



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Marema de Deus Patrício

DIFERENCIAIS NOS INDICADORES PERINATAIS DE
MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES NO
DISTRITO FEDERAL

Brasília, DF
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Marema de Deus Patrício

DIFERENCIAIS NOS INDICADORES PERINATAIS DE
MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES NO
DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre Saúde
Coletiva pelo Programa de Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Doutora Daphne
Rattner.

Brasília, DF
2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P314d Patrício, Marema de Deus
Diferenciais nos indicadores perinatais de
mulheres adultas e adolescentes no Distrito Federal
/ Marema de Deus Patrício; orientador Daphne
Rattner. -- Brasília, 2015.
71 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências da
Saúde) -- Universidade de Brasília, 2015.

1. Saúde da mulher. 2. Adolescente. 3. Rede de
cuidados continuados de saúde. 4. Assistência
perinatal. I. Rattner, Daphne , orient. II. Título.

Marema de Deus Patrício

DIFERENCIAIS NOS INDICADORES PERINATAIS DE
MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES
NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre Saúde Coletiva pelo Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 4 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Daphne Rattner (presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Leides Barroso Azevedo Moura
Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Leonor Pacheco
Universidade de Brasília – UnB

Dedico esse trabalho a todos os gestores e gestoras de saúde que por este país a fora implantam o SUS sob a ótica da cidadania, tendo como foco os brasileiros e as brasileiras: sujeitos de direitos.

SOU MUITO GRATA:

À minha família, pela motivação e suporte durante todo o período de realização do mestrado. Aos meus filhos e noras que pacientemente, acompanharam de perto. À minha tia Dirce, pela acolhida em Brasília.

À minha orientadora, Dra Daphne Rattner, pela paciência comigo e por me ajudar na superação dos obstáculos e dificuldades para a elaboração deste trabalho. Só posso retribuir com minha admiração e respeito à dedicação e conhecimentos compartilhados.

Ao Conasems por ter me proporcionado esta oportunidade singular de realização desse mestrado, enorme contribuição para o meu aperfeiçoamento profissional.

Aos meus colegas de trabalho que dividiram comigo angústias, alegrias e satisfações no decorrer desse período, compreendendo minhas ausências e contribuindo nas discussões. Especiais agradecimentos ao Presidente do Conasems Dr Antonio Carlos Figueiredo Nardi, ao Secretário Executivo Dr José Ênio Sevilha e ao Nilo Bretas, Coordenador Técnico do Conasems.

Aos professores, pela oportunidade do compartilhamento dos saberes. Aos meus colegas do mestrado, pela aprendizagem e troca de experiências em nossas discussões durante os encontros presenciais. Especialmente, Alessandro Ricardo Cunha, nosso colega Caruso, pela disponibilidade de dados técnicos. À equipe da secretaria (DCSPPG/UNB), Ivan e Fabiana, por tantas disponibilidades de informações.

Às minhas amigas e amigos e a todos aqueles que participaram, de modo direto ou indireto, na construção de mais esta etapa da minha vida, em especial a Soraia Perez e o Erivaldo Rodrigues, por contribuírem nas ideias e discussões

E, a todos os coordenadores das áreas técnicas da Saúde da Mulher, da Saúde do Adolescente, da Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que, com boa vontade, disponibilizaram conversas, dados, e-mails e telefonemas, numa contribuição imensa para a elaboração desse trabalho.

Obrigada!

O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los.

— NORBERTO BOBBIO

RESUMO

Introdução: Com a maior renda *per capita* do país e uma população de 2.570.160 em 2010, sendo 52% mulheres e 17,8% adolescentes de ambos os sexos, o Distrito Federal abriga grupos populacionais que sofrem exclusão social e vivem em bolsões de pobreza. O Plano Distrital de Saúde 2012-2015 expõe a existência de uma rede de atenção fragmentada, com baixa resolubilidade e modelo inadequado de atenção obstétrica e neonatal. A alternativa para ampliar o acesso e melhorar a atenção materna e infantil apresentou-se com a Rede Cegonha, a primeira Rede Temática lançada pelo Ministério da Saúde em junho de 2011. Além de ter um recorte de atenção desde a gestação até a atenção à criança de até 24 meses, a Rede Cegonha é convergente a todas as políticas e programas até então existentes e orienta a organização de redes de serviços de saúde para a linha de cuidado materna e infantil. **Objetivo:** Descrever a atenção prestada no âmbito da Rede Cegonha às mulheres adultas e adolescentes, no Distrito Federal. **Método:** Estudo descritivo de séries temporais, com caráter exploratório dos indicadores da assistência à gestação e ao parto no Distrito Federal, com vistas a contextualizar os processos de construção da implantação da Rede Cegonha pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Os dados levantados referem-se ao período de 2000 a 2012, disponíveis nos sistemas de domínio público e tiveram as variáveis analisadas, separadamente, para gestantes adultas e adolescentes. **Resultados:** Os achados deste estudo mostram que no Distrito Federal a população adolescente apresenta indicadores diferentes e mais desfavoráveis que os da população de 20 a 49 anos: na demanda de consultas de pré-natal, nos dados de detecção de sífilis congênita (qualidade do pré-natal), nos dados de prematuridade, nos dados de mortalidade neonatal precoce e também perinatal (indicadores do resultado da atenção à gestação e ao parto) e nos dados de mortalidade infantil, sugerindo uma vulnerabilidade maior da população feminina dessa faixa etária, em termos da saúde reprodutiva. São pouco melhores apenas na proporção de cesáreas (qualidade da assistência ao parto) **Conclusão:** A Rede Cegonha no Distrito Federal trouxe uma possibilidade de implementação de ações direcionadas às singularidades da saúde de adolescentes, e este estudo aponta a necessidade de se priorizar as políticas públicas voltadas para adolescentes, com ênfase na promoção e na prevenção em saúde sexual e reprodutiva, e também, a necessidade de implementação de ações integradas que visem a melhorias na qualidade da assistência prestada às mulheres, sobretudo, às adolescentes. O estudo pode contribuir para a prática do monitoramento e avaliação da rede materna e infantil e das ações de saúde ofertadas às mulheres.

Palavras Chave: Saúde da Mulher, Adolescente, Rede de cuidados continuados de saúde, Assistência perinatal

ABSTRACT

Introduction: Presenting the highest *per capita* income of the country and with 2,570,160 inhabitants in 2010, being 52% women and 17,8% adolescents of both sexes, the Federal District of Brazil shelters groups of population that suffer social exclusion and live in areas of poverty. The Districtal Plan for Health 2012-2015 exposes a fragmented health network, with low capacity for health problems resolution and an inadequate model of obstetric and neonatal care. The Stork Network, the first thematic network launched by the Ministry of Health in June 2011, presented an alternative to increase access and improve maternal and child care. Besides focusing on care from pregnancy to the infant till 24 months, the Stork Network is convergent to all prior policies and programs and guides the organization of health care networks for the maternal and child care line. **Objective:** To describe the care delivered to women and adolescents in the scope of the Stork Network in the Federal District. **Method:** Descriptive study of temporal series, exploring the indicators of care to pregnancy and birth in the Federal District, in order to contextualize the processes of structuring the implementation of the Stork Network by the Health Secretariat of the Federal District. Data refers to the period between 2000 and 2012, available in public databases, and the variables were analyzed separately for adolescents and adult women. **Results:** The study findings show that, in the Federal District, the adolescent population displays indicators that are different and more unfavorable than those for women between 20 and 49 years old: in the demand of prenatal care visits, in the detection of congenital syphilis (quality of prenatal care), in the preterm proportions, in the indicators of early neonatal and perinatal mortality (indicators of outcome of care to pregnancy and birth) and in the infant mortality rate, suggesting a greater vulnerability of the female population of that age group, in terms of reproductive health. Only the in cesarean section rates (quality of care for childbirth), are slightly better. **Conclusion:** The Stork Network in the Federal District brought the possibility of implementing activities directed to the singularities of adolescents health, and this study underlines the need to prioritize public policies for adolescents, emphasizing promotion and prevention in sexual and reproductive health, as well as the need to implement integrated activities to improve quality of care for women, moreover for adolescents. This study intends to contribute to the practice of monitoring and evaluation of the maternal and child network and of the health care activities offered to women.

