



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL**

**Curso de Especialização:  
Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde**

**As ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da Atenção à  
Saúde da Mulher e da Criança, e sua trajetória na composição da Rede  
Cegonha.**

**Euzeli Araújo Silva**

**Brasília  
2014**

**Euzeli Araújo Silva**

**As ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, e sua trajetória na composição da Rede Cegonha.**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

Orientadora: Carolina Lobato

Co-orientadora: Márcia Helena Leal

**Brasília  
2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### Ficha Catalográfica

SILVA, Euzeli Araújo

As ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, e sua trajetória na composição da Rede Cegonha / Euzeli Araújo Silva; Orientadora: Carolina Lobato Co-orientadora: Márcia Helena Leal - Brasília, 2014, 58p.

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde.

**Euzeli Araújo Silva**

**As ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, e sua trajetória na composição da Rede Cegonha.**

Monografia Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Carolina Lobato**

Enfermeira

Mestre em Saúde Coletiva – UEL/PR

---

**Charleni Inês Scherer**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva

Universidade de Brasília - UNB

Analista Técnica de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família que sempre me influenciou a seguir na minha carreira acadêmica e sempre acreditou na minha capacidade pessoal e profissional.

*Nunca desista de nada só porque é difícil. Afinal, dizem que aquilo que é difícil de se conquistar também é difícil de se perder. (Autor desconhecido)*

## **AGRADECIMENTO (S)**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a capacidade para desenvolver este trabalho. A minha orientadora e co-orientadora queridas, Carolina Lobato e Márcia Leal, por estarem sempre disponíveis para me ajudar. E em especial aos meus coleguinhas da Especialização que sempre estiveram juntos nas dificuldades enfrentadas durante a nossa vivência aqui em Brasília.

## RESUMO

A Rede Cegonha tem importante papel na estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil em todo o País e na redução da morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Este trabalho tem como objetivo: sistematizar as ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança e sua trajetória na composição da Rede Cegonha; Identificar os principais documentos produzidos pelo Departamento de Atenção Básica sobre a Estratégia da Rede Cegonha; Apresentar os resultados do 1º ciclo do PMAQ relacionados à saúde da mulher e da criança e; Destacar os avanços e desafios/dificuldades para consolidação da Rede Cegonha na Atenção Básica. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, a partir da vivência como trabalhador em formação no Departamento de Atenção Básica, no período de setembro de 2013 a 31 de maio de 2014. Foi feita a sistematização dos materiais produzidos pelo Departamento de Atenção Básica ou em parceria com outros departamentos do Ministério da Saúde sobre a Rede Cegonha, desde o seu surgimento (2011), até maio de 2014. Em seguida foi feita uma análise dos dados secundários do 1º Ciclo do PMAQ (2011-2012), sobre a saúde da mulher e da criança, dados estes sobre a “Contratualização (Indicadores do SIAB) e da Avaliação Externa”. Por último, foi utilizada a observação participante com o objetivo de identificar os avanços e desafios da Rede Cegonha na Atenção Básica, a partir da minha inserção no grupo gestor da Rede Cegonha do DAB, o qual se encontra na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB), no período de 18 de março a 31 de maio de 2014. De acordo dados do PMAQ, 65,47% das crianças realizavam consultas até sete dias de vida (primeira semana); Em relação à proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas), grande parte dos estados brasileiros apresentou abaixo da média do Brasil (58,3%); No estado de Pernambuco eram realizadas apenas 1,74 consulta médica para crianças menores de 1 ano de idade acompanhadas por meio de visitas domiciliares, número que se apresenta baixo se comparado à média do Brasil (4,1) e nacional (Entre 3,5 e 7,5). Apesar de todos os estados brasileiros realizarem a aplicação da Penicilina na Unidade Básica de Saúde, percebe-se que uma grande parte da aplicação nos estados está abaixo da média do Brasil (50,4%), com o menor número de equipes que realizam a aplicação de Penicilinas na UBS; 96,6% das Unidades Básicas de Saúde do país nunca têm disponíveis testes rápidos de sífilis; 85,9% das UBS nunca têm disponíveis este tipo de Teste Rápido de HIV. A Rede Cegonha resgatou de alguma forma a ética de acompanhamento ao paciente (mulheres/gestantes e crianças) e pelo fato desta ser uma rede, tem-se a necessidade de se construir mais redes para que fortaleça as linhas de cuidado em saúde, contribuindo para a garantia de uma atenção contínua e integral à mulher e à criança nos estados e municípios, estabelecendo uma maior integração das redes de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha; Departamento de Atenção Básica; Acesso ao serviço.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos) -----	17
Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) -----	18

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência (%) da realização de busca ativa das crianças, por parte das Equipes de Atenção Básica, Brasil -----	29
Tabela 2 - Frequência (%) do acompanhamento e desenvolvimento da criança, por parte das Equipes de Atenção Básica, Brasil -----	30
Tabela 3 – Frequência (%) e média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da criança, por estados brasileiros -----	31 e 32
Tabela 4 - Frequência (%) dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da criança, por regiões brasileiras -----	32
Tabela 5 - Frequência (%) e média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da mulher, por estados brasileiros -----	35
Tabela 6 - Frequência (%) dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da mulher, por regiões brasileiras -----	36
Tabela 7 – Frequência (%) de exames solicitados pela equipe de saúde e realizados pela rede de serviços de saúde, Brasil -----	39
Tabela 8 – Frequência (%) da realização de pré-natal e exames de sífilis (VDRL), Brasil -----	39
Tabela 9 – Frequência (%) dos dados do PMAQ relacionados ao Programa Bolsa Família, Brasil -----	46

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Frequência (%) de equipes que realizam aplicação de Penicilina na UBS, Estados e Brasil -----41

Gráfico 2 - Frequência (%) de testes rápidos diagnosticados (disponíveis) na UBS, Brasil -----43

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde  
CDS – Coleta de Dados Simplificada  
CIB – Comissão Intergestora Bipartite  
CREMER – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GE – Grupo Executivo  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PBF – Programa Bolsa Família  
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PMAQ – Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RC – Rede Cegonha  
RMM – Razão de Mortalidade Materna  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
SPI/MP – Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TGR – Teste Rápido de Gravidez  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas  
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 MÉTODOS .....	22
2.1 Procedimentos metodológicos .....	23
2.1.1 Análise documental .....	23
2.1.2 Análise dos dados secundários (PMAQ) .....	23
2.1.3 Observação participante .....	27
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
5 REFERÊNCIAS .....	53

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil reflete a efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública e sofre influência direta de modelos socioeconômicos adotados por um país. Portanto, a análise de suas variações geográficas e temporais pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à saúde infantil, representando importante instrumento de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde (RIPSA, 2008).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis, ainda é um dos maiores objetivos nacionais e internacionais no campo da saúde e dos direitos reprodutivos a serem alcançados, no qual se discutem quais medidas necessárias e eficazes para alcançar tais propósitos (PITANGUY, 2013)

Diante do quadro mundial, não só em relação à mortalidade materno-infantil, mas também de outros fatores sociais, econômicos, ambientais, etc, em setembro de 2000, líderes de 189 países se reuniram na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), para adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas. Desta Declaração foram extraídos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODMs sintetizam os maiores desafios enfrentados pela humanidade e estabelecem algumas metas para os países: diminuir a pobreza, em todas as suas dimensões, como renda, fome, doenças, falta de moradia adequada, etc.; e garantir os direitos humanos fundamentais das pessoas, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como o acesso a educação, saúde e segurança (BRASIL, 2010a).

Ao adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas, os Estados-membro da ONU comprometeu-se a uma parceria global para alcançar esses objetivos em todo o mundo. Esse compromisso envolveu países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Entre os oito ODMs, há um total de 18 metas que devem ser alcançadas, em sua maioria, até 2015. Essas metas são monitoradas e avaliadas através de 48 indicadores que utilizam dados de 1990, dos países como linha de base (BRASIL, 2010a).

Os oito ODMs são:

- 1 - Erradicar a extrema pobreza e a fome;
- 2 - Educação básica de qualidade para todos;
- 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- 4 - Reduzir a mortalidade infantil;
- 5 - Melhorar a saúde das gestantes;
- 6 - Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
- 7 - Garantir a sustentabilidade ambiental;
- 8 - Estabelecer parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Este trabalho será enfatizado os ODMs 4 (Reduzir a mortalidade infantil) e 5 (Melhorar a saúde das gestantes) por serem objetivos associados ao Programa da Rede Cegonha.

O ODM 4, sobre a mortalidade infantil, consiste em reduzir a taxa de mortalidade entre os menores de cinco anos em dois terços até 2015 tendo como referência as taxas de 1990 (BRASIL, 2010a).

O quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4), leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo (IPEA, MP, SPI, 2014)

Segundo relatório divulgado pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em 13 de setembro de 2013, aponta que o índice de mortalidade na infância caiu cerca de 77% nos últimos 22 anos no Brasil (UNICEF, 2013).

De acordo com o **“Relatório de Progresso 2013 sobre o Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada”**, a taxa de mortes de crianças com menos de cinco anos era de 62 por mil nascidos vivos em 1990 e em 2012 estava 14 por mil nascidos vivos (UNICEF, 2013).

O Brasil é considerado o sétimo país do mundo com maior declínio do índice de mortalidade na infância no período, apresentando no ranking mundial a 120ª posição com maior índice de mortalidade na infância (UNICEF, 2013).

Mundialmente são classificados com os maiores índices de erradicação da mortalidade de crianças menores de cinco anos no período, os países Maldivas

(89%), Estônia (82%), Arábia Saudita (82%), Turquia (81%) e Macedônia (80%) (UNICEF, 2013).

A queda da mortalidade infantil fez com que o Brasil atingisse o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4), dois anos antes do previsto, que visava a queda da mortalidade infantil em 66% entre os anos de 1990 e 2015 (UNICEF, 2013).

De acordo com o Unicef, a queda foi possível graças a uma série de medidas como a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), com foco na atenção primária em saúde, avanços no atendimento materno e de recém-nascidos, melhoria nas condições sanitárias, promoção do aleitamento materno e criação de iniciativas de proteção social como o Bolsa-Família (UNICEF, 2013).

Segundo dados do relatório **“Tendências da Mortalidade Materna: 1990 a 2010”** divulgado conjuntamente em 16 de maio de 2012 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Banco Mundial, chama atenção que de 1990 a 2010, o número de mortes maternas caiu de 120 para 56 a cada 100 mil nascimentos – queda de 51%. Ressalta que o Brasil está reduzindo a mortalidade materna, mas ainda não alcançou o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (WHO; UNICEF; UNFPA; The World Bank estimates, 2012), uma vez que para atingir tal objetivo, o Brasil deverá apresentar Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990 (BRASIL, 2012a)

O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5) possui duas metas globais a serem atingidas até 2015: a) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e b) universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (IPEA, MP, SPI, 2014)

Conforme este relatório, 50 países, incluindo o Brasil, conseguiram progresso substancial para atingir o ODM de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. Outros dez já cumpriram a meta, 11 não fizeram qualquer progresso e 14 tiveram progresso insuficiente (ODM) (WHO; UNICEF; UNFPA; The World Bank estimates, 2012).

