição da meta	Indicador	Linha de base			Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida	Ano 1 *(2024)	Ano 2 (2025)	Ano 3 (2026)	Ano 4 (2027)
1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil, de 11,65 óbitos/1.000NV, em 2023 para 9,01 óbitos /1.000NV até 2027	Taxa de Mortalidade Infantil	11,65	2023	Número de óbitos de < de 1 ano de idade/número de NV x 1.000	10,99	10,33	9,67	9,01
2	Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce, de 8,34 óbitos/1.000 NV, em 2023 para 5,38 óbitos /1.000NV até 2027	Taxa de mortalidade neonatal precoce	8,34	2023	Número de óbitos ocorridos entre crianças de 0 a 6 dias de vida/número de NV x 1.000	7,6	6,86	6,12	5,38
3	Reduzir a razão da mortalidade materna, de 121,70 óbitos/100.000 NV, em 2023 para 109,7 óbitos/100.000NV até 2027	Razão de mortalidade materna	121,70	2023	Número de óbitos maternos diretos e indiretos/ número de NV x 1.000	118,7	115,7	112,7	109,7
4	Ampliar a proporção de gestantes com pelo menos 7 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana	Proporção de gestantes com pelo menos 7 consultas pré-natal	87,66	2023	Número de gestantes com pelo menos 7consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gest: de gestantes cc	89,5	91,34	93,18	95,0

(Continua)

	de gestação, passando de 87,66% em 2023 para 95% em 2027				na APS ou denominador estimado x 100				
5	Reduzir a proporção de RN filhos de gestantes adolescentes, passando de 10,15 em 2023 para 9,15 em 2027	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	10,15	2023	Número de NV de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período/número de NV x 100	9,9	9,65	9,4	9,15
6	Reduzir a proporção de partos cesarianos por NV, passando de 73,85% em 2021 para 66,47% em 2027	Proporção do número de partos cesáreos por NV	73,85	2023	Número de NV por parto cesariano na região/número de NV x 100	72,01	70,17	68,33	66,47
7	Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita < de 1 ano de idade de 5,38 2021 para 4,38 até 2027	Taxa de incidência de sífilis congênita em < 1 ano de idade	5,38	2023	Número de novos casos de sífilis congênita na Região/ Número de NV x 1000	5,15	4,88	4,63	4,38
8	Manter 100% de proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (= ou > 95%) no período de 2023 a 2027	Proporção de vacinas do CBV com cobertura vacinal alcançada	85,70	2023	Nº de vacinas do calendário básico com cobertura alcançada/ nº total de vacinas	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Adaptado do Plano de Saúde Regional- PSR 2023

Quadro 19 - Proposta de Indicadores- Componente Pré- Natal.

COMPONENTE PRÉ-NATAL						
Nome do Indicador	Descrição do numerador	Descrição do denominador	Fonte	Unidade de medida	Tendência/ Sentido do indicador	Periodicidade
Proporção de gestantes que iniciaram consulta de pré-natal até 12 semanas, por Região de Saúde de residência	Número de gestantes que iniciaram consulta de pré-natal em até 12 semanas, no referido período e na	Número de gestantes cadastradas no período e na Região de Saúde	E-gestor	Percentual	Maior	Quadrimestral

	Região de Saúde x 100					
Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por Região de Saúde de residência	Número de nascidos vivos de mulheres residentes, com 7 ou mais consultas de pré-natal no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos oriundos de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) <i>(série histórica de 5 anos)</i>	Número de nascidos vivos oriundos de gestantes de 10 a 19 anos, no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos no período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de gestantes em situação de rua que iniciaram consulta de pré-natal até 12 semanas. <i>(série histórica de 5 anos)</i>	Número de gestantes, em situação de rua, que iniciaram consulta de pré-natal em até 12 semanas, no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de gestantes, em situação de rua, cadastradas no período e na Região de Saúde	e-SUS APS MUNICIPAL	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de gestantes em situação de rua que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal <i>(série histórica de 5 anos)</i>	Número de gestantes, em situação de rua, que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de gestantes, e situação de rua, cadastradas, no referido período e na Região de Saúde				
Proporção de nascidos vivos de gestantes brancas com sete ou mais consultas de pré-natal <i>(série histórica de 5 anos)</i>	Número de nascidos vivos de gestantes brancas , no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos de gestantes brancas , no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos de gestantes pretas com sete ou mais consultas de pré-natal <i>(série histórica de 5 anos)</i>	Número de nascidos vivos de gestantes pretas , no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos de gestantes pretas , no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos de gestantes pardas com sete ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de gestantes pardas , no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos de gestantes pardas , no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Proporção de gestantes indígenas que iniciaram consulta de pré-natal até 12 semanas. Sugestão: Ver com	Número de gestantes indígenas que iniciaram consulta de pré-natal em até 12 semanas, no	Número de gestantes indígenas cadastradas no período e	DSEI	Percentual	Maior	Quadrimestral