Key Words: Women's Health, Adolescent, Delivery of Health Care, Quality of Health Care, Perinatal Care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronologia da Atenção e Cuidado ao Parto e Nascimento no Brasil. . .	17–9
Quadro 2 – Preceitos orientadores da Rede Cegonha no DF.	36
Quadro 3 – Descrição dos indicadores e respectivas fontes de dados.	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões Administrativas — Brasília, DF.	32
Figura 2 – Marco para a Produção da Saúde Sexual e da Saúde Reprodutiva de Adolescentes na Rede Cegonha – SESDF.	37
Figura 3 – Taxa de analfabetismo em mães de nascidos vivos com idade entre 10 e 49 anos — Distrito Federal, 2000 a 2012.	44
Figura 4 – Proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, por faixa etária — Distrito Federal, 2000 a 2012.	44
Figura 5 – Taxa de detecção de sífilis congênita de acordo com faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012.	45
Figura 6 – Taxa de cesáreas de acordo com faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012.	48
Figura 7 – Prematuridade (22 a 36 semanas) por tipo de parto e faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012.	48
Figura 8 – Mortalidade neonatal precoce (0 a 7 dias) por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012.	49
Figura 9 – Mortalidade perinatal por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012.	49
Figura 10 – Mortalidade infantil por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012.	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do IDH e seus componentes no Brasil e no Distrito Federal, 1991, 2000 e 2010.	43
Tabela 2 – População feminina residente, de 10 a 49 anos — DF, 2000–12.	43
Tabela 3 – Casos notificados de sífilis congênita (n. e %) segundo variáveis selecionadas por ano de diagnóstico — DF, 2000–12.	46–7

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
DNCR – Departamento Nacional da Criança
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
FGV – Fundação Getúlio Vargas
GDF – Governo do Distrito Federal
GM – Gabinete do Ministro
HIV – Human immunodeficiency virus infection
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDAP – Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios

PDR – Plano Diretor da Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMI – Programa Materno-Infantil
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, População)
PNDST/Aids – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI – Programação Pactuada Integrada
PT – Portaria
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RC – Rede Cegonha
RDC – Resoluções da Diretoria Colegiada
RIDE/DF – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RIPSA – Rede Integrada de Informações para a Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SINASC – Sistema Nacional de Informação de Nascidos Vivos
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SR – Saúde Reprodutiva
SS – Saúde Sexual
SUS – Sistema Único de Saúde
TCG – Termo de Compromisso de Gestão
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Populações

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Um breve histórico da Saúde da Mulher no Sistema de Saúde.....	15
1.2 Sobre a Rede Cegonha.....	24
1.3 Sobre o modelo de atenção a Partos e Nascimentos.....	26
1.4 Sobre a Rede de Atenção à Saúde.....	28
1.5 Sobre o perfil epidemiológico e a RAS.....	29
1.6 A Saúde no Distrito Federal.....	31
1.7 Considerações sobre o Entorno de Brasília.....	33
1.8 Da Implantação das Redes de Atenção no DF.....	34
1.9 Rede Cegonha: Ênfase na Qualificação da Atenção À Gestante Adulta e Gestante Adolescente no DF.....	35
2 OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo geral.....	38
2.2 Objetivos específicos.....	38
3 MÉTODO.....	39
3.1 Dos objetos e sujeitos da pesquisa.....	39
3.2 Das fases do desenvolvimento do estudo.....	39
3.3 Da organização da coleta de dados.....	40
3.4 Dos Indicadores.....	40
3.4.1 Das limitações dos sistemas de domínio público para o processo da coleta de dados.....	40
3.4.2 Dos indicadores para o desenvolvimento deste estudo.....	41
3.5 Da análise dos dados pesquisados.....	42
3.6 Das considerações éticas.....	42
4 RESULTADOS.....	43
5 DISCUSSÃO.....	52
5.1 Das limitações desta pesquisa.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
7 REFERÊNCIAS.....	62
8 ANEXO.....	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Um breve histórico da Saúde da Mulher no Sistema de Saúde

Historicamente, as mulheres vêm construindo na luta a defesa da igualdade de direitos, as conquistas pelo respeito e a busca da qualidade da atenção à sua saúde. Até meados do século XX, os partos tinham predominância domiciliar, as mulheres eram assistidas por parteiras, com raras hospitalizações, sendo esse cenário existente no Brasil e também em outros países. Foi com a reforma sanitária de Carlos Chagas, na década de 1920, que as políticas governamentais passaram a consolidar, nos programas de governo, a proteção da saúde materna e infantil no País (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), com o mesmo caráter vertical imposto em conformidade com as diretrizes das políticas nacionais.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2007). Nagahama e Santiago (2005) descrevem as estratégias de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino através das políticas de saúde e das práticas de atenção médica, apontando que a saúde materna e infantil, desde o início do processo de industrialização, foi foco de atenção nos serviços de saúde pública (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). As autoras destacam que, passadas algumas décadas, apesar da implementação de várias políticas de saúde voltadas à saúde materna e infantil, a redução de taxas de morbi-mortalidade continua sendo um desafio.

O primeiro órgão governamental voltado para o cuidado da saúde materna e infantil no Brasil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940, que visava integrar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência com os programas de saúde pública, associados à puericultura e ao cuidado com as mães no que se referia à gestação e amamentação. Era a época do Estado Novo, regime totalitário e centralizador de caráter populista que dirigia suas políticas públicas para as camadas mais pobres da sociedade.

Foi a partir do desmembramento dos Ministérios de Saúde e Educação, em 1953, que o Ministério da Saúde (MS) passou a incorporar a responsabilidade pelas

ações de saúde. No início dos anos 60, a prioridade passou a ser o combate às moléstias endêmicas rurais, sendo que o DNCR foi extinto em 1969.

Entre 1964 e 1973, o modelo de saúde era centrado na medicina previdenciária e no cuidado médico individual. Esse período era caracterizado pelo regime militar, com políticas concentradoras de renda, favorecendo o crescimento da massa de excluídos e desempregados, sem acesso à maioria dos equipamentos públicos, apesar da expansão da previdência social e do discurso oficial dos “benefícios” do milagre brasileiro econômico. Foi um período marcado pelos retrocessos na formulação e execução dos programas de saúde pública (SANTOS NETO; ALVES; ZORZAL; LIMA, 2008).