O Ministério da Saúde mostrou-se preocupado com a questão da saúde materno-infantil, onde assumiu como compromisso fundamental, assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade (BRASIL, 2001).

De acordo com o resultado da pesquisa brasileira, divulgada em maio de 2013, sobre os “Efeitos de programa de transferência de renda condicionada na mortalidade infantil nos municípios”, o Programa Bolsa Família (PBF) tem desempenhado um papel significativo na redução da mortalidade infantil nos municípios brasileiros, inclusive por causas relacionadas à pobreza, como a desnutrição e a diarreia (RASELLA. et al, 2013).

Pesquisadores, vinculados à Universidade Federal da Bahia (UFBA), descobriram que nos municípios brasileiros, onde houve alta cobertura do Bolsa Família (em termos de população municipal) e que tiveram assegurado os benefícios a toda a população pobre elegível pelo menos nos últimos quatro anos, tiveram redução de 17% da mortalidade em menores de 5 anos, e de 53% e 65% na mortalidade em criança por diarreia e desnutrição, respectivamente (RASELLA. et al, 2013).

De acordo o resultado do estudo, foi mostrado que o programa está associado à redução substancial das taxas de hospitalização em menores de 5 anos e chama atenção que o forte impacto do PBF observado nas internações em menores de 5 anos, tanto em geral como por causas específicas, pode ser explicado por dois mecanismos diferentes: diminuição da incidência das doenças, afetando os determinantes sociais da saúde; e aumento do primeiro contato com o sistema de saúde, reduzindo assim o número de casos graves que requerem internação hospitalar (RASELLA. et al, 2013).

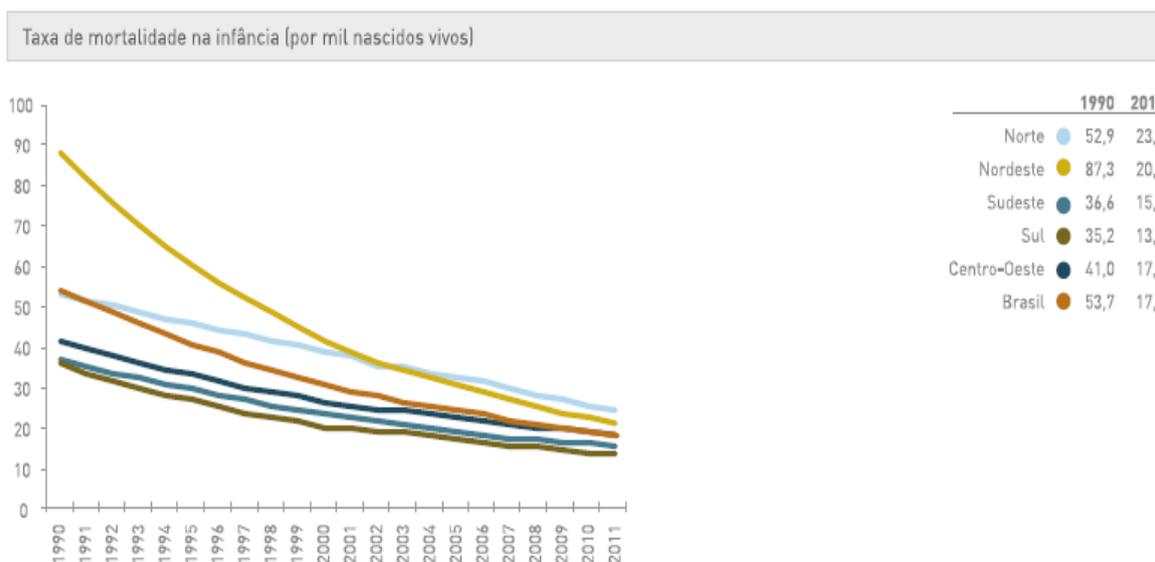
Estudos similares conduzidos em outros países, como o México, como o Programa Oportunidades, acharam resultados similares. No entanto, o trabalho brasileiro conseguiu explicar de forma mais completa e robusta o efeito destes programas na mortalidade em criança (RASELLA. et al, 2013).

Em maio de 2014, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com a Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI/MP), divulgaram o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (IPEA, MP, SPI, 2014).

Segundo dados divulgados no 5º relatório, à frente de muitos países, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, apesar do nível da mortalidade ainda ser muito elevado (IPEA, MP, SPI, 2014).

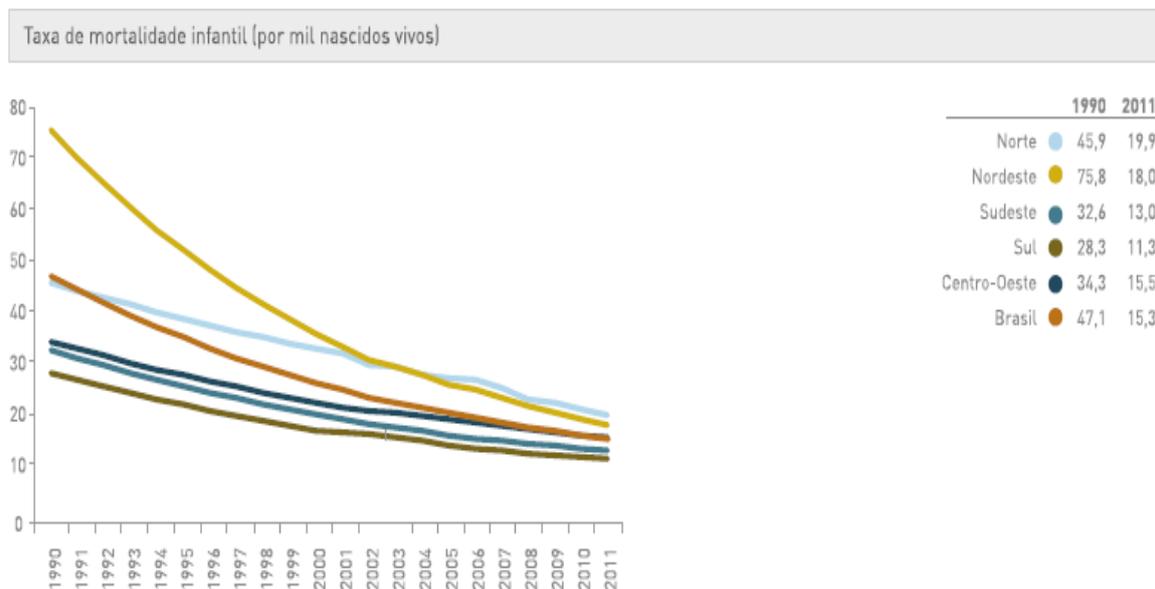
Em 2011, o Brasil alcançou uma taxa de mortalidade na infância de 17,7 óbitos por mil nascidos vivos. De 1990 a 2011, houve também redução na desigualdade regional. A taxa diminuiu em todas as regiões do País, verificando-se um ritmo mais acelerado no Nordeste (redução de 76%, média de 6,6% ao ano). Em 1990, a mortalidade na região Nordeste era 2,5 vezes maior que a do Sul, diferença que foi reduzida para 1,6 vezes em 2011 (figura 1) (IPEA, MP, SPI, 2014).

**Figura 1:** Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos).



Fonte: IPEA, 2014

De 1990 a 2011, as diferenças entre as taxas de mortalidade infantil das regiões Nordeste e Sul foram diminuindo gradativamente. O índice da região Nordeste, que era superior a 70 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, reduziu em média 6,6% ao ano, chegando a menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 (figura 2) (IPEA, MP, SPI, 2014).

**Figura 2:** Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos).

Fonte: IPEA, 2014

Ainda sobre o 5º relatório, o mundo não conseguiu alcançar o 5º ODM (melhorar a saúde materna) (IPEA, MP, SPI, 2014).

De acordo com o Relatório dos ODMs 2013, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a despeito da redução ocorrida desde 1990, o mundo não alcançará a meta A. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2010. Na América Latina, que apresenta situação consideravelmente melhor, o percentual de queda foi semelhante: 45%, passando de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (IPEA, MP, SPI, 2014).

No Brasil, a morte de mulheres durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de 42 dias após o parto) tem se reduzido de forma acentuada. Dos 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990, a taxa em 2011 ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

A razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta estipulada para 2015 de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, mesmo considerando estimativas que colocam o Brasil em melhor situação.

A meta B também não será alcançada, pois a proporção de partos atendidos por profissionais de saúde treinados, um dos seus principais indicadores, estava por

volta de 66% no mundo em desenvolvimento em 2011, e apenas 51% das gestantes realizavam ao menos quatro consultas de pré-natal (IPEA, MP, SPI, 2014).

No Brasil, uma das apostas para colaborar na redução da mortalidade infantil e materna, e para fortalecer as Redes de Atenção de à Saúde (RAS), foi o lançamento em 2011 da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país, e reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil, que ainda se apresenta elevada em todo o Brasil (BRASIL, 2012a).

A Rede Cegonha é composta de quatro componentes: I-Pré-natal; II- Parto e nascimento; III- Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV- Sistema logístico (transporte sanitário e legislação). Neste trabalho irei focar apenas no componente I, uma vez que o Departamento de Atenção Básica, local da vivência, contribui mais na formulação da política e sua realização representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco possíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN. et al. 2003).

A Portaria que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha é a nº 1.459, de 24 de junho de 2011, em que a define como uma rede de cuidados que visa 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 saudáveis (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha é uma estratégia que perpassa desde a atenção primária, até a média e alta complexidade. Para sua adesão, existem algumas modalidades:

- **Adesão Regional:** para o Distrito Federal e o conjunto de municípios da região de saúde priorizada na CIB (Comissão Intergestora Bipartite), conforme critérios da Portaria GM/MS nº 2.351/2011;

Referente à adesão ao componente pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, possui duas possibilidades:

- **Adesão Facilitada:** para os municípios que não pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que não aderiram ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);
- **Adesão Integrada:** para os municípios com adesão ao PMAQ, que estão previstos ou não na adesão regional (BRASIL, 2012a).

### **Atenção Primária/Atenção Básica**

A Atenção Primária à Saúde é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas deste tipo de serviço. É considerada a porta de entrada para o sistema de saúde capaz de resolver as novas necessidades e problemas, a qual fornece atenção sobre a pessoa, não direcionada para a enfermidade. Coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Desde então, compartilha características com outros níveis do sistema de saúde, como: a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação e ao trabalho em equipe. Ou seja, é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Atualmente no Brasil, o termo “Atenção Primária em Saúde” e “Atenção Básica” são utilizados com o mesmo sentido. A Atenção Básica se apresenta como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (BRASIL, 2012b), uma vez que é neste espaço que é oferecido o cuidado gestacional, como pré-natal, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

As RAS funcionam como estratégia para a realização de um cuidado integral direcionado às necessidades de saúde das populações (BRASIL, 2012b), ou seja, permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção básica à saúde em tempo oportuno, de forma humanizada

e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esse território (MENDES, 2008).

Para que a população tenha um acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde que se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, a Atenção Básica deve ser base, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz necessário; deve ser resolutive, trabalhando na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenadora do cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e ordenadora das redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando em relação a outros pontos de atenção e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012b).