(<i>série histórica de 5 anos</i>)	referido período e na Região de Saúde x 100	na Região de Saúde				
Proporção de nascidos vivos de gestantes indígenas com sete ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de gestantes indígenas , no referido período e na Região de Saúde x 100	Número de nascidos vivos de gestantes indígenas , no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
Percentual de gestantes de alto risco em acompanhamento compartilhado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	Número de gestantes de alto risco , no referido período e na Região de Saúde com acompanhamento compartilhado com a AAE x 100	Número de gestantes de alto risco , no referido período e na Região de Saúde	SIGES (Consultas ofertadas, agendadas, confirmadas)	Percentual	Maior	Quadrimestral
Taxa de incidência de sífilis em gestantes	Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um referido período e na Região de Saúde X 1.000	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SINAN Denominador: SINASC	Taxa	Menor	Quadrimestral
Taxa de incidência de HIV em gestante por ano de notificação (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um referido período e na Região de Saúde X 1.000	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SINAN NET Denominador: SINASC	Taxa	Menor	Anual
Cobertura vicinal de Tpa adulto em gestantes.	Número de doses aplicadas de Tpa adulto em gestante X 100	Número de gestantes cadastradas no e-sus APS	Painéis de vacinação do Ministério da Saúde	Percentual	Maior	Mensal
Cobertura vacinal de Influenza em gestantes.	Número de doses aplicadas de Influenza gestante X 100	Número de gestantes cadastradas no e-sus APS	Ministério da Saúde			
Cobertura vacinal de 3ª dose de Hepatite B em gestantes.	Número de 3ª doses aplicadas de hepatite B em gestante X 100	Número de gestantes cadastradas no e-sus APS	Painéis de vacinação do Ministério da Saúde	Percentual	Maior	Mensal

Quadro 20 - Proposta de Indicadores- Componente Parto e Nascimento.

COMPONENTE PRÉ-NATAL

Nome do Indicador	Descrição do numerador	Descrição do denominador	Fonte	Unidade de medida	Tendência/Sentido do indicador	Periodicidade
Taxa de ocupação de leitos obstétricos por estabelecimento de saúde	Número de usuários com ocupação em leitos obstétricos, no referido período de um determinado estabelecimento de saúde X 1.00	Número total de leitos obstétricos, no referido período de um determinado estabelecimento de saúde	Numerador: SIH Denominador: SCNES	Taxa	Menor	Mensal
Taxa de ocupação de leitos neonatais	Número de usuários com ocupação em leitos neonatais, no referido período de um determinado estabelecimento de saúde X 1.00	Número total de leitos neonatais, no referido período de um determinado estabelecimento de saúde	Numerador: SIH Denominador: SCNES	Taxa	Menor	Mensal
Tempo médio de permanência em leitos obstétricos	Número de usuários-dia em leitos obstétricos no referido período, de um determinado estabelecimento de saúde	Número de saídas obstétricas no referido período de um determinado estabelecimento de saúde	SIH	Número absoluto (por dia)	Menor	Mensal
Média de permanência em leitos neonatais	Número de usuários-dia em leitos neonatais no referido período, de um determinado estabelecimento de saúde	Número de saídas neonatais no referido período de um determinado estabelecimento de saúde	SIH	Número absoluto	Menor	Mensal
Proporção de nascidos vivos oriundos de partos cesáreos, por Região de Saúde de residência	Número de nascidos vivos de parto cesáreo, em um referido período e na Região de Saúde X 100	Número total de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Menor	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos oriundos de gestantes submetidas ao parto cesariana com classificação de Robson realizada, por Região de Saúde de residência	Número de nascidos vivos oriundos de gestantes submetidas ao parto cesariana, com classificação de Robson realizada, em um referido período e na Região de Saúde X 100 (OBS: Desconsiderar no filtro o Grupo 11 e a classificação Ignorado do Grupo de Robson)	Número total de nascidos vivos, decorrentes de parto cesariana, no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral

Proporção de nascidos vivos oriundos de partos vaginais, por Região de Saúde de residência	Número de nascidos vivos de parto vaginal, em um referido período e na Região de Saúde X 100	Número total de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Menor	Quadrimestral
Razão de mortalidade materna, em mulheres brancas , por Região de Saúde de residência	Número de óbitos maternos, em mulheres brancas , por causas e condições consideradas morte materna em um referido período e na Região de Saúde X 100.000	Número de nascidos vivos de mães brancas , no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Razão	Menor	Quadrimestral
Razão de mortalidade materna em mulheres pardas , por Região de Saúde de residência	Número de óbitos maternos, em mulheres pardas , por causas e condições consideradas morte materna em um referido período e na Região de Saúde X 100.000	Número de nascidos vivos de mães pardas , no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Razão	Menor	Quadrimestral
Razão de mortalidade materna em mulheres pretas , por Região de Saúde de residência	Número de óbitos maternos, em mulheres pretas , por causas e condições consideradas morte materna em um referido período e na Região de Saúde X 100.000	Número de nascidos vivos de mães pretas , no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Razão	Menor	Quadrimestral
Razão de mortalidade materna em mulheres indígenas , por Região de Saúde de residência	Número de óbitos maternos, em mulheres indígenas , em um referido período e na Região de Saúde X 100.000	Número de nascidos vivos de mães indígenas , no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Razão	Menor	Quadrimestral
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano, por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado período de diagnóstico e Região de Saúde de residência X 1.000	Número de nascidos vivos, de mães residentes na referida Região de Saúde, no período considerado	Numerador: SINAN Denominador: SINASC	Taxa	Menor	Quadrimestral
Taxa de mortalidade neonatal precoce , por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de óbitos de crianças entre 0 e 6 dias de vida , em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 1.000	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Taxa	Menor	Quadrimestral
Taxa de mortalidade neonatal tardia , por Região	Número de óbitos de crianças entre 7 e 27 dias de vida , em	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região	Numerador: SIM	Taxa	Menor	Quadrimestral