Em 1970, o MS criou a Coordenação de Proteção Materno Infantil, focando no Planejamento Familiar, com o propósito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil. O modelo de saúde era privatista e centrado no procedimento médico assistencial. Em meados da década de 1970 outros programas foram implementados pelo MS, entre eles o Programa de Saúde Materno Infantil em 1975 e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco em 1978, que enfatizavam as políticas da saúde reprodutiva com predominância de práticas interventivas.

No início da década de 1980, os movimentos pela redemocratização do país reivindicavam mudanças. As lutas das mulheres foram paradigmáticas na pontuação da saúde sexual e reprodutiva como um direito. O Movimento Feminista brasileiro se organizava, na época, em torno de denúncias acerca das desigualdades sociais e de gênero, abrangendo desde problemas gerais como saneamento básico, escolas, e creches, postos de saúde, até problemas específicos do gênero feminino como saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

E foi esse engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida que orientou o Ministério da Saúde a estabelecer as ações voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Segundo Nagahama e Santiago (2005), os grupos organizados de mulheres insistiram na mudança do conceito de atenção materno-infantil para assistência integral à saúde da mulher – AISM, incluindo o componente de educação sexual em saúde.

Em resposta às reivindicações dos movimentos de mulheres, o MS publicou, em 1984, o documento *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação*

programática, propondo uma atenção integral à saúde da mulher que estabelecia ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema de assistência à saúde. Tratava-se de uma proposta orientada à capacitação dos profissionais para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, com foco na integralidade da assistência, além de considerar todas as fases do ciclo de vida da mulher (BRASIL, 1984). Portanto, ampliava sua perspectiva para além da atenção materna e infantil, garantindo à mulher o direito de exercer ou não a maternidade e/ou reprodução.

Nagahama e Santiago (2005) ressaltam que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) se estabeleceu em meio a três forças: as pressões internacionais para o controle populacional nos países em desenvolvimento, as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na saúde e as pressões dos movimentos de mulheres que queriam ser tratadas como cidadãs plenas de direitos.

No Quadro 1, a seguir, é possível acompanhar a linha do tempo das ações e estratégias que foram estruturadas dentro da Saúde da Mulher e voltadas para atenção e cuidado ao parto e nascimento no Brasil.

Quadro 1 – Cronologia da Atenção e Cuidado ao Parto e Nascimento no Brasil

ANO	HISTÓRICO
1953	Desmembramento do Ministério de Saúde e Educação
1970	Criada a Coordenação de Proteção Materno Infantil
1975	Lançado pelo MS o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
1983	Publicação: Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS): normas básicas para a implantação de alojamentos conjuntos em instituições hospitalares
1984	Publicação: Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática
1995	Lançado pelo MS o Programa Maternidade Segura – OMS e UNICEF
1996	Publicação: Maternidade Segura — assistência ao parto normal: um guia prático-OMS – disponibilizada em português pelo Ministério da Saúde/OPAS em 2000
1998	Publicação: Portaria MS/GM nº 2.815 de 29 de maio de 1998 que inclui na tabela do SIH o grupo de procedimento e os procedimentos referentes ao parto normal sem distocia, assistido por enfermeiro obstetra, e também analgesia no parto. Publicação: Portaria MS/GM nº 2.816 de 29 de maio de 1998 que implanta crítica visando ao pagamento do percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. Publicação: Portaria MS/GM nº 3.016 de 19 de junho de 1998 que institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco Publicação: Portaria MS/GM nº 3.477, de 20 de agosto de 1998 que cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Continua...

... Continuação Quadro 1

ANO	HISTÓRICO
1999	Publicação: Portaria MS/GM nº 985 de 5 de agosto de 1999 que cria os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS
2000	Publicação: Portaria nº 466/GM de 10 de maio de 2000 que estabelece um modelo de "Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas" a ser firmado entre os estados/ Distrito Federal e o Ministério da Saúde.
2001	Publicação: Parto, Aborto, Puerpério: assistência humanizada à mulher
2003	Proposta pelo MS a capacitação de Doulas
2004	Criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o Plano de Ação 2004–2007
2004– 2006	Investimento do MS em cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, em Seminários de atenção obstétrica e neonatal humanizada e baseada em evidências científicas e em cursos de capacitação de doulas.
2005	Publicação: Atenção humanizada ao abortamento Publicação: LEI Nº 11.108, de 7 de abril de 2005: que altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
2006	Publicação: Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada
2007	Publicação: LEI Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007: que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde
2008	RDC Nº 36, da ANVISA, de 03 de junho de 2008: que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
2010	Publicação: quinta edição do Manual técnico — gestação de alto risco Publicação: Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece a estruturação da Rede de Atenção à Saúde – RAS
2011	Publicação: Portaria MS/GM nº 1459 de 24 de junho de 2011 que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha Publicação: Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicação: Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha
2012	Publicação: Portaria 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.
2013	Publicação: Portaria MS/GM Nº 904, de 29 de Maio de 2013: Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal Publicação: Portaria MS/GM Nº 1.020, de 29 de maio de 2013: que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Fonte: Ministério da Saúde

Continua...

... Continuação Quadro 1

ANO	HISTÓRICO
2015	Publicação: PORTARIA MS/GM n. 11, de 7 de janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Fonte: Ministério da Saúde

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o processo da municipalização forçou a descentralização da gestão, passando a incorporar as distintas características geográficas, históricas, políticas e socioeconômicas dos municípios, com uma visão sistêmica de qualidade de vida que favoreceu o desenvolvimento de novas práticas de saúde como, por exemplo, a reorganização dos sistemas locais de saúde com foco na atenção básica, na estruturação da rede de atenção e na qualidade da assistência. Segundo Starfield (2002), a atenção primária é aquele nível de um serviço de saúde que oferece a porta de entrada no sistema e fornece atenção sobre a pessoa sem o direcionamento para a enfermidade, de forma contínua. É o nível de atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

A década de 1990 contou com outros avanços significativos. Com a aprovação das leis orgânicas da saúde n° 8080 e n° 8142, ficou estabelecida a ênfase nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a participação e controle da sociedade. Ainda em 1990, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça o cuidado com a gestante antes e depois do parto, e ao recém-nascido. Esse estatuto estabelece que no atendimento do SUS sejam proporcionadas condições adequadas ao aleitamento materno e alojamento conjunto, permitindo ao neonato a permanência junto da mãe, inclusive aos filhos de mães submetidas a medidas privativas de liberdade.

Em 1992 o MS publicou a Portaria MS/GM n. 1016 tornando obrigatória, nos hospitais vinculados ao SUS, a implantação do alojamento conjunto durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido. Em 1994, através de duas portarias, lançou a Iniciativa de Hospital Amigo da Criança: uma portaria com a definição dos critérios para credenciamento de Hospital Amigo da Criança e outra

assegurando incentivos financeiros, visando a melhoria da qualidade da atenção na área materna e infantil.

Para o fortalecimento das ações de atenção básica, em 1994 o MS estabeleceu o Programa Saúde da Família (PSF) como eixo estruturante para a organização, qualidade da atenção e cuidado na assistência. Esse programa foi antecedido, em 1991, pela implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado do Ceará, na busca de redução das taxas de mortalidade infantil da região nordeste (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

O MS lançou o Programa Maternidade Segura em 1995, após o Brasil aderir ao projeto patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Tratava-se de um esforço interinstitucional cujo objetivo era a redução das taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal) nos cinco continentes. Em 1996, foi publicado pela OMS o documento *Maternidade Segura — assistência ao parto normal: um guia prático*, com a versão em português disponibilizada somente no ano 2000. Esse manual examinava as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns de atenção obstétrica e neonatal, propondo recomendações fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis relativas a assistência ao parto normal. Nessa perspectiva, apresentava a definição de trabalho de “parto normal”, identificava as práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto e no parto, e estabelecia algumas normas de boas práticas para a conduta do trabalho de parto e parto sem complicações.