No Departamento de Atenção Básica, um dos dispositivos para buscar a qualificação da atenção à saúde e a melhoria do acesso e da qualidade em todo o país, foi o lançamento, também em 2011 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012f).

O objetivo do Programa é induzir processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estadual e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Busca também, favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil (2012f).

Através do PMAQ é possível avaliar como essas ações estão sendo realizadas na Atenção Básica do país, a fim de buscar estratégias de melhorias, caso seja necessário.

No Instrumento de Avaliação Externa e nos indicadores de monitoramento do programa estão os indicadores sobre a saúde da criança e da mulher, que se apresentam como uma possibilidade da Rede Cegonha avaliar como suas ações estão sendo desenvolvidas e identificar os possíveis problemas na rede.

Nesse sentido, considerando a relevância da Estratégia Rede Cegonha e seu importante papel na estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil em todo o País e na redução da morbimortalidade infantil no Brasil e por ser uma política transversal que perpassa por outros setores do Ministério da Saúde,

percebe-se que não há no Departamento de Atenção Básica um documento que sistematize as ações do DAB para melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança e a trajetória do Departamento na composição da Rede. Portanto, faz-se necessário a elaboração de um documento que sirva de consulta para os gestores sobre o tema.

O objetivo geral deste trabalho é sistematizar as ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança e sua trajetória na composição da Rede Cegonha. E como objetivos específicos: Identificar os principais documentos produzidos pelo Departamento de Atenção Básica sobre a Estratégia da Rede Cegonha; Apresentar os resultados do 1º ciclo do PMAQ relacionados à saúde da mulher e da criança e; Destacar os avanços e desafios/dificuldades para consolidação da Rede Cegonha na Atenção Básica.

## **2. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, a partir da vivência como trabalhadora em formação do Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, no período de setembro de 2013 a 31 de maio de 2014.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) integra a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e é responsável pela normatização e pela coordenação da implantação de políticas e programas estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde.

Neste Departamento, está a Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB), que possui como missão institucional "formular e implementar políticas que melhorem a gestão, ampliem a oferta e a resolubilidade das ações e serviços de Atenção Básica/Saúde da Família no SUS, mediante cooperação político-institucional e técnica com estados e municípios".\*\*

Dentre as diversas frentes desta coordenação possui a interface da Rede Cegonha, a qual trabalha em conjunto com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres; Coordenação Geral de Saúde da Criança e o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais e Coordenação da Saúde de Adolescentes e Jovens.

Nesse sentido, este é o espaço que foi escolhido para desenvolver o trabalho, que terá foco na Atenção Básica, pela maior facilidade e disponibilidade das informações, uma vez que a Rede Cegonha discute um tema mais amplo, o qual faz

interface com os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e perpassa pelas redes de urgência e emergência.

## 2.1 Procedimentos metodológicos

### 2.1.1 Análise documental

Foi feita a sistematização dos materiais produzidos pelo Departamento de Atenção Básica ou em parceria com outros departamentos do Ministério da Saúde sobre a Rede Cegonha, desde o seu surgimento (2011), até maio de 2014.

Segundo Severino (2007), na pesquisa documental, tem-se como fonte, documentos no sentido amplo. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise (SEVERINO, 2007).

Os materiais sobre a Rede Cegonha estão no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)), onde estão disponíveis a Legislação específica (Portarias), os materiais de apoio: notas técnicas, manuais de orientação, Cadernos de Atenção Básica. Foram identificadas: a **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**, que institui no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha; Os Cadernos de Atenção Básica **nº. 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco** e o **nº 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**, lançados em 2012 pelo Departamento de Atenção Básica.

Estes documentos serão analisados, com o objetivo de fazer uma síntese e produzir um documento que sirva de referência para consulta sobre o tema.

### 2.1.2 Análise dos dados secundários (PMAQ)

A análise dos dados secundários foi a partir de banco de dados consolidados do 1º ciclo do PMAQ (2011-2012) referentes aos padrões de qualidade relacionados à saúde da mulher e saúde da criança (BRASIL, 2012c) e os indicadores de desempenho do SIAB monitorados sobre a mesma temática.

É de grande importância a análise dos dados do PMAQ, pois é um Programa que foi criado para qualificar as ações desenvolvidas na Atenção Básica, onde busca avaliar a qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde de todo o país (BRASIL, 2012f).

Na subdimensão II.14 - Atenção à Saúde, das 14 variáveis, foram utilizadas a G- II.14.7 (A equipe realiza busca ativa das seguintes situações). As variáveis relacionadas à busca ativa por parte das equipes: das crianças prematuras, com baixo peso, consulta de puericultura e calendário vacinal atrasados, consulta até sete dias de vida e teste do pezinho.

Na subdimensão III.17-Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança, das 14 variáveis, foram utilizadas: a G-III.17.1 (Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?) e a III.17.4 (Foi realizado o teste do pezinho na criança?).

As variáveis G- II.14.7, G-III.17.1 e III.17.4 foram escolhidas por serem responsáveis dentre outros fatores pelo acompanhamento, avaliação e desenvolvimento infantil.

Em relação aos Indicadores de Desempenho da Saúde da Mulher do PMAQ, dos 6 existentes, foram utilizados:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas);
- 1.2 Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre;
- 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia (BRASIL, 2012f).

Em relação aos Indicadores de Desempenho da Saúde da Criança:

- 2.1 Média de atendimentos de Puericultura em crianças menores de 2 anos;
- 2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo;
- 2.3 Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia;
- 2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas;
- 2.5 Média de consultas médicas para crianças menores de 1 anos acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2012f).

Foram utilizados os indicadores de desempenho do PMAQ, pois são os indicadores utilizados para monitorar a saúde da criança e da mulher, os quais são acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a

oferta de serviços e resultados alcançados por equipe. Além da saúde da mulher e da criança outros indicadores são monitorados, tais como: Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde Bucal e Produção Geral (BRASIL, 2012f).

Na subdimensão II.18-Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, das 10 variáveis existentes, somente a variável G-II.18.6 (É realizada a aplicação da Penicilina G Benzatina na Unidade de Saúde?) foi escolhida. É de grande importância a sua utilização, uma vez que a administração da penicilina é o tratamento preconizado para doenças de relevante impacto em saúde pública, como febre reumática, sífilis, entre outras (BRASIL, 2011b).

Na subdimensão I.15-Testes diagnosticados na Unidade de Saúde, das 5 variáveis existentes, foram selecionadas a ES-I.15.1 (Teste rápido de Sífilis), ES-I.15.2 (Teste rápido Gravidez) e ES-I.15.3 (Teste rápido HIV).

A escolha das variáveis da Avaliação Externa sobre sífilis se deu, por ser um dos indicadores da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança e por ainda ocupar um importante espaço entre as causas básicas de óbitos infantis, sobretudo entre as perdas fetais (SARACENI, et al. 2005).

A sífilis é responsável ainda pela prematuridade e baixo peso ao nascer, elevando o risco de mortalidade perinatal (VICTORA; BARROS; VAUGHAN, 1998), sendo a causa de grande morbidade na vida intra-uterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias dos nascidos vivos (MASCOLA; PELOSI; ALEXANDER, 1984 e HIRA, et al. 1990).

Nesse sentido, é uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível) que se insere no quadro de causa perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação (SARACENI. et al. 2005).

A escolha das variáveis sobre o HIV se deu por que ainda é grande a proporção de gestantes infectadas pelo HIV que não são sujeitas às ações profiláticas recomendadas pelo PN-DST/Aids. A ausência de detecção precoce na infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil. (JÚNIOR. et al, 2004).

Uma das estratégias do Ministério da Saúde para o monitoramento das ações da Rede Cegonha foi a oferta dos Testes Rápidos, o que também justifica a escolha das variáveis do PMAQ sobre Sífilis e HIV.

Na subdimensão II.15-Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde, foram escolhidas as 2 variáveis existentes. A variável G-II.15.1 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde) e a variável G-II.15.2 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?)

Na subdimensão III.13-Gravidez e Pré-natal, das 29 variáveis existentes, escolhi a III.13.3 (Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal nesta unidade de saúde?) e a variável G-III.13.13 (Durante o pré-natal, a senhora fez exame de sífilis (VDRL)?). Essas variáveis foram selecionadas, pois a realização do pré-natal durante a gestação é de fundamental relevância, uma vez que a falta de acesso à assistência ao pré-natal é considerada um dos principais fatores responsáveis pela persistência elevada dos altos índices de sífilis congênita e de outros agravos (PEELING, et al. 2004).

Na subdimensão II.27-Programa Bolsa-Família, das 3 variáveis existentes, utilizei a G-II.27.1 (A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família (PBF)?). Foi optado por utilizar esta variável, pois já existe pesquisa brasileira em que afirma que houve uma redução significativa da mortalidade em menores de 5 anos de idade por diversas causas, dentre elas por diarreia e desnutrição em municípios com alta cobertura do Bolsa Família (RASELLA. et al. 2013).

Em relação aos serviços de saúde, o PBF determina que gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos sejam acompanhadas do ponto de vista nutricional, mantendo o esquema de vacinação em dia. As gestantes devem participar das consultas de pré e pós-natal e, assim como as mães de crianças de 0 a 6 anos, devem também participar das atividades educativas sobre saúde e nutrição (SENNA. et al. 2007). Nesse sentido, o Programa tem relação direta com a saúde da mulher e da criança.

### 2.1.3 Observação participante

Segundo Richardson e Colaboradores (1999), a observação, sob algum aspecto, é imprescindível em qualquer processo de pesquisa científica, pois ela tanto pode conjugar-se a outras técnicas de coleta de dados como pode ser empregada de forma independente e/ou exclusiva. (RICHARDSON e Colaboradores, 1999).

Queiroz. et al (2007), afirma que a observação participante consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto (QUEIROZ. et al. 2007).

Foi utilizado este tipo de procedimento metodológico, pela inserção no grupo gestor da Rede Cegonha no DAB sob observação e participação no processo de trabalho com a equipe, onde foi possível descrever o cenário e os sujeitos envolvidos nesta construção.

A observação participante se deu a partir da inserção na coordenação (18 de março a 31 de maio de 2014) através da participação em reuniões, oficinas de planejamento, eventos e no Grupo Executivo da Rede Cegonha.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo sistematizar as ações do Departamento de Atenção Básica para melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança e sua trajetória na composição da Rede Cegonha, foi feito um resgate da memória institucional e análise da situação normativa até os dias atuais, visando estabelecer um maior entendimento sobre a Atenção Básica e a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O trabalho buscou trazer as portarias mais relevantes para construção e consolidação da Atenção Básica e da Rede Cegonha no âmbito do Ministério da Saúde.

Com a finalidade de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e

quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011**, a Rede Cegonha.

Após a publicação da portaria que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, seria necessária uma mobilização para a implementação da Rede nos respectivos estados e municípios brasileiros. Nesse sentido foi publicada a **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011**, dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

Com a publicação desta portaria, foi necessário um movimento por parte do Ministério da Saúde, para que os municípios entendessem como se dava esse processo de Adesão da Rede Cegonha.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) publicaram uma **Nota Técnica Conjunta DAB/DAPES de 2012** sobre o Processo de Adesão da Rede Cegonha.