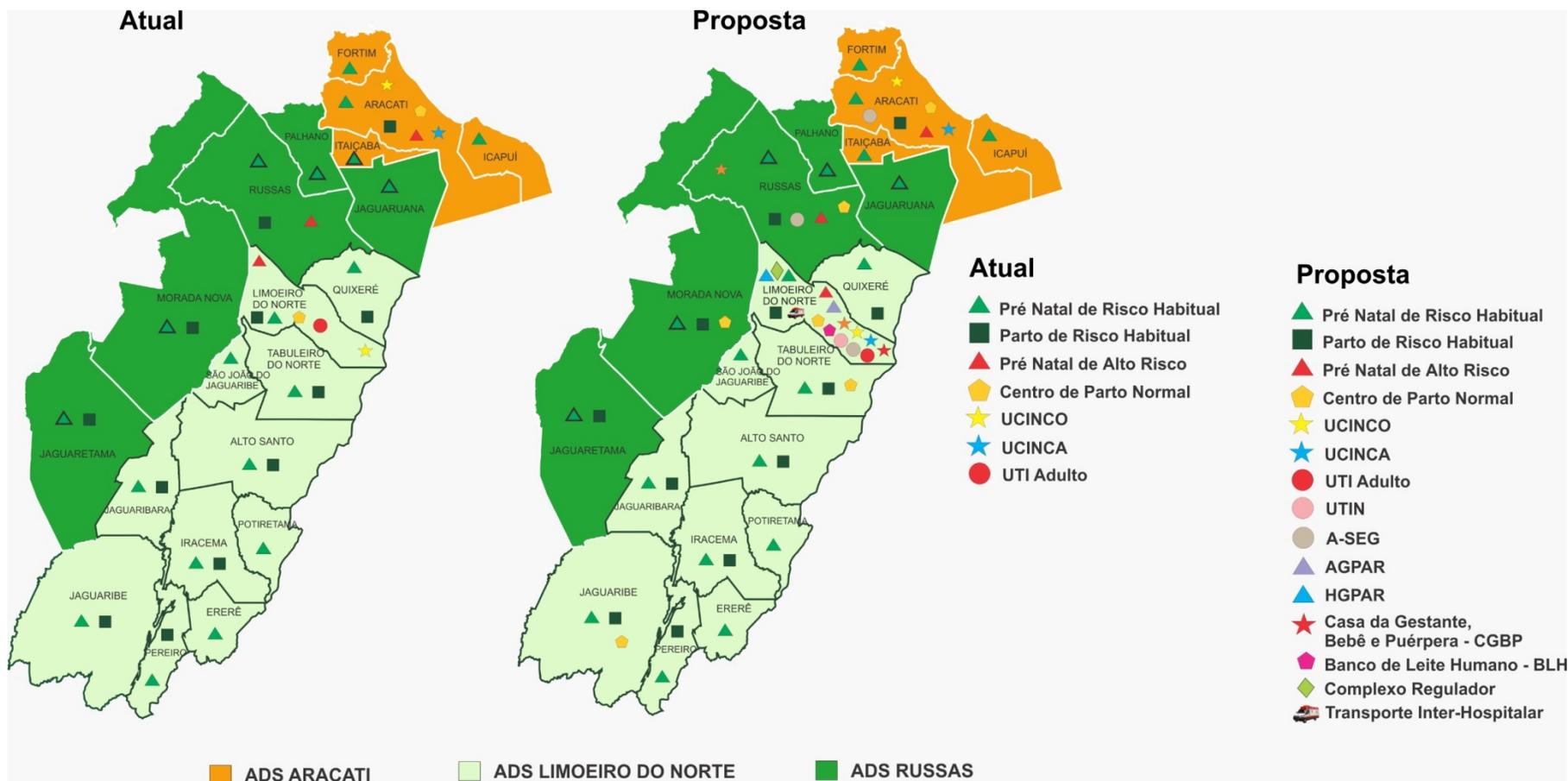
de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	um determinado período e por Região de Saúde de residência X 1.000	de Saúde	Denominador: SINASC			
Taxa de mortalidade pós neonatal , por Região de Saúde de residência	Número de óbitos de crianças entre 28 dias a 1 ano de vida , em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 1.000	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Taxa	Menor	Quadrimestral
Proporção de óbitos em crianças com até 1 (um) ano de vida , por asfixia ao nascer, por Região de Saúde de residência	Número de óbitos em crianças com até 1 (um) ano de vida , por asfixia ao nascer (CID 10: P21) em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Percentual	Menor	Quadrimestral
Proporção de óbitos por causas evitáveis em crianças menores de 28 dias de vida , por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de óbitos em crianças com menores de 28 dias de vida , por causas evitáveis, em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Percentual	Menor	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g, no referido período e na Região de Saúde X 100	Número total de nascidos vivos de mães residentes, no referido período e na Região de Saúde	Numerador: SINASC Denominador: SINASC	Percentual	Menor	Quadrimestral
Proporção de nascidos vivos prematuros	Número de nascidos vivos, decorrente de parto com idade gestacional menor que 37 semanas, no referido período e na Região de Saúde X 100	Número total de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	SINASC	Percentual	Maior	Quadrimestral
coleta da primeira amostra	pequena criança até o 5.º dia de	Número total de recém-nascidos triados em primeira amostra, em um	(PNTN) (indicador retirado no site: https://www.gov.br/saude/)	Percentual	Maior	Quadrimestral