Nesse enfrentamento de ações para uma atenção humanizada e qualificada às mulheres e crianças, no âmbito da gestação, do parto e do nascimento, no hospital ou no domicílio, o MS lançou em março de 2000 o Programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, como uma estratégia para a redução da morbimortalidade materna e neonatal nas populações por elas assistidas. Para isso, buscou a sensibilização dos gestores e profissionais de saúde no reconhecimento das parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade. Esse programa articulava o desenvolvimento de ações para resgatar, valorizar, apoiar, qualificar e articular o trabalho das parteiras ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a preservação de suas práticas, articulando seus saberes com o conhecimento técnico-científico, considerando a diversidade cultural e geográfica do País, e tem tido continuidade até o presente.

Com o objetivo de reduzir o risco de óbito materno e melhorar as condições da assistência ao parto, com melhor acompanhamento e menos intervenção, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria MS/GM 569, de 1º de junho de 2000, subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Contava com a adesão dos municípios na perspectiva de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Apenas para ilustrar a necessidade desse programa, à época, para cada parto realizado no SUS, a mulher tinha em média 3,5 consultas de pré-natal, enquanto que o Ministério da Saúde preconizava seis consultas, segundo dados do *Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Saúde da Mulher* publicado pelo MS em 2007.

Em meio ao conjunto das orientações técnicas lançadas pelo MS, ainda no ano 2000 foi publicado o documento *Urgências e emergências maternas — guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna* e o *Manual de Alto Risco* visando reduzir o risco de óbito materno e garantir melhores condições da assistência ao parto com melhor acompanhamento e menos intervenção.

No âmbito internacional, foi em setembro de 2000 que 191 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), inclusive o Brasil, elaboraram a Declaração do Milênio um pacto que estabelece o compromisso compartilhado com o desenvolvimento humano sustentável de atingir, até 2015, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Especialmente, o ODM 4 e o ODM 5 têm como metas reduzir os indicadores de mortalidade infantil e materna em 75% até 2015, tomando como base os dados de 1990.

Seguindo essa linha de fortalecimento do cuidado e da qualidade da atenção ao pré-natal e assistência ao parto, em 2003 o Ministério da Saúde propôs a capacitação de Doulas comunitárias voluntárias. As Doulas seriam como uma estratégia agregada às equipes de saúde na assistência humanizada do parto e

nascimento das maternidades, sendo, inicialmente, uma proposta para as maternidades públicas. A ideia era direcionar as voluntárias da comunidade que desejassem atuar como Doulas, ofertando capacitação para conhecerem as diretrizes condicionadas ao objetivo de um trabalho humanizado, correto e respeitador. Uma Doula tem como característica auxiliar no resgate do caráter fisiológico do parto e nascimento, permitindo à mulher participação ativa no momento do nascimento.

Em 2004, foi proposto, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o *Plano de Ação 2004–2007* a ser implementado pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde e em parceria com outros órgãos governamentais e instituições não governamentais. Esse Plano de Ação estabelecia a definição de medidas para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações já existentes nos níveis locais de saúde, orientando para a introdução na rede pública das ações relativas a segmentos sociais excluídos da atenção no que se refere às suas especificidades, que são: mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as que estão no climatério/menopausa e na terceira idade, e reconhece a necessidade de ações intersetoriais na perspectiva de uma abordagem ampliada das questões de saúde.

Ainda em 2004 o MS lançou o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal* com a meta de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e, em 75%, até 2015 e que teve a adesão das 27 unidades da federação, numa decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal, e de respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças, na perspectiva da equidade, o pacto incorpora ações específicas para mulheres negras e índias e seus recém-nascidos (BRASIL, 2007). Além de promover a integração de ações estratégicas para reorganizar o sistema, qualificar os serviços e humanizar a atenção, fortaleceu a discussão para outras iniciativas como a publicação da lei que garante às parturientes o direito do acompanhante e o lançamento da *Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil*, além dos Comitês de Mortalidade Materna, ambos em 2005 (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Sempre focando a necessidade de dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência, dentro dos critérios de vinculação de

unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, o Ministério da Saúde publica, em 2006, o *Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Mais que trazer informações a estados e municípios, destaca a estrutura da oferta dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, além da definição de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde e a captação precoce de gestantes na comunidade.

No período de 2004 a 2006, o Ministério da Saúde investiu em cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica. Um total de 640 enfermeiras foram capacitadas em 34 cursos em todos os estados (BRASIL, 2012), e nos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas participaram 1857 profissionais de 457 estabelecimentos que atendem partos.

Essas e outras ações de mobilização do Ministério da Saúde consideravam a necessidade de focar em novas ofertas de cuidados aliadas às ofertas tradicionais dirigidas às mulheres e crianças. Dentre outras estratégias, em 7 de outubro de 2009 foi implantado um Comitê Técnico e Consultivo com o objetivo de implementação da estratégia “Brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis — primeiros passos para o desenvolvimento nacional”. Trata-se de uma proposta de política transversal, contemplando ações em comum de áreas e setores do Ministério da Saúde — e dele com o da Educação, o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o da Justiça —, privilegiando a Câmara de Políticas Sociais do Gabinete Civil da Presidência da República (PENNELO, 2103). Hoje em dia é uma estratégia inserida no Programa de Aceleração do Crescimento na área da Saúde – PAC Saúde/Mais Saúde) e faz parte de um esforço nacional para redução das desigualdades e promoção da saúde, com foco na Primeira Infância.

Em 2010, foi publicada a quinta edição do *Manual técnico — gestação de alto risco*, agregando à promoção da maternidade segura a proposta de organizar os sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério orientados a uma assistência hierarquizada e integralizada para cumprir os princípios constitucionais do SUS.

Ainda em 2010, foi publicada a portaria MS/GM 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde. O objetivo da RAS é a integração sistêmica de ações e serviços de saúde relacionados horizontalmente entre os pontos de atenção sob o

ordenamento da atenção básica. Assim, na composição transversal da RAS, a proposta das redes temáticas tenta imprimir articulações entre diversos componentes com vistas à qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde. Esses componentes devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Cabe salientar essa necessidade pois, como discute Diniz (2009), paradoxalmente, enquanto há a ampliação do acesso e a melhoria dos hábitos para uma maior qualidade de vida, sendo que melhoraram quase todos os outros indicadores da saúde materna e das mulheres, não temos evidências de melhora nas taxas de mortalidade materna nos últimos 20 anos. Para a autora, o paradoxo perinatal se contextualiza em haver “[...] mais acesso e mais tecnologia, com resultados inferiores” (DINIZ, 2009, p. 315).

1.2 Sobre a Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC) tem um recorte de atenção à gestante, parturiente e puérpera e de atenção à criança de até 24 meses e foi instituída pelo MS através da portaria MS/GM 1.459, de 24 de junho de 2011, como uma estratégia para a convergência de todas as políticas e programas até então existentes, além de aprofundar, em termos da gestão do cuidado, a busca de mecanismos para a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal e, em termos da gestão do sistema, propor a organização de redes de serviços de saúde para a linha de cuidado materna-infantil.