Nesta Nota Técnica, as respectivas áreas tentaram esclarecer alguns pontos que na portaria não ficaram explícitos ou que ainda restavam algumas dúvidas.

## **O DAB e as ações para qualificação da saúde da mulher e da criança**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma política que serve de apoio para o desenvolvimento dos Programas, Estratégias e ações por parte não só do Departamento de Atenção Básica, mas de todas as Redes de Atenção à Saúde.

É uma política que aparece como um marco condutor e indutor para que as políticas públicas de saúde sejam realizadas em nosso país. Nesse sentido, a **Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011**, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), se apresenta como “base” para o que é realizado no Departamento.

É de fundamental importância trazer este marco normativo, uma vez que esta Portaria regulamenta também o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS.

Dentre os diversos Programas instituídos pelo Departamento e que tem relação direta com as ações e serviços públicos de saúde, temos o PMAQ-AB, que foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da **Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011** e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Como este Programa busca qualificar a atenção à saúde e a melhoria do acesso e da qualidade em todo o país, é possível avaliar e monitorar os programas e as ações que são desenvolvidas no DAB, dentre elas as ações da Rede Cegonha.

Os dados secundários a seguir, relacionados à saúde da mulher e da criança, refere-se ao 1º ciclo do PMAQ (2011-2012), onde 17,5 mil equipes de Atenção Básica em 4 mil municípios foram avaliadas.

## Saúde da Criança

**Tabela 1:** Frequência (%) da realização de busca ativa das crianças, por parte das Equipes de Atenção Básica, Brasil.

<b>A equipe realiza busca ativa das crianças:</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Prematuras	13917	80,91	3284	19,09
Com baixo peso	15060	87,55	2141	12,45
Com consulta de puericultura atrasada	13261	77,09	3940	22,91
Com calendário vacinal atrasado	15957	92,77	1244	7,23

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

Em relação à busca ativa das crianças por parte da equipe de Atenção Básica, percebe-se que 92,77% das equipes fazem busca ativa crianças com calendário vacinal atrasado; 87,55% com baixo peso; 80,91% de crianças prematuras e 77,09% com consulta de puericultura atrasada. (Tabela 1).

Vieira e Mello (2009) trazem a importância da busca ativa do recém-nascido, onde é possível indicar as crianças que estão em situação de vulnerabilidade, devendo ter um seguimento constante e efetivo, para que sejam detectados

precocemente os possíveis danos e promovidas ações específicas que permitam minimizar os agravos a que essas crianças estão sujeitas (VIERA; MELLO, 2009).

A integralidade do cuidado na saúde da criança e a estratégia de busca ativa fazem parte das diretrizes políticas da atenção básica à saúde da criança em nosso país (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a partir desses dados foi possível observar um maior comprometimento das equipes de saúde com a saúde da criança.

**Tabela 2:** Frequência (%) do acompanhamento e desenvolvimento da criança, por parte das Equipes de Atenção Básica, Brasil.

<b>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Consulta até sete dias de vida (primeira semana)?	5636	65,47	2972	34,53
Foi realizado o teste do pezinho na criança?	8213	94,7	460	5,3

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente, a realização de consultas nos seus primeiros dias de vida é de fundamental importância, uma vez que a partir desta consulta é possível avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde desse indivíduo.

As redes de saúde dos serviços de Atenção Básica como preconizam as políticas de atenção à saúde da criança em nosso país, devem acompanhar todo o recém-nascido, desde seu nascimento, no seu processo de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2004).

A tabela 2 mostra que, 65,47% das equipes realizavam consultas nas crianças até sete dias de vida (primeira semana). Apesar de um pouco mais 60% das equipes realizarem consulta na primeira semana, espera-se que um número maior de crianças sejam acompanhadas, visto que a partir dessa demanda de nascimento, é proposto o atendimento ao recém-nascido na primeira semana de vida (SLOMP. et al, 2007).

Esse fator pode estar associado à dificuldade do acesso ao serviço de saúde, uma vez que o acesso da população a serviços de saúde é pré-requisito fundamental para uma assistência à saúde eficiente (CARVACHO. et al. 2008).

Em relação ao teste do pezinho, 94,7% das equipes realizaram o exame (Tabela 2). O esperado é que 100% dos recém-nascidos realizem o teste do pezinho, uma vez que o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

recomenda fazer o teste logo após o nascimento da criança e é um dos exames mais importantes para detectar doenças, em recém-nascidos. Ele é realizado nos primeiros dias de vida do bebê e o diagnóstico precoce pode permitir o tratamento de diversas doenças (BRASIL, 2012d).

De acordo os dados do PMAQ, a realização do teste do pezinho em 94,7% das crianças demonstrou um sucesso do PNTN, resultados semelhantes ao estudo desenvolvido numa cidade do interior do estado de São Paulo no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006, em que 22.785 recém-nascidos foram submetidos ao exame de Triagem Neonatal, destes, 96,97% das crianças tinham realizado o teste do pezinho (MENDONÇA. et al, 2008).

A consulta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma atividade incorporada às ações da Atenção Básica, a qual deve ser realizada sistematicamente e registradas, acompanhando todas as etapas da criança (OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

O Departamento de Atenção Básica, buscando qualificar o processo de trabalho relacionado à saúde da criança, lançou em 2012 o **Caderno de Atenção Básica nº. 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**, o qual aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais (como o acompanhamento do crescimento e desenvolver da criança e a supervisão das imunizações) e até temas característicos da modernidade como a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência (BRASIL, 2012d).

**Tabela 3:** Frequência (%) e média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da criança, por estados brasileiros.

UF	Média de atendimentos de puericultura em crianças menores de 2 anos	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia	Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	Média de consultas médicas para crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares
P.N*	Entre 4,6 e 9,4	≥75,0	≥ 95,0	≥ 87,3	Entre 3,5 e 7,5
AC	2,27	73,88	92,33	85,96	3,68
AL	7,32	67,31	94,41	86,21	2,95
AM	7,63	90,08	97,25	93,20	4,16
AP	-	-	-	-	-
BA	7,07	76,32	94,58	85,62	3,31
CE	4,78	75,39	97,67	94,81	3,12
DF	8,00	90,88	91,28	79,10	6,92

ES	6,64	80,44	97,08	87,47	3,92
GO	5,01	80,07	95,37	87,37	4,51
MA	6,63	77,72	92,25	86,57	2,27
MG	4,63	71,37	92,15	80,81	3,96
MS	5,90	82,24	97,24	87,20	5,76
MT	6,48	83,97	97,80	89,80	5,91
PA	8,69	82,28	93,88	84,69	3,16
PB	7,21	70,65	92,46	87,90	3,26
PE	6,66	69,44	97,09	90,93	1,74
PI	7,55	77,88	96,93	95,60	3,53
PR	4,97	83,24	97,15	90,21	4,99
RJ	4,86	76,15	86,94	81,82	4,62
RN	6,11	76,20	95,01	87,89	3,50
RO	7,83	88,09	97,85	79,01	3,83
RR	5,82	91,03	98,38	96,52	3,74
RS	4,05	75,63	94,88	88,63	5,65
SC	4,57	78,89	94,44	86,00	4,45
SE	4,68	66,71	96,89	93,29	2,82
SP	5,69	80,36	96,83	91,51	5,39
TO	5,84	77,66	96,11	87,02	4,09
<b>Brasil</b>	<b>5,6</b>	<b>76,3</b>	<b>94,7</b>	<b>87,3</b>	<b>4,1</b>

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

\* Parâmetro Nacional

**Tabela 4:** Frequência (%) dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da criança, por regiões brasileiras.

Região	Média de atendimentos de puericultura em crianças menores de 2 anos	Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia	Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	Média de consultas médicas para crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares
<b>P.N*</b>	<b>Entre 4,6 e 9,4</b>	<b>≥75,0</b>	<b>≥ 95,0</b>	<b>≥ 87,3</b>	<b>Entre 3,5 e 7,5</b>
Norte	6,39	81,05	95,28	88,02	4,06
Nordeste	6,79	73,60	96,16	92,21	3,30
Sudeste	5,39	80,94	97,28	91,08	4,62
Sul	4,60	79,79	96,63	90,95	5,45
Centro-Oeste	5,14	82,18	97,07	89,56	5,45
<b>Brasil</b>	<b>5,6</b>	<b>76,3</b>	<b>94,7</b>	<b>87,3</b>	<b>4,1</b>

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

\* Parâmetro Nacional

As tabelas acima mostram a frequência (%)/média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da criança, por estados e regiões brasileiras (Tabelas 3 e 4).

A Média de atendimentos de puericultura em crianças menores de 2 anos (os resultados apresentados correspondem a média dos meses de março a maio e foram projetados para 12 meses.), apresenta-se mais elevado no estado do Pará, com uma média de 8,69 atendimentos de puericultura nesta faixa etária, seguidos dos estados do Distrito Federal (8,00) e Rondônia (7,83), resultados estes que estão próximos à média nacional (entre 4,6 e 9,4). Vale chamar atenção que o estado do Acre apresenta a menor média de atendimento de puericultura em crianças menores de 2 anos, com 2,27% dos atendimentos, valor este que está muito abaixo da média do Brasil (5,6) e da média nacional (entre 4,6 e 9,4). Este dado do estado do Acre é preocupante, uma vez que a consulta contínua da puericultura está associado ao diagnóstico precoce e intervenções oportunas e positivas para a saúde da criança. Esta baixa cobertura de consultas podem estar relacionadas à barreiras de acesso ao serviço de saúde, diante da singularidade do estado (Tabela 3). Quando comparado o mesmo indicador por região, observa-se que em todas as regiões a média de consulta de puericultura em menores de 2 anos de idade estão de acordo a média nacional (entre 4,6 e 9,4) (Tabela 4).

Em relação ao número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, observa-se que a maioria dos estados brasileiros apresentam-se acima da média do Brasil (76,3%) e da média nacional ( $\geq 75,0\%$ ), com destaque para os estados de Roraima com 91,03% das crianças com aleitamento materno exclusivo nesta faixa etária, seguido do Distrito Federal (90,88%) e do estado do Amazonas (90,08%). Vale chamar atenção que o estado do Sergipe apresenta o menor número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, com 66,71%, número bem abaixo da média do Brasil e nacional (Tabela 3). Analisando o mesmo indicador por região, observa-se que somente a região Nordeste apresenta 73,60% das crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo (Tabela 4).

Segundo estudo realizado na cidade de Feira de Santana, no estado da Bahia no ano de 2004, têm maiores prevalências de aleitamento materno e maiores chances de serem aleitadas ao peito crianças que nasceram em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos, filhos de mães multíparas e que não se

ausentavam do lar para trabalhar, quando comparadas às demais (VIEIRA, et.al. 2004). Nesse sentido, essa porcentagem na região Nordeste pode estar relacionada às famílias que têm uma renda maior que a supracitada no estudo e se ausentam do lar por motivos diversos, dentre eles o trabalho.