para o teste dopezinho até o 5º dia de vida , por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	vida , em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	determinado período e por Região de Saúde	pt-br/composicao/saes/sangu/pntn/indicadores)			
Percentual de recém nascidos diagnosticados com Anomalias Congênicas, por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de recém-nascidos com diagnosticados com Anomalias Congênicas, em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	Número de nascidos vivos, no referido período e na Região de Saúde	Painel de Monitoramento de Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) Fonte: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/painéis-de-monitoramento/natalidade/anomalias-congenitas	Percentual	Menor	Quadrimestral
Percentual de recém nascidos diagnosticados com Anomalias Congênicas em tempo oportuno (em até 30 dias), por Região de Saúde de residência (<i>série histórica de 5 anos</i>)	Número de recém-nascidos com diagnosticados com Anomalias Congênicas, em tempo oportuno (em até 30 dias), em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	Número total de recém-nascidos com diagnosticados com Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas, em um determinado período e por Região de Saúde de residência	Painel de Monitoramento de Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) Fonte: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/painéis-de-monitoramento/natalidade/anomalias-congenitas/	Percentual	Maior	Quadrimestral

Quadro 21 - Proposta de Indicadores- Componente Saúde da Criança e Puerpério.

COMPONENTE SAÚDE DA CRIANÇA E PUERPÉRIO						
Nome do Indicador	Descrição do numerador	Descrição do denominador	Fonte	Unidade de medida	Tendência/Sentido do indicador	Periodicidade
Percentual de crianças menores de 6 meses com Aleitamento Materno exclusivo	Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo X 100	Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN	Percentual	Maior	Mensal
Percentual recém nascidos com visita domiciliar realizada até o 7º dia após o nascimento	Número de recém nascidos visitados até 7º dia de vida, em um determinado período e por Região de Saúde de residência X 100	Número total de recém nascidos, em um determinado período e por Região de Saúde de residência	SISVAN/ e-SUS APS	Percentual	Maior	Mensal
Cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano de idade, segundo as vacinas previstas no calendário nacional de vacinação	Número de vacinas com cobertura vacinal adequada até 1 ano x 100	Número total de crianças até 1 ano cadastradas no e-SUS APS	Painéis de vacinação do Ministério da Saúde	Percentual	Maior	Mensal
Cobertura vacinal de BCG em crianças menores de 1 ano de idade.	Número de doses aplicadas de BCG ao nascer em crianças menores de 1 ano X 100	Número total de crianças cadastradas no e-SUS APS menores de 1 ano.	Painéis de vacinação do Ministério da Saúde	Percentual	Maior	Mensal
Cobertura vacinal de Hepatite B ao nascer	Número de doses aplicadas de Hepatite B ao nascer em criança	População SINASC	Painel de vacinação do Ministério da Saúde- LocalizaS US	Percentual	Maior	Mensal

Figura 5 - Desenho da Rede de Atenção Materna e Infantil - Rede Alyne.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação N° 3, de 28 de Setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação N° 6, de 28 de Setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 5.349, de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 6 de 28 de de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 5.350, de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3 de 28 de de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta N° 220/2024- DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS.** Nota Técnica Conjunta das Secretarias de Atenção Primária à Saúde e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde sobre a Rede Alyne.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BOUÉRES, Maria de Fátima Portela Silva. ESTUDO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL COMO ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA. 2019.53 f. **Dissertação (Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.**

DIAS, Rafaela Silva. ATENDIMENTOS A GESTANTE NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA MICRORREGIÃO LESTE DO SUL DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Repositório de Trabalhos de conclusão de curso, 2024.

REVISÃO DOS PARÂMETROS DA PORTARIA DA REDE CEGONHA

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/se-o-b-rede-de-aten-o-gravidez-parto-puerp-rio-e-crian-as-at-do.pdf>

FREITAS, Vivien Cunha Alves de *et al.* Situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam o serviço médico de emergência pré-hospitalar. **Revisão Brasileira de Enfermagem**,v. 73, p. e20190058,2020.

RAPOSO, H. L. O. .; MASCARENHAS, J. M. F. .; COSTA, S. M. S. . A importância do conhecimento sobre as políticas públicas de saúde da mulher para enfermeiros da Atenção Básica. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e26629, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26629>. Acesso em: 5 mar. 2025.

Negraes, F. da C., & de Barba, M. L. (2022). A qualidade da atenção à saúde da mulher no Brasil a partir do PMAQ-AB / The quality of women's health care in Brazil from the PMAQ-AB. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 36346–36372. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-240>