A portaria de sua criação estabelece como objetivos, além de promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, as propostas de organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, com vistas a reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal. A RC contextualiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido no País desde a década de 80 e, segundo o MS, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre muitos outros (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o modelo proposto trabalha com a otimização dos recursos disponíveis, que são pactuados na forma de mapeamento da região de saúde.

Fortalece a Unidade Básica de Saúde (UBS) na responsabilização da atenção qualificada à gestante durante todo o pré-natal incluindo, nesse aspecto, a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde, dentro de fluxos de referência e contrarreferência, indicados através de acolhimento com classificação de risco, através da central de regulação para a garantia de vaga, além de assegurar o transporte sanitário quando necessário.

Para essa articulação, a portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, estabeleceu que os Planos de Ação Municipais deverão ser elaborados em consonância com o Plano de Ação Regional e deverão conter as informações de todo o contexto local, entre os quais: a identificação da população total do Município, o número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e do número de nascidos vivos no ano anterior, incluindo toda a população e não somente os atendimentos SUS; a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil; e as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos a serem disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Implica dizer que os gestores devem especificar minimamente todas as ações, inclusive se os municípios não dispõem de serviços que realizam partos, pois, esses são os documentos orientadores para a execução e implementação da rede. Saliente-se que preconiza que toda gestante deve ser vinculada, desde o pré-natal, ao local onde será realizado o parto, em conformidade com a Lei 11.634 (BRASIL, 2007), ação fundamental no sentido de se evitar a peregrinação à procura de vaga, um risco para a vida das mulheres e bebês.

Todas essas ações, orientadas em portarias, buscam a sensibilização dos gestores para o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de seus territórios, destacando a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança¹ da rede de atenção à saúde.

Saliente-se que todas as diretrizes consideram as gestantes adultas e adolescentes, igualmente, sem levar em conta a especificidade da adolescência.

¹ “Em geral, entende-se a governança como a capacidade que um determinado governo tem para formular e implementar suas políticas [...] diferente da governabilidade, a fonte da governança não são os cidadãos ou a cidadania organizada em si mesma, mas sim um prolongamento desta, ou seja, são os próprios agentes públicos ou servidores do Estado que possibilitam a formulação/implementação correta das políticas públicas e representam a face deste diante da sociedade civil e do mercado, no setor de prestação de serviços diretos ao público [...]”. (ARAÚJO, 2002, p. 6)

1.3 Sobre o modelo de atenção a Partos e Nascimento

A denominação de modelos de atenção tem sido utilizada para determinar a organização dos serviços mas, segundo Paim (2001, p. 7), “Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde [...]”, mas uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

Ainda de acordo com Paim (2003, p. 568), modelo de atenção “É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde”. O autor entende como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde os modelos assistenciais, os modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde (PAIM, 2003).

Especificamente, tocante ao modelo de atenção ao parto e nascimento, no Brasil há um modelo tecnocrático, heterogêneo e com acesso dificultado pelas diversidades regionais e até tecnológicas. De acordo com a pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, os resultados demonstraram que nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos, segundo Leal e Gama (2014). Além disso, essa pesquisa aponta a rede pública com mais realização de partos normais porém, com muita dor e excesso de intervenções, e os estabelecimentos privados com maior número de cesarianas, cirurgia com indicação quase sempre desnecessária.

Nesse sentido, Davis-Floyd (*apud* RATTNER *et al.*, 2014) afirma que é possível identificar três modelos básicos na atenção ao parto e ao nascimento: Tecnocrático, Humanista e o Holístico². Para a autora,

² Modelo Tecnocrático: nessa acepção a mulher é dotada de máquina física defectiva em essência. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica. Modelo Humanista: entende o corpo humano como organismo (do grego organismos, “conjunto”), extrapolando a compreensão simplista do corpo como máquina complexa. Modelo Holístico: “[...] se baseia na compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia” (DAVIS-FLOYD *apud* RATTNER *et al.*, 2014 p. 112).

[...] o modelo tecnocrático é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo (*res cogitans versus res extensa*), estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. (RATTNER *et al.*, 2014, p. 111).

Segundo Aquino (2014), o modelo tecnocrático se manifesta tanto no SUS quanto na assistência suplementar e tem acentuado as desigualdades na qualidade do parto hospitalar. Aponta ainda que,

[...] nos serviços públicos é frequente a desarticulação entre a atenção pré-natal e ao parto, a peregrinação em busca de internação, e o uso rotineiro de episiotomia e ocitocina. Nos serviços privados, a cesariana agendada previamente mesmo entre primíparas alcança a maioria dos partos. (AQUINO, 2014, p. 58).

Ainda segundo a mesma autora, nenhum destes dois setores garante o direito à informação, nem respeita a autonomia das mulheres e, além de ferir a integridade corporal, também lhes é negado o direito ao acompanhante, previsto em lei, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso.

Na busca pela mudança do modelo da assistência ao parto e nascimento no Brasil o Ministério da Saúde vem, desde 1994 com a implantação do PSF, ampliando a cobertura e a qualidade da assistência ofertada no sentido de que a equipe Saúde da Família pode melhorar o preparo da mulher para a gravidez e reduzir intercorrências na gestação. Assim, como ordenadora do cuidado em rede, a atenção básica pode melhorar a continuidade da atenção, envolver as maternidades e desenvolver a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção ou de proteção social nos territórios. Para Chaves (2014, p. s15) relevante pensar num sistema como um todo e segundo o autor “[...] encontramos forte presença médica na assistência ao pré-natal e parto independentemente da classificação do risco da gestação”. Para Riesco (2014), há uma alta proporção de utilização de intervenções desnecessárias, com um modelo assistencial centrado no serviço e no profissional e não na mulher e no processo do parto.

Com barreiras no acesso a atenção hospitalar no Brasil ainda é desarticulada em relação à rede de serviços de saúde, e citando Viellas *et al.* (2014, p. s97), “[...] a articulação da assistência pré-natal com outros serviços da rede de saúde evidenciou problemas — como o não atendimento, ou atendimento com dificuldade

[...]”. Para os autores, o Brasil foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, mas destacam que a integração entre os serviços da rede de atenção à saúde, processo facilitador da referência e contrarreferência³, apresenta-se o ponto desafiador no sentido de se evitar a peregrinação das gestantes (VIELLAS *et al.*, 2014).

Na avaliação de Riesco (2014, p. s35) é relevante

[...] a necessidade de mudanças rápidas na assistência ao parto no Brasil, sob a pena de se estabelecerem, a longo prazo, padrões irreversíveis de morbidade materna e neonatal, em consequência das intervenções desnecessárias.

1.4 Sobre a Rede de Atenção à Saúde

A estruturação de uma rede regionalizada de atenção à saúde tem, entre seus objetivos, o de prover a atenção contínua, integral, de qualidade, com responsabilização entre os gestores das instâncias governamentais. Trata-se portanto, de um espaço regional com densidade tecnológica numa construção planejada para ofertar saúde em todos os níveis (DOCUMENTO BASE, 2008). Nesse sentido, a regionalização se tornou uma estratégia de construção de sistemas integrados de saúde nos países com sistemas universais unificados e está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização (DOCUMENTO BASE, 2008). Segundo Mendes (2011, p. 69) “Esse movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde”.