Em relação às crianças menores de 1 ano de idade com vacina em dia, na maioria dos estados brasileiros, as crianças estão com vacina em dia, com o percentual de crianças vacinadas superior à média nacional ( $\geq 95,0\%$ ), com destaque para os estados de Roraima, com 98,38%, seguidos de Rondônia (97,85%) e Mato Grosso (97,80%). Vale chamar atenção que o Distrito Federal apresentou a menor porcentagem, com 91,28% das crianças menores de 1 ano de idade vacinadas. Valor abaixo da média do Brasil (94,7%) e nacional ( $\geq 95,0\%$ ) (Tabela 3). Quando comparado por regiões brasileiras, todas as regiões estão acima da média do Brasil e nacional (Tabela 4).

Em relação às crianças menores de 2 anos de idade pesadas, a maioria dos estados brasileiros apresentaram-se acima da média do Brasil (87,3%) e acima da média nacional ( $\geq 87,3\%$ ), com destaque para dos estado de Roraima, 96,52%, seguidos dos estados do Piauí e Ceará, com 95,60% e 94,81%, respectivamente (Tabela 3). Quando comparado por regiões brasileiras, todas as regiões estão acima da média do Brasil e nacional (Tabela 4).

Em relação à média de consultas médicas para crianças menores de 1 ano de idade acompanhadas por meio de visitas domiciliares (os resultados apresentados correspondem a média dos meses de março a maio e foram projetados para 12 meses.), a maioria do número de consultas ficou entre a média nacional (Entre 3,5 e 7,5) e a média do Brasil (4,1), com destaque para o Distrito Federal com 6,92 consultas médicas nesta faixa etária, seguidos dos estados de Mato Grosso (5,91) e Mato Grosso do Sul (5,76). No estado de Pernambuco eram realizadas apenas 1,74 consulta médica para crianças menores de 1 ano de idade acompanhadas por meio de visitas domiciliares, número que se apresenta baixo se comparado à média do Brasil e nacional (Tabela 3).

Esse baixo número de consultas médicas para crianças menores de 1 ano de idade acompanhadas por meio de visitas domiciliares no estado de Pernambuco pode estar relacionado à cobertura da Estratégia Saúde da Família quem em 2012 era de apenas 69,27% da população do estado (DAB/SAS/MS, 2014). Ao analisar por região, observa-se que somente a região Nordeste, está abaixo da média do

Brasil e nacional, com uma média de 3,30 consultas para essa faixa etária (Tabela 4).

## Saúde da Mulher

**Tabela 5:** Frequência (%) e média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da mulher, por estados brasileiros.

UF	Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	Proporção de gestantes com vacina em dia
PN*	≥ 58,3	Entre 7,9 e 11,4	≥ 80,0	≥ 93,3	≥ 95,0
AC	27,97	8,33	69,43	86,11	91,30
AL	55,23	8,93	80,64	94,42	97,37
AM	44,93	9,34	76,76	93,26	96,41
AP	-	-	-	-	-
BA	48,76	9,24	79,77	92,64	94,27
CE	55,95	9,44	89,04	97,43	98,27
DF	57,85	8,30	80,93	89,53	91,17
ES	60,88	6,69	87,33	93,70	93,96
GO	52,01	7,86	87,35	93,40	94,73
MA	49,37	7,13	80,48	88,51	95,51
MG	62,86	6,03	86,67	93,75	94,37
MS	55,43	8,17	87,67	94,01	95,19
MT	57,08	8,81	91,33	96,47	97,05
PA	40,29	8,39	76,44	90,51	93,84
PB	53,91	9,04	86,04	92,78	93,55
PE	57,10	8,77	84,94	94,93	96,66
PI	50,08	8,85	84,11	94,91	97,61
PR	59,52	6,57	88,94	95,55	95,85
RJ	58,04	6,59	79,95	85,32	90,01
RN	55,28	8,81	88,37	95,13	95,78
RO	52,02	9,73	80,30	92,91	96,57
RR	30,74	9,22	76,84	90,27	92,56
RS	59,81	6,46	88,04	93,30	93,02
SC	60,89	6,56	86,62	91,26	91,24
SE	50,75	7,76	86,85	94,94	97,98
SP	71,75	6,98	89,75	93,89	94,10
TO	53,54	8,90	85,76	94,12	96,05
<b>Brasil</b>	<b>58,3</b>	<b>7,6</b>	<b>85,8</b>	<b>93,3</b>	<b>94,5</b>

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

\* Parâmetro Nacional

**Tabela 6:** Frequência (%) dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ, relacionado à saúde da mulher, por regiões brasileiras.

Região	Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	Proporção de gestantes com vacina em dia
<b>P.N*</b>	<b>≥ 58,3</b>	<b>Entre 7,9 e 11,4</b>	<b>≥ 80,0</b>	<b>≥ 93,3</b>	<b>≥ 95,0</b>
Norte	48,15	8,72	78,99	91,73	94,55
Nordeste	53,01	9,17	84,76	95,05	96,55
Sudeste	63,08	5,94	90,11	95,19	95,68
Sul	61,83	6,38	89,52	94,65	94,68
Centro-Oeste	57,47	8,20	90,04	95,41	96,22
<b>Brasil</b>	<b>58,3</b>	<b>7,6</b>	<b>85,8</b>	<b>93,3</b>	<b>94,5</b>

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

\* Parâmetro Nacional

As tabelas acima mostram a frequência (%)/média dos indicadores de desempenho monitorados do PMAQ relacionados à saúde da mulher, por estados e regiões brasileiras (Tabelas 5 e 6).

Em relação à proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas), grande parte dos estados brasileiros apresentou abaixo da média do Brasil (58,3%). Vale chamar atenção que os estados do Acre e de Roraima, apresentaram a menor proporção de gestantes cadastradas, 27,97% e 30,74%, respectivamente (Tabela 5). Quando comparado o mesmo indicador por região, a região Norte é a que apresenta a menor média, com 48,15% das gestantes cadastradas, seguida da região Nordeste com 53,01%. Se comparado ao parâmetro nacional ( $\geq 58,3\%$ ), os valores tanto por estados, quanto por regiões estão abaixo da média nacional (Tabela 6).

Resultados semelhantes a um estudo realizado nos anos de 2001 e 2002 em que foi avaliado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento em todos os estados e regiões brasileiras, onde tinham 720.871 mulheres foram registradas. Verificou-se que o menor número de gestantes registradas era nos estados do Norte e do Nordeste do país. Os baixos percentuais registrados ratificam a necessidade de permanentes avaliações e novas intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade desta atenção, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste (SERRUYA, et.al, 2004).

O indicador “número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada”, é estimado para o período gestacional.

Rondônia é o estado brasileiro que apresenta a maior média de atendimento de consulta de pré-natal por gestantes cadastradas, com 9,73 consultas (aproximadamente 10 consultas). Seguidos dos estados do Ceará e Amazônia, com 9,44 e 9,34, respectivamente, da média das consultas por gestantes durante o período gestacional. Vale chamar atenção que a maioria dos estados está cima da média do Brasil (7,6) e semelhantes à média nacional (entre 7,9 e 11,4 consultas por gestante). Os estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul apresentaram a menor média das consultas por gestante, 6,03 e 6,46 consultas, respectivamente (Tabela 5).

Quando comparado por região, a Nordeste apresenta a maior média de atendimento de consulta de pré-natal por gestantes cadastradas, com 9,17 consultas, seguidas da região Norte (8,72) e Centro-Oeste (8,20) das gestantes cadastradas. Vale chamar atenção que as regiões Sudeste e Sul apresentam as menores médias de consultas de pré-natal, 5,94 e 6,38, respectivamente, estando abaixo da média de consulta do Brasil e da média nacional (Tabela 6). Resultados diferentes de um estudo nacional (Nascer no Brasil), em que nas regiões Sudeste e Sul, 79,7% e 77,8%, respectivamente, das mulheres realizam mais 6 consultas de pré-natal, sendo os maiores números entre as regiões do Brasil (VIELLAS, et.al, 2014). O que pode estar relacionado à problemas na coleta de dados do PMAQ.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de pré-natal seria igual ou superior a 6 (seis) consultas. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D) (BRASIL, 2012a).

Mato Grosso é o estado que possui o maior número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, com 91,33% das gestantes com início do pré-natal, seguidos dos estados do Paraná e São Paulo, com 88,94% e 89,75% das gestantes, respectivamente. Vale chamar atenção que a maioria dos estados em que as gestantes realizaram o pré-natal no 1º trimestre, está acima da média nacional ( $\geq 80,0\%$ ) (Tabela 5). Quando comparado por região, apenas a região Norte

apresenta o menor número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, com 78,99% (Tabela 6).

Segundo o resultado de um estudo nacional (Nascer no Brasil), um estudo de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de 2011 a outubro de 2012, a região Norte também apresentou o menor número de mulheres (64,4%) que realizaram o pré-natal precoce. Coberturas menores foram observadas em puérperas indígenas, com menor escolaridade, sem companheiro e maior número de gestações, que relataram ter problemas de acesso ao serviço e problemas pessoais (VIELLAS, et.al, 2014). Fatores estes, que também podem estar relacionados aos dados do PMAQ.

No estado do Ceará 97,43% das gestantes estão com o pré-natal em dia, seguido do estado de Mato Grosso com 96,47% gestantes e do Paraná com 95,55%. Vale chamar atenção que a maioria dos estados está acima da média do Brasil (93,3%) e nacional ( $\geq 93,3\%$ ) das gestantes com pré-natal em dia, com ressalva para o estado do Acre em que apenas 86,11% das gestantes estão com o pré-natal em dia (Tabela 5). Quando comparado por região, apenas 91,73% das gestantes da região Norte estão com o pré-natal em dia, apresentando o menor percentual (Tabela 6). Esse baixo percentual, quando comparado a outras regiões, podem também estar relacionado às barreiras de acesso ao serviço de saúde (VIELLAS, et.al, 2014).

Em relação à proporção de gestantes com vacina em dia, no estado do Ceará 98,27% das gestantes estão com vacina em dia, seguido do estado do Sergipe com 97,98% e do estado do Piauí com 97,61% das gestantes. Valores que estão acima da média do Brasil (94,5%) e da média nacional ( $\geq 95,0\%$ ). O Rio de Janeiro (90,01%) e o Distrito Federal (91,17%) são os estados que apresentam o menor percentual de gestantes com vacina em dia (Tabela 5). Quando comparado por região, todas as regiões estão acima da média do Brasil (94,5%) e apenas a região Norte (94,55%) e Sul (94,68%) estão abaixo da média nacional ( $\geq 95,0\%$ ) (Tabela 6).

Vale chamar atenção que o estado do Amapá, em todos os indicadores de desempenho relacionados tanto relacionados à saúde da mulher, quanto da criança ficaram zerados. Supõe-se que este estado não tenha aderido ao PMAQ (1º Ciclo).

**Tabela 7:** Frequência (%) de exames solicitados pela equipe de saúde e realizados pela rede de serviços de saúde, Brasil.

<b>Para o Pré-Natal</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Sorologia para Sífilis (VDRL)	5.162	84,3	960	15,7
Sorologia para HIV	16.903	98,26	298	1,73
<b>Para diagnóstico de Sífilis (VDRL)</b>				
Sorologia para Sífilis (VDRL)	17.011	98,9	190	1,1
Teste Rápido	3.445	20	13.756	80

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

A tabela acima mostra a frequência de exames solicitados pelas equipes de Atenção Básica para o Pré-Natal e para o diagnóstico de Sífilis (VDRL) (Tabela 7).

Segundo dados da tabela, 84,3% das equipes solicitam exames de sorologia para Sífilis (VDRL) e 98,26% para Sorologia de HIV no pré-natal (Tabela 7).

Já para o diagnóstico da Sífilis (VDRL), 98,9% das equipes de Atenção Básica solicitam exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), enquanto que apenas 20% das equipes solicitam teste rápido (Tabela 7).

**Tabela 8:** Frequência (%) da realização de pré-natal e exames de sífilis (VDRL), Brasil.

<b>Gravidez e pré-natal</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal?	8664	98,7	100	49,2
Durante o pré-natal, a senhora fez exame de sífilis (VDRL)?	5162	84,3	960	15,7

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

A tabela acima mostra que 98,7% das mulheres tinha realizado o pré-natal na sua última gravidez (Tabela 8).

Sobre a realização do exame de sífilis (VDRL) durante o pré-natal, 84,3% das mulheres tinham realizado o exame (Tabela 8).

Segundo estudo, 89,6% das consultas de pré-natal são realizadas principalmente em unidades de Atenção Básica (VIELLAS, et.al, 2014). Nesse sentido, desafios persistem para a melhoria da qualidade dessa assistência, com a realização de procedimentos efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.

Com o objetivo de qualificar e levar aos gestores e profissionais da saúde informações relacionadas à realização do pré-natal de baixo risco, o Departamento de Atenção Básica, lançou em 2012 o **Caderno de Atenção Básica nº. 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**, o qual está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de Atenção Básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, contribui para a constante melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica. Aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde, e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério (BRASIL, 2012a).

### **Aplicação da Penicilina na Unidade Básica de Saúde**

Ainda buscando qualificar as ações da Rede Cegonha e a sua efetiva resolutividade nos serviços, foi lançada a **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado.

A utilização da penicilina representa uma opção terapêutica no tratamento e na prevenção de diferentes processos infecciosos e de suas complicações. É um antibiótico de elevada eficácia e, atualmente, de baixo custo, sendo opção definida nas infecções por *Streptotoccus pyogenes* e *Streptococcus pneumoniae* que se mantêm sensíveis a estes antibióticos, na sífilis (neurossífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação, em associação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nas profilaxias primária e secundária da febre reumática e na glomerulonefrite pós-estreptocócica) (São Paulo, 2004; SÁNCHEZ, 1997).

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual ou materno-fetal, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de

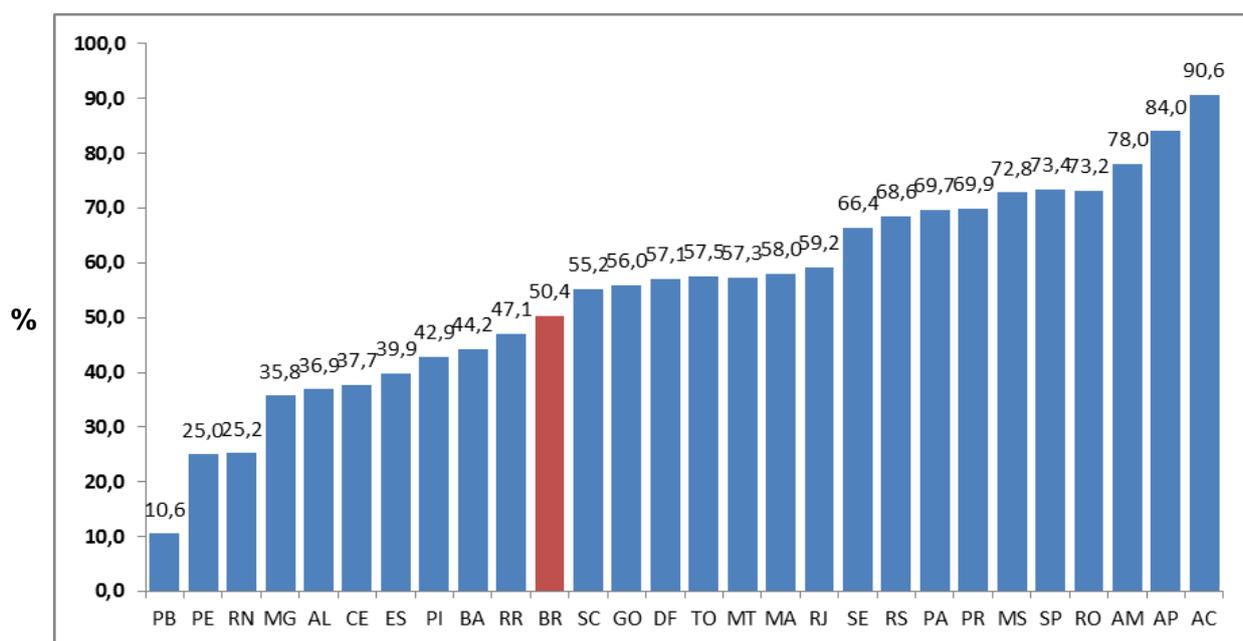
latência clínica de menor ou maior tempo de duração. A prevenção da sífilis congênita pode ser feita com medidas simples, de baixo custo e altamente eficazes, traduzidas no diagnóstico da sífilis materna e no tratamento adequado da mãe e de seu(s) parceiro(s) sexual (is), resultando no tratamento simultâneo do conceito (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, quando a sífilis é detectada em uma gestante, o tratamento deve ser iniciado de imediato com a penicilina, sendo indispensável que os parceiros sejam também tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante. Vale chamar atenção que a ocorrência frequente de casos de sífilis congênita revela falhas graves no sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Em muitos locais no Brasil a aplicação da penicilina não vem sendo realizada, o que vem sendo justificado pelo medo da ocorrência de eventos adversos, principalmente de reação anafilática, relacionada ao uso da penicilina (São Paulo, 2004). Os argumentos são de que a rede de atenção, principalmente a rede de atenção básica, não tem condições técnicas de manejar anafilaxias. Como consequência, propaga-se na rede a prática do receio da administração parenteral desse antibiótico (BRASIL, 2010b).

A partir dos dados do PMAQ (1º Ciclo), é possível visualizar a situação da aplicação da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde do país.

**Gráfico 1:** Frequência (%) de equipes que realizam aplicação de Penicilina na UBS, Estados e Brasil.



Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

O gráfico 1 mostra o percentual de equipes que realizam a aplicação de Penicilina na Unidade Básica de Saúde (Gráfico 1).

No estado do Acre, 90,6% das equipes realizam aplicação da penicilina na UBS, seguido dos estados do Amapá, com 84% das equipes realizando a aplicação da penicilina e do estado do Amazonas com 78% da realização (Gráfico 1).

O estado da Paraíba apresenta o menor número de equipes que realizam a aplicação de Penicilinas na UBS, com 10,6% das equipes realizando, seguidas dos estados de Pernambuco (25%) e Rio Grande do Norte (25,2%) (Gráfico 1).

No país, a aplicação da penicilina por parte das equipes é realizada em 50,4% das Unidades Básicas de Saúde (Gráfico 1).

Apesar de todos os estados brasileiros realizarem a aplicação da Penicilina na Unidade Básica de Saúde, percebe-se que uma grande parte da aplicação nos estados está abaixo da média, uma vez que as penicilinas são um grupo de antibióticos de baixíssimo custo, comprovada eficácia e de importância no tratamento de doenças infecciosas e suas complicações sendo utilizada para a prevenção da sífilis congênita, a qual causa grande impacto para a saúde pública devido a alta frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo de parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido (LIMA, et.al. 2013).

No Brasil, apesar dos esforços da prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis congênita continua a crescer, refletindo tanto uma melhora no sistema de notificação, quanto a manutenção da transmissão vertical da doença (LIMA, et.al. 2013). O MS incentiva a prescrição e aplicação de penicilina nas unidades básicas de saúde para mudar a realidade de casos de sífilis congênita no país.

Em 2009, foram registrados 5.340 casos de sífilis congênita no país (incidência de 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos) (SINAN NET, 2010).

Em 2013 foi lançada uma nota técnica pelo Conselho Regional de Enfermagem, em que se questionava a aplicação da penicilina por parte dos profissionais, uma vez que existe grande preocupação por parte dos profissionais de saúde e a população em relação ao uso de Penicilinas em função de possíveis reações adversas graves que se apresentam na forma de choque anafilático e morte.

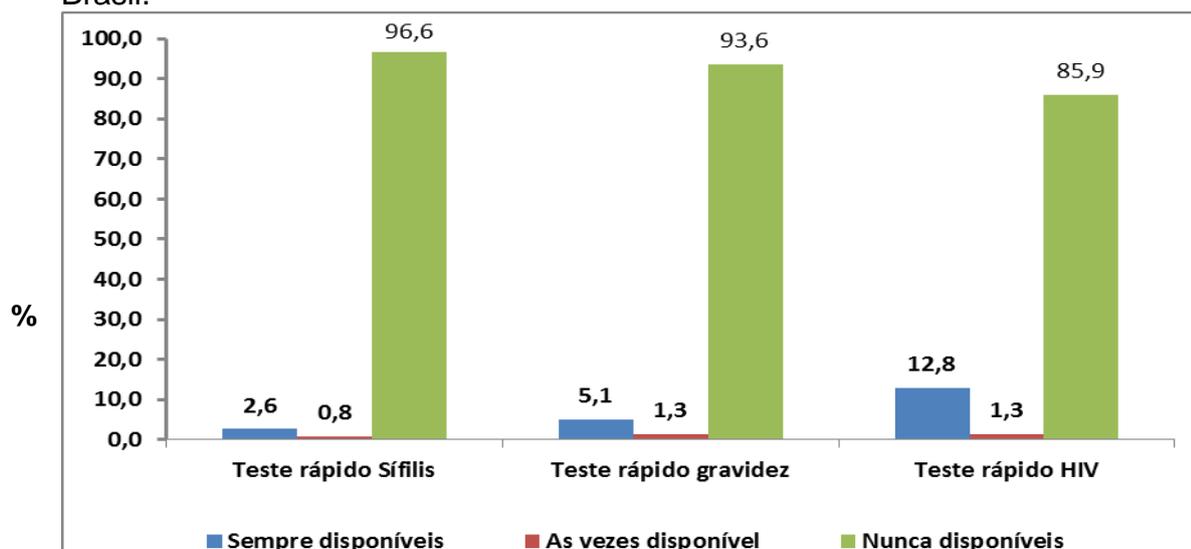
O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC emitiu Parecer n. 32/2008 sobre a utilização de penicilinas na APS (Atenção Primária à

Saúde) e a obrigatoriedade do médico de cumprir a Portaria 156/2006, determinando que 'no contexto da atenção básica à saúde, o médico deve prescrever penicilina para ser aplicada na própria unidade básica de saúde, desde que tenha à disposição medicação, material e equipamento adequado para dar suporte a todo e qualquer tipo de reação de hipersensibilidade, incluindo choque anafilático' (CREMEC, 2008, p.1).