O SUS tem estimulado a organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde — como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira. A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a

³ “Sistema de Referência e Contrarreferência: os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica.” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 633).

lógica de RAS dentro do SUS — ganhou relevância no início do século XXI, resultando na publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010.

Em junho de 2011 foi publicado o Decreto nº 7508, que regulamentou a Lei nº 8.080, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa⁴. Nele está o conceito da Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Além de conceituar a porta de entrada como serviço de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, estabeleceu a RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

No sentido da gestão, estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumento de acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na RAS. Importa dizer que a RAS supõe uma abrangência de serviços que permita ao cidadão satisfazer suas necessidades de saúde considerando, num território, as desigualdades sociais, os diversos níveis de atenção à saúde e sua densidade tecnológica. Segundo Santos e Andrade (2013, p. 58), “[...] o território regional deve ser o espaço da cidadania”.

1.5 Sobre o perfil epidemiológico e a RAS

A mortalidade materna tem sido apontada como um dos melhores indicadores da saúde da população feminina e por isso, destaca-se como uma ferramenta de gestão⁵ do sistema de saúde, com vistas a conquistas de melhores índices. Sob aspectos socioeconômicos e demográficos, tem relevância em países em desenvolvimento (BRASIL, 2012).

⁴ Segundo Santos e Andrade (2013, p. 45), a articulação interfederativa se dá pela interação entre os entes federados, “[...] para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao munícipe de um ou de outro município a integralidade de sua saúde”.

⁵ “Gestão é a função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Traçar as diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis e dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações.” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 137).

Reduzir a mortalidade materna é o quinto entre os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio e continua inaceitavelmente elevada em muitos dos países em desenvolvimento. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), mais de 350 mil mulheres morrem anualmente de complicações durante a gravidez ou o parto, quase todas elas nos países em desenvolvimento. Na África Subsaariana, o risco de mortalidade materna é 1 em 30, comparado com 1 em 5.600 nas regiões desenvolvidas. Todos os anos, mais de 1 milhão de crianças são deixadas sem mãe, e as crianças que perderam suas mães têm até 10 vezes mais chances de morrer prematuramente (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/PNUD, 2014).

No caso do Brasil, a mortalidade materna continua sendo um problema relevante relacionado à dificuldade de acesso e à inadequada qualidade dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2012). No 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM de 2014, o Brasil registrou uma redução na mortalidade materna em aproximadamente 50% desde 1990, sendo que a meta seria uma redução em 75% até 2015 (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO/ODM, 2014).

As mulheres são maioria no Brasil e as características demográficas da população feminina no Brasil são o predomínio de faixas etárias jovens. Contrapõe-se à predominância da faixa etária jovem o rápido envelhecimento que, segundo a SVS/MS, a partir do censo de 2010 pode ser observado relativo às mulheres com 60 anos e mais, quando essa proporção elevou-se para 11,8% contra 9,4% em 2000. O relatório do PNUD aponta que em 2000 a razão de sexos era de 97 homens para cada grupo de 100 mulheres e estima-se que em 2050 a razão de sexos da população fique por volta de 94 (BRASIL, 2012). Além da relevância populacional, as mulheres apresentam especificidades e necessidades distintas, incluindo desvantagens socioeconômicas em relação aos homens, no que tange às políticas públicas.

Ainda merecem reflexão as questões voltadas para a organização da oferta de serviços com base nas necessidades da população. No entendimento de Mendes (2011, p. 45),

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares”.

Nesse sentido, como respostas sociais às demandas das sociedades, os sistemas de saúde devem ser articulados no sentido da RAS, numa organização coordenada de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

A RC apresenta-se como uma estratégia para a mudança do modelo de atenção materna e infantil, tendo uma proposta centrada na melhoria da qualidade da assistência. O contexto da portaria MS/GM 1459/2011 orienta para a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, através da organização da rede de atenção à saúde das mulheres e da criança com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e foco na redução da mortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal.

1.6 A Saúde no Distrito Federal

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação atípica, uma vez que sua natureza abrange em alguns momentos aspectos de estado e em outros de município, sendo que Brasília foi projetada para ser exemplo de organização urbana e abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000. Porém, no final dos anos 60 já havia atingido esse patamar.

O território do DF está dividido em 30 Regiões Administrativas – RAs (FIGURA 1), estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2011, com a finalidade de facilitar a administração do território e que estão agrupadas em 15 regiões de saúde. Segundo o Plano Distrital 2012/2015, alguns aspectos pesaram como balizadores para a definição das políticas públicas de saúde, entre os quais o crescimento populacional que originalmente, projetava Brasília para uma população de 500 mil habitantes no ano 2000, até a situação especial de que o DF, em si, não tem sede e compreende um quadrilátero de quase 6 mil KM², com limites geográficos com os estados de Goiás e Minas Gerais. (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013).



Figura 1 – Regiões Administrativas — Brasília, DF
 Fonte: DISTRITO FEDERAL/SETURDF, 2014.

Desde sua fundação, Brasília tinha a saúde como setor prioritário pelo então presidente Juscelino Kubitschek, que era médico e pretendia tornar o sistema público do DF um modelo para o país. Adotando um modelo tecnoassistencial, o formato da pirâmide tinha os postos de saúde na sua base, focando o trabalho na prevenção e na triagem dos pacientes. Os hospitais regionais ocupavam o meio da pirâmide e no topo, ficava o Hospital de Base. Nessa época havia investimentos na área da saúde e o modelo contemplava a demanda (DF/SESDF], 2012). Hoje, porém, o DF tem um sistema centrado na atenção hospitalar, e enfrenta sérios problemas na sua organização, com perda da qualidade na prestação de serviços, conforme apresentado no Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011, da Secretaria de Estado da Saúde do DF (SESDF).

No contexto da organização do sistema, o Plano Distrital de Saúde 2012-2015 aponta para a necessidade de incrementar a qualidade dos serviços secundários e terciários prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, bem como para a necessidade de ampliação do acesso, implementação de acolhimento eficiente e humanizado, e atendimento integral e resolutivo que inclua ações intersetoriais, além da reestruturação das unidades assistenciais e dos sistemas logísticos.

Foi com o advento da Constituição Federal de 1988 que ficou estabelecido que o SUS funcione por meio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo e com planejamento consolidado no Plano de Saúde, regulamentado depois na Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde. Nessa direção, a SESDF tem trabalhado na perspectiva da descentralização das ações e serviços de saúde para as regiões administrativas, com a construção de UPAs, Unidades de Pronto Atendimento e investido na qualificação da atenção básica através da criação de programas de saúde, dentre eles, a saúde da mulher (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013).

Nesse mesmo Plano, a organização de Redes Integradas de Atenção à Saúde proposta pelo Ministério da Saúde apresenta-se como estratégia para os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, priorizando no DF a conformação das redes materna e infantil – a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência – RUE (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013).

Em vista de tão complexa situação, constatando que o modelo de atenção é fragmentado e pouco resolutivo, a gestão do DF optou por priorizar a implementação de políticas públicas voltadas para a assistência à mulher adulta e adolescente e à criança, conforme está estabelecido no Plano de Atenção à Saúde Sexual (SS) e Saúde Reprodutiva (SR) de Adolescentes no Distrito Federal (DF/SESDF, 2013), com foco na atenção à gestação, ao parto, nascimento e crescimento das crianças, através de implementação de uma rede de cuidados.