A **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**, no entanto, não foi suficiente para que os profissionais se sentissem aptos para realizar a aplicação da penicilina.

Nesse sentido, a baixa aplicação da penicilina na Unidade Básica de Saúde pode estar influenciada e relacionada a esta discussão que atualmente vem ocorrendo.

**Gráfico 2:** Frequência (%) de testes rápidos diagnosticados (disponíveis) na UBS, Brasil.



Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

A partir da necessidade de se criar alternativas para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), foi publicada a **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012**, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

Com o instrumento do PMAQ, é possível visualizar como estão os indicadores (testes rápidos, detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes) nas Unidades Básicas de Saúde.

O gráfico abaixo mostra que 96,6% das Unidades Básicas de Saúde do país nunca têm disponíveis testes rápidos de sífilis. Enquanto que em apenas 2,6% das UBS têm sempre disponíveis testes rápidos de sífilis (Gráfico 2).

Os dados sobre a disponibilidades de testes rápidos de sífilis nas UBS são preocupantes, uma vez que a além dos efeitos da sífilis congênita em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas, o que constitui um problema de saúde pública, onde o seu controle ainda constitui um desafio para muitos países (ARAÚJO. et al. 2012).

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, com o tratamento de baixo custo (ARAÚJO. et al. 2012).

O Ministério da Saúde com a implantação da Rede Cegonha, no seu Componente Pré-Natal, um dos objetivos é garantir a oferta para o teste rápido para triagem de sífilis no acolhimento ou na primeira consulta da gestante na Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica lança a **Nota Técnica Conjunta SAS/SVS/MS de 2012**, a qual dispõe sobre a realização do Teste Rápido da Sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha.

Em relação ao teste rápido de gravidez, 93,6% da UBS nunca têm disponíveis e apenas 5,1% da UBS têm sempre disponíveis esse tipo de teste (Gráfico 2).

Esses dados trazem alguns questionamentos relacionados à como as ações do Ministério da Saúde estão sendo executadas na ponta, no serviço de saúde, uma vez que uma das ações da RC é a implantação do Teste Rápido de Gravidez (TRG) em todas as Unidades Básicas de Saúde, cujo objetivo da implantação dessa tecnologia é oferecer o acesso à detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica e orientações baseadas nas necessidades singulares de cada usuária (BRASIL, 2013a).

Em 2013, foi lançada uma **Nota Técnica: Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica**, reforçando o que a portaria da Rede Cegonha já assegurava, instruindo, reafirmando e corresponsabilizando os estados e municípios pela capacitação dos profissionais para a melhor execução dos testes na Atenção Básica.

Sobre o teste rápido de HIV, 85,9% das UBS nunca têm disponíveis este tipo de teste e 12,8% têm disponíveis nas UBS (Gráfico 2).

Estudos evidenciam falhas importantes na detecção da infecção pelo HIV entre gestantes brasileiras. Observam falhas do Sistema de Saúde desde a inclusão da gestante para o acompanhamento do pré-natal, até a ausência de pedido do teste sorológico para HIV e falta de conhecimento do resultado do teste antes do parto, problemas estes que ocorrem em todas as regiões brasileiras (JÚNIOR. et al. 2004). Esses dados do PMAQ sobre a realização do teste rápido de HIV nas UBS refletem e confirmam esta falha no sistema público de saúde brasileiro.

### **O que o DAB em parceria com outros Departamentos do Ministério da Saúde tem produzido sobre os testes rápidos de Sífilis e HIV:**

É possível destacar documentos produzidos pelo DAB em parceria com outros Departamentos do Ministério da Saúde sobre Sífilis e HIV, que mostram realmente a preocupação diante do quadro que estes agravos apresentam no país e diante das dificuldades por parte dos profissionais em fazer com o que é determinado pelo Ministério da Saúde seja executado nos serviços de saúde.

Em 2012, foi lançada a cartilha ***Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica***, com o objetivo de auxiliar os Estados, Distrito Federal e Municípios na implantação, desenvolvimento e qualificação da Rede de serviços de saúde, por meio da oferta de testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. Visa contribuir para a melhoria da qualidade na atenção às mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública (BRASIL, 2012e).

Em 2013, foi lançado o ***Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Testes Rápidos para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes***, com o objetivo de orientar e subsidiar, em especial, gerentes e coordenadores na capacitação de profissionais de saúde e na implantação de testes rápidos de HIV e sífilis no âmbito da Atenção Básica, para reduzir os índices de mortalidade materna e infantil provocados por causas evitáveis, tais como a sífilis congênita (BRASIL, 2013b).

Em 2014, foi lançado o manual **5 passos para a implantação do manejo do HIV na AB/2014**, cujas diretrizes apresentadas nesse manual apontam para uma reorganização do modelo de atenção em saúde no manejo da infecção pelo HIV em todos os níveis de atenção, mas especialmente, na Atenção Básica. O eixo de reorientação desse modelo é o conceito do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2014).

### Programa Bolsa Família

**Tabela 9:** Frequência (%) dos dados do PMAQ relacionados ao Programa Bolsa Família, Brasil.

<b>Programa Bolsa Família</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa Família?	14049	81,68	3150	18,32

Fonte: DAB/SAS/MS - PMAQ (1º Ciclo)

Segundo dados da tabela acima, 81,68% das equipes possui registro das famílias do território cadastradas no PBF (Tabela 9).

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído em outubro de 2003 pelo Governo Federal na tentativa de consolidar uma estratégia nacional de transferência condicionada de renda, o qual reuniu quatro programas de transferência de renda anteriores: Bolsa Escola, Auxílio Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação sob gestão unificada (SENNA. et al. 2007).

Após quase 11 anos de lançamento do PBF, já é possível observar o impacto do Programa em relação à redução da mortalidade infantil, de agravos como a desnutrição e diarreia e a melhoria de condicionantes relacionados à saúde (RASELLA. et al. 2013).

As taxas de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caíram muito nas últimas décadas no Brasil, graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores (BRASIL, 2012d).

De acordo com os dados do PMAQ, observa-se que existe uma boa cobertura do PBF e que pode influenciar diretamente na saúde da criança (BRASIL, 2012d).

### **Participação em eventos**

Durante a participação no **“Fórum de Consulta Nacional sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis”**, uma fala de um participante do evento causou reflexão a mim e a equipe.

**Fala do participante:** “Com a priorização da Rede Cegonha, dificultou o acesso das mulheres não gestantes ao serviço de saúde”.

Essa escuta fez pensar em: Qual seria a visão sobre a Rede Cegonha de quem está dentro do Ministério da Saúde trabalhando diretamente com a Rede e a visão de quem está de fora, atuando nos municípios, apenas sabendo da sua existência e não conhecendo muito sobre a mesma?

Seria interessante tentar esclarecer um pouco o que seria a Rede Cegonha, uma vez que o entendimento das pessoas (a partir da fala do participante), é que a Rede Cegonha está direcionada apenas para as gestantes. O que seria um entendimento equivocado, visto que esta rede de cuidados assegura à saúde da mulher desde o planejamento reprodutivo, ao acompanhamento à gravidez, ao parto e puerpério, bem como assegura também às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Isso denota o quanto as pessoas são “desconhecedoras” da principal finalidade das ofertas das estratégias e ações dos serviços do sistema público de saúde.

### **Arena de Participação Social**

No dia 23 de maio de 2013, participei no Centro Internacional de Convenções de Brasília (CICB) do evento em que a Presidenta Dilma Rousseff entregou o 5º prêmio ODM Brasil. Este prêmio reconhece programas e projetos que contribuem

efetivamente para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Durante o evento, a presidenta recebeu o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que reúne informações atualizadas sobre a situação dos ODM nas diversas regiões brasileiras.

O Brasil cumpriu integralmente dois dos oito Objetivos do Milênio (ODM) das Nações Unidas (ONU) com anos de antecedência. A meta de reduzir a mortalidade infantil em dois terços em relação aos níveis de 1990 até 2015 foi cumprida em 2011, e a meta de reduzir a fome e a miséria foi outro objetivo cumprido antes do prazo. De acordo com a ONU, a extrema pobreza tinha de ser reduzida pela metade até 2015 em relação aos níveis de 1990.

Este evento me fez perceber o quanto existem pessoas em nosso país que se mobilizam, dedicam o melhor de si por uma causa, uma política, principalmente social e que acreditam na mudança a curto e longo prazo.

### **Grupo Executivo da Rede Cegonha**

O Grupo Executivo da Rede Cegonha foi estabelecido pela **Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011**, que institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

No Art. 2º Instituir, para cada Comitê Gestor, um Grupo Executivo para viabilizar a operacionalização dos compromissos prioritários do governo, sendo eles:

I - Grupo Executivo da Rede Cegonha, etc.

§ 1º São atribuições de cada Grupo Executivo:

I - elaborar o plano de ação para operacionalização da Rede Temática;

II - alimentar e manter atualizado o sistema de monitoramento da Rede Temática;

III - monitorar e avaliar a implementação da Rede Temática;

IV - subsidiar o Comitê Gestor com as informações por ele demandadas;

V - articular as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas com as demandas operacionais da Rede Temática;

VI - elaborar e sistematizar os produtos e documentos de referência para implementação da Rede Temática; e

VII - manter o Comitê Gestor informado sobre os processos de implantação das Redes.

As reuniões do Grupo Executivo (GE) ocorrem semanalmente, atualmente todas às quartas-feiras, das 10h às 12h, a qual é coordenada pela Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, com representantes da Coordenação Geral de Saúde da Criança, Coordenação da Saúde de Adolescentes e Jovens, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais e a Interface da Rede Cegonha do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Das reuniões do GE as quais participei, destaco abaixo as que me chamaram mais atenção:

No Grupo Executivo são discutidos vários temas pertinentes à atenção à saúde, desde a implementação do Manejo clínico do HIV na Atenção Básica, de como isso pode ser feito no serviço, por causa do estigma tanto por parte dos profissionais, quanto por parte do próprio portador, por não se sentir à vontade, pelo fato da Unidade de Saúde ser próxima da residência onde residem várias pessoas conhecidas. Isso de alguma forma pode gerar sofrimento no portador do HIV, por ser uma doença que não gostaria que fosse divulgada.

No entanto, no Grupo Executivo, defende-se a ideia de que é possível a realização do Manejo clínico do HIV na Atenção Básica, estudando com isso maneiras de como tornar isso possível.

Outro ponto interessante discutido foi sobre a integração do SISPRENATAL WEB, ferramenta de gestão da informação no âmbito da Rede Cegonha. É um sistema *online* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal de baixo e alto risco e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, até o atendimento hospitalar ao parto e nascimento. Este sistema, logo será integrado com o e-SUS AB, que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à

população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

Por meio da Port. nº 1.412, de 10/07/2013, foi criado o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o qual substituirá plenamente o sistema vigente (SIAB), a partir de julho de 2014. É importante ressaltar que as ferramentas de **captação de dados** para alimentação do SISAB podem ser:

1. Sistemas de software e-SUS AB CDS (Coleta de Dados Simplificada) e PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão);
2. Sistemas próprios utilizados pelos municípios, por meio da tecnologia *Thrift*.

Nesse sentido, a estratégia e-SUS AB prevê integração gradual com os sistemas de informação em saúde do Ministério da saúde e a interoperabilidade entre os serviços de saúde.

Toda a discussão do GE foi em torno do fato do SISPRENATAL WEB possuir muitos indicadores que ao substituir pelo e-SUS AB seriam reduzidos, não conseguindo, no entanto, atender (do ponto de vista da Área Técnica da Saúde das Mulheres), a demanda do antigo sistema.

Recentemente foi enviada uma Nota Técnica Conjunta da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e Departamento de Atenção Básica às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde sobre a estratégia de interoperabilidade entre o SISPRENATAL WEB e o e-SUS AB.

### **Avanços e desafios da Rede Cegonha na Atenção Básica**

Após quatro anos de instituída no âmbito do Sistema único de Saúde, já é possível visualizar alguns avanços e desafios da Rede Cegonha na Atenção Básica.

Avanços:

- Contribuição da RC na redução da mortalidade materno-infantil;
- Distribuição de detectores fetais e balanças antropométricas, como uma ação de qualificação do Componente Pré-Natal na AB;

- Disponibilização dos Testes Rápidos de Sífilis, HIV e Gravidez para todas as unidades básicas de saúde;
- e-SUS AB como transmissor de dados para o Sis prenatal Web;
- Repasse de recursos para realização de novos exames para o Pré-Natal e Teste Rápido de Gravidez para todos os municípios aderidos à RC;
- Distribuição de CABs para as UBS; nº 32: Pré-Natal de Baixo Risco e nº 33: Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento;
- Nova Caderneta da Criança (consulta pública);
- Distribuição de 830.000 novas Cadernetas das Gestantes.

#### Desafios:

- Integração para a utilização do e-SUS AB como transmissor de dados para o Sis prenatal Web;
- Melhor qualificação dos profissionais que estão atuando na Atenção Básica;
- Dificuldade de acesso às balanças antropométricas em alguns municípios do país; ( dificuldade em que sentido ficou vago...)
- Capilaridade da RC: Como chegar as informações nos municípios.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho envolveu uma ampla revisão acerca da sistematização das ações do Departamento de Atenção Básica (DAB) para melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança, e sua trajetória na composição da Rede Cegonha.

A proposta veio com o objetivo de buscar contribuir e fortalecer as ações do Departamento de Atenção Básica e do Ministério da Saúde, possibilitando uma maior reflexão acerca das singularidades e dos nós críticos que a Rede nos apresenta ao longo da sua construção.

Considerando a importância das estratégias e ações que são realizadas pelo Departamento de Atenção Básica em parceria com outras áreas do Ministério da Saúde as quais buscam qualificar a Atenção Básica e os profissionais que nela atuam, é possível visualizar que os recursos disponibilizados pelo DAB/Ministério da

Saúde para a Gestão Estadual/Municipal de Saúde estão sendo aproveitados, mesmo com alguns problemas, mas entendendo que estes problemas fazem parte da sua construção, uma vez que estes recursos estão atendendo as necessidades da população, favorecendo não só o público que o utiliza, mas toda a nação brasileira.

A identificação, a busca ativa do recém-nascido, sob condição de maior risco de morrer e adoecer constituem um desafio contínuo de incluir um modelo de assistência voltado e fundamentado nos conceitos de prevenção, promoção e reorganização da Atenção Básica, o qual é proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Em relação à atenção à gestante e à criança, faz-se necessária uma reflexão sobre a qualidade da assistência que é prestada por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de realizar permanentes avaliações e intervenções para melhorar a qualidade desta atenção.

Faz-se necessário o fortalecimento e qualificação, não só dos profissionais que atuam na Atenção Básica, mas também dos novos profissionais que estão sendo formados para atuarem no SUS, os quais devem sempre trabalhar na perspectiva da integralidade da atenção.

Vale chamar atenção que a Rede Cegonha resgatou de alguma forma a ética de acompanhamento ao paciente (mulheres/gestantes e crianças) e pelo fato desta ser uma rede, tem-se a necessidade de se construir redes para que fortaleça as linhas de cuidado em saúde, contribuindo para a garantia de uma atenção contínua e integral à mulher e à criança nos estados e municípios estabelecendo uma maior integração das redes de atenção à saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. de. et al. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família**. Rev Saúde Pública. 2012, vol.46, n.3, pp. 479-486. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf> > Acesso em 30 de jun. 2014.

BRASIL, Ministerio de Planeamiento, Presupuesto y Gestión. Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República. Casa Civil de la Presidencia de la República. **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: Resumen Ejecutivo del Informe Nacional de Seguimiento**. Informe ODM, 2010a, Septiembre, 2010. p. 1-24.

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, 2012a. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)>. Acesso em: 28 de out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 9-199. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 28 de out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. 2011 a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 28 de out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 30 de out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2012c. p. 1-140. Disponível em: <[https://webmail.saude.gov.br/redir.aspx?C=7fa549e9506446caadd823e9bf9c1ad5&URL=http%3a%2f%2f189.28.128.100%2fdab%2fdocs%2fportaldab%2fdocumentos%2finstrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](https://webmail.saude.gov.br/redir.aspx?C=7fa549e9506446caadd823e9bf9c1ad5&URL=http%3a%2f%2f189.28.128.100%2fdab%2fdocs%2fportaldab%2fdocumentos%2finstrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)> . Acesso em 14 de Jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012d. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)>. Acesso em: 20 de fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. 2011b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html)>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf> >. Acesso em 30 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília, 2010b. 100 p. (Série TELELAB). Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual\\_sifilis\\_miolo\\_pdf\\_53444.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf) >. Acesso em 30 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos; Caderno nº 8. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste\\_rapido\\_gravidez\\_guia\\_tecnico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf)>. Acesso em 30 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica. Rede Cegonha**. Brasília, 2012e. 20 p. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes\\_implantacao\\_testes\\_rapidos\\_hiv\\_sifilis.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf)>. Acesso em: 05 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012f.62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em: 05 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Testes Rápidos para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_orientador\\_capacitacao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf)>. Acesso em: 05 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **5 passos para a implantação do manejo do HIV na AB/2014: Guia para Gestores**. Brasília, 2014. 8p. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/5\\_passos\\_implantacao\\_hiv\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/5_passos_implantacao_hiv_ab.pdf) >. Acesso em: 05 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): MS; 2004. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Sífilis Congênita**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

CARVACHO, I. E. et al. **Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes**. Rev. Saúde Pública, 2008; 42(5): 886-94. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/6062.pdf>>. Acesso em: 10 de jul. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ. Parecer CREMEC No 32/2008. Utilização de penicilinas na APS e a obrigatoriedade do médico de cumprir Portaria. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/pareceres/2008/par3208.pdf>>. Acesso em 30 Jul. 2013.

HIRA, S.K. et al. **Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project**. Genitourin Med, 1990; 66:159-64. Disponível em: < <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1194495/pdf/genitmed00045-0033.pdf> >. Acesso em: 30 de jun. 2014.

IPEA, MP, SPI. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico (SPI/MP). Supervisão: Grupo Técnico para o Acompanhamento dos ODM. Brasília, IPEA, MP, SPI, maio, 2014, 208 p.: il. Disponível em: < <http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/relat%C3%B3rio-ODM.pdf> >. Acesso em: 27 de mai. 2014.

JÚNIOR, P. R. B. d. S. et al. **Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002**. Revista Saúde Pública, 2004; 38 (6): 764-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/03.pdf>>. Acesso em: 30 de jun.2014.

KILSZTAJN S. et al. **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000**. Revista Saúde Pública, São Paulo, 2003;37(3):303-10. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf> >. Acesso em: 08 de jan. 2014.

LIMA, et.al. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(2): 499-506, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n2/21.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

MASCOLA, L; PELOSI, R; ALEXANDER, C.E. **Inadequate treatment of syphilis in pregnancy**. Am J Obstet Gynecol, 1984; 150:945-7. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6507531>>. Acesso em: 30 de jun.2014.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Revista Med, Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4):S3-S11. Disponível em: < <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/96/75>>. Acesso em 25 de mai. 2014.

MENDONÇA, A. C. et al. **Muito além do "Teste do Pezinho"**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. São Paulo, 2008. p.6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2009nahead/aop1209.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

OLIVEIRA, V.C.; CADETTE, M.M.M. **Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):301-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

PEELING, R.W. et al. **Avoiding HIV and dying of syphilis**. Lancet. 2004;364 (9445): 1561-1563.

PITANGUY J. **Parte I - História, política, conceitos: O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos**. SCIELO Books. Editora FIOCRUZ. p.19-3. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-02.pdf>>. Acesso em: 28 de out. 2013.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. **Instrução Técnica para a Prescrição e a Utilização de Penicilinas e Prevenção da Sífilis Congênita**. São Paulo; 2004. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/ass\\_farmaceutica/0004/penicilinas8.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/ass_farmaceutica/0004/penicilinas8.pdf)>. Acesso em 30 de jun. 2014.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A; VIEIRA, N. F. C. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde.** Revista da Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, a. 15, n. 2, 2007. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em 12 de Jan. 2014.

RASELLA D. et al. **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities.** The Lancet. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online May 15, 2013. Salvador, Brazil. Disponível em: < [http://www.isags-unasursalud.org/biblioteca\\_interna.asp?idArea=33&lang=1&idPai=6157](http://www.isags-unasursalud.org/biblioteca_interna.asp?idArea=33&lang=1&idPai=6157)>. Acesso em 22 de dez. de 2013.

RICHARDSON, R. J e Colaboradores. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Editora Atlas, 1999, p. 259-264.

RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1343.pdf>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2013.

SARACENI, V. et al. **Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1244-1250, jul-ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf>>. Acesso em 30 de jun.2014.

SÁNCHEZ, P.J; WENDEL, G.D. **Syphilis in pregnancy.** Clin Perinatol 1997; 24:71-90.

SENNA, M. d. C. M. et al. **Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?** Rev. Katál. Florianópolis. v. 10 n. 1 p. 86-94 jan./jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a10.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

SERRUYA, et.al. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. RBGO - v. 26, nº 7, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Métodos do Trabalho Científico.** 23ª Edição-2007. Capítulo 3. Editora Cortez.

SLOMP, F. M. et al. **Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família.** Ver. Esc. Enferm. USP, 2007; 41(3): 441-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/14.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

STARFIELD. B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 3 de jun.2014.

United Nations Children's Fund (UNICEF). **Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2013**. New York, September, 2013, p. 1-56. Disponível em: <[http://www.unicef.org/publications/files/APR\\_Progress\\_Report\\_2013\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf)>. Acesso em: 21 de dez. 2013.

VICTORA, C.G; BARROS, F; VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.

VIELLAS, et.al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

VIEIRA, et.al. **Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia**. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil, Recife 4 (2): 143-150, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21000.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de. **O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 74-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund) and The World Bank estimates. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010**. May, 2012, p. 1-72. Disponível em: <[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf)>. Acesso em: 22 de dez. 2013.