1.7 Considerações sobre o Entorno de Brasília

O DF assume peculiaridades próprias dos grandes centros urbanos. Conta com 22 cidades de pequeno e médio portes, pertencentes a Goiás e Minas Gerais, no seu entorno, que têm Brasília como principal referência. A demanda pelos serviços de saúde tem fluxo desordenado e não é programada, resultado de uma regulação do acesso bastante incipiente, provocando baixa resolubilidade do sistema de saúde local. Para além da saúde, a situação é agravada por outras demandas das áreas sociais e de segurança pública, tal como em outras metrópoles. A atual gestão do DF em conjunto com o Ministério da Saúde tem articulado com os estados vizinhos, Goiás e Minas Gerais, meios para reduzir os gargalos e falhas no atendimento da população

do Entorno (PLANO DISTRITAL de SAUDE, 2013). Portanto, as ações da gestão devem ser pensadas não só para o conjunto da população brasiliense, mas também para o entorno que exerce forte pressão em diversas áreas setoriais: saúde, educação, segurança e habitação (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013).

Brasília é uma metrópole nacional e o centro político do país, exercendo forte atração por sua estrutura. E foi considerando a necessidade de ampliar ações sobre as questões demandadas pelo entorno que foi criada a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF), pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada pelo Decreto nº 2.710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000 (RIDE/DF, 2014).

A RIDE tem como objetivo articular e harmonizar as ações administrativas da União, dos estados e dos municípios para a promoção de projetos que visem à dinamização econômica e provisão de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento em escala regional (RIDE/DF, 2014).

1.8 Da Implantação das Redes de Atenção no DF

A SES-DF desenvolve, desde 2011, a proposta de implantação de redes e contratualização de serviços de saúde nas regiões administrativas RAs. É uma proposta que se inicia nas regiões Sudoeste, Samambaia, Recanto das Emas e Taguatinga, sob dois eixos: 1) a integração clínica através do fortalecimento da atenção básica e da articulação entre os pontos de atenção e 2) a contratualização como conceito e instrumento básico para a definição de responsabilidades, pactuação de indicadores e metas, alocação de recursos e transmissão dos objetivos estratégicos do Plano Distrital de Saúde do DF (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013).

Este trabalho de pesquisa levantou, através dos instrumentos de gestão, RAG e Plano Distrital de Saúde, situações que sinalizam essa necessidade de organização da rede de atenção, em especial para a questão da saúde das mulheres. Por exemplo, o Relatório Anual de Gestão 2011, numa avaliação dos grupos de causas sobre o total geral das internações (151.706) para a população residente do Distrito Federal, registra que 26,8% das internações eram devidas a gravidez, parto e puerpério. O mesmo relatório destaca que a morbidade hospitalar

em crianças menores de 1 ano, na população residente no DF tem o maior percentual de internações em 2011 no grupo de causas Algumas afecções originadas no período perinatal: 48.5% (4.952 internações), um alto percentual, sugerindo a necessidade de uma avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal, ao atendimento ao parto e da disponibilidade de UTIs neonatais na rede hospitalar do Distrito Federal (DF/SES, 2013).

Dentro da proposta de implantação das redes temáticas, a Rede Cegonha apresenta-se como uma estratégia que estrutura e organiza a atenção à saúde no Brasil para ampliar e garantir o acesso das mulheres adultas, jovens e adolescentes e das crianças aos serviços de saúde e ofertar uma atenção integrada, qualificada e resolutiva, favorecendo as práticas de saúde que defendam e protejam a vida. No DF, a implantação da Rede Cegonha acompanha um processo do planejamento e propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto e também ao recém-nascido e às crianças até dois anos de idade, como orienta a portaria ministerial.

Para isso, conta com o Grupo Condutor da Rede Cegonha no DF no estabelecimento das etapas de implantação, iniciando pelas Unidades Básicas de Saúde, nos serviços de pré natal e de crescimento e desenvolvimento das crianças, chegando aos Hospitais Regionais (PLANO DISTRITAL DE SAUDE, 2013). Segundo o Plano de Atenção, a prioridade da Rede Cegonha do DF está direcionada para maior disponibilidade de atendimentos no pré-natal, garantia de realização de todos os exames, atenção ao alto risco e vinculação da gestante à maternidade de referência ao parto (DF/SES, 2013).

1.9 Rede Cegonha: Ênfase na Qualificação da Atenção À Gestante Adulta e Gestante Adolescente no DF

A proposta de organização da Rede Cegonha pela SES-DF foca a atenção ao parto, nascimento e crescimento das crianças por meio da implementação de uma rede de cuidados que garanta a ampliação do acesso das mulheres e das crianças aos serviços de saúde de forma integrada, qualificada e resolutiva (DF/SES, 2013). Os preceitos orientadores da Rede Cegonha no DF estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Preceitos orientadores da Rede Cegonha no DF

FOCO	ESTRATÉGIAS
Mulheres adultas e adolescentes	O direito à saúde sexual Ao planejamento reprodutivo À atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério
Crianças	O direito ao nascimento seguro Crescimento e desenvolvimento saudáveis
Rede Cegonha	Defesa dos direitos humanos Respeito à diversidade cultural, étnica e racial, e às diferenças regionais Promoção da equidade Enfoque de gênero Garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes Participação e mobilização social

Fonte: DF/SES, 2013.

Trata-se de uma estratégia que produz e consolida novos paradigmas da saúde materna e infantil baseados em evidências científicas e nos princípios da humanização. Propõe um processo de trabalho que amplie o acesso das mulheres, adolescentes e das crianças usuárias do SUS às ações e serviços de saúde obstétrica e neonatal de maneira integral, com segurança e vinculada à atenção básica e atenção especializada, como ilustra a Figura 2.

Da população total do DF, 462.783 são adolescentes de ambos os sexos, o que representa 17,8% da população (DF/SES, 2013). Fatores ligados à falta de informação e acesso aos serviços de saúde, ao baixo status de adolescentes mulheres na sociedade e à baixa notificação da ocorrência de violência sexual na faixa etária de 10 a 14 anos estão entre as justificativas para a elaboração do Plano de Atenção à Saúde Sexual (SS) e Saúde Reprodutiva (SR) de Adolescentes no Distrito Federal. Portanto, para esta análise da representatividade da população de adolescentes do DF, além de associada à vulnerabilidade social, econômica e cultural, também “[...] está a gravidez na adolescência considerada para além de um fenômeno biológico” (DF/SES, 2013 p. 3).

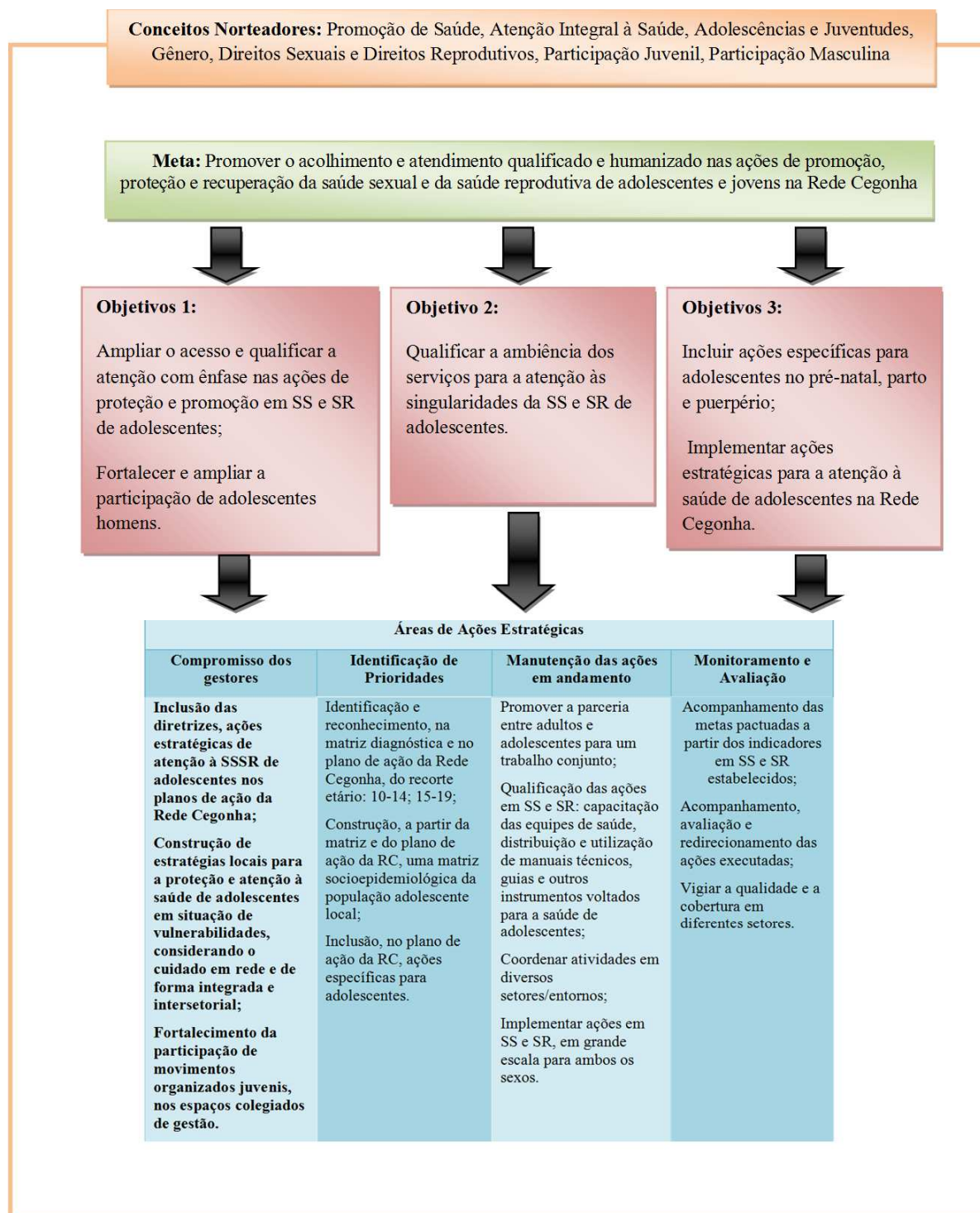


Figura 2 – Marco para a Produção da Saúde Sexual e da Saúde Reprodutiva de Adolescentes na Rede Cegonha – SESDF

Fonte: DF/SES, 2013.

Tendo em mente esse contexto, este estudo se propôs analisar o cenário de implantação da Rede Cegonha no Distrito Federal e seus resultados na qualificação da atenção à gestante adulta e à gestante adolescente no âmbito de seu território, discutindo suas articulações e implementação das ações da atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever por meio de curvas de tendência temporal a atenção prestada no âmbito da Rede Cegonha às mulheres adultas e adolescentes, no Distrito Federal.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas das mulheres adultas e adolescentes assistidas pela Secretaria de Saúde do DF.
- Descrever a assistência ao pré-natal e ao parto prestada a gestantes adultas e adolescentes no serviço público do DF, por meio de alguns indicadores
- Comparar os indicadores referentes à atenção pré-natal e ao parto de gestantes adultas e adolescentes no âmbito do território do DF.

3 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de séries temporais, com caráter exploratório dos indicadores da assistência à gestação e ao parto no Distrito Federal, com vistas a contextualizar os processos de construção da implantação da RC pela SES DF.

3.1 Dos objetos e sujeitos da pesquisa

Os dados do estudo referem-se à população feminina na faixa etária de 10 a 49 anos, residentes no DF, território desta pesquisa.

Os dados foram coletados para o período de 2000 a 2012.

3.2 Das fases do desenvolvimento do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas fases:

1ª Fase: Num primeiro momento, foi feito contato com o gestor distrital, secretário da saúde do DF e com a equipe técnica da SESDF para apresentação da proposta de investigação, solicitar acesso a informação de dados locais e aos documentos referentes aos instrumentos de gestão.

Foi realizado um levantamento das informações através da utilização de documentos referentes à gestão dos processos da saúde no DF entre eles, o Plano Distrital de Saúde 2012-2015, o Relatório Anual de Gestão 2011, o Plano de atenção à saúde sexual, saúde reprodutiva de adolescentes, no Distrito Federal - Rede Cegonha. Todos estes instrumentos são disponibilizados em PDF no sítio oficial do Governo do Distrito Federal (GDF) e da CODEPLAN. Além disso, foram realizadas algumas visitas à área técnica da SESDF em busca de mais informações com o resultado de conversas com a equipe e os apontamentos do cotidiano da implantação da Rede Cegonha no DF.

Foi realizado um levantamento da legislação pertinente aos objetivos deste estudo, com vistas ao cenário cronológico dos avanços da saúde da mulher no SUS, incluindo a criação da Rede Cegonha.

2ª Fase: Foi realizada a coleta de dados brutos nos sistemas de domínio público do Ministério da Saúde para a análise do objeto deste estudo. Por tratar-se de dados secundários dependem da disponibilidade de informações para cálculo dos indicadores.

Os sistemas buscados no interesse desta pesquisa foram: Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Outras fontes de domínio público: Programa Nacional de Doenças Sexualmente

Transmissíveis – PNDST/Aids e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, População).

3.3 Da organização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e outubro de 2014.

Os dados foram organizados em tabelas utilizando o *software* Microsoft Excel.

Dados sociodemográficos de mulheres adultas e adolescentes residentes no DF originaram-se do sítio do IBGE. Dados relacionados à assistência ao pré-natal e ao parto prestada a gestantes adultas e adolescentes no serviço público do DF são os disponibilizados pelos sistemas públicos do DATASUS/Ministério da Saúde.

Para a avaliação dos resultados referentes à atenção pré-natal e ao parto de gestantes adultas e adolescentes no âmbito do território do DF, foram estabelecidas comparações entre indicadores.

3.4 Dos Indicadores

Para este estudo, inicialmente, foram cogitados os indicadores publicados no anexo IV da Portaria GM/MS nº 650 de 5 de outubro de 2011 (Anexo 1), para composição da base de análise desta pesquisa. A referida portaria propõe 32 indicadores considerados estratégicos pelo MS no monitoramento e qualificação dos componentes em caso da certificação da RC nas Regiões de Saúde. Pelo fato desta ser uma pesquisa a partir de dados secundários, há uma dependência da disponibilidade de informações para cálculo dos indicadores. Em virtude de não existir disponibilidade de várias informações que comporiam esses indicadores, foi necessário reduzir a avaliação apenas para indicadores cujos dados estão disponíveis.

3.4.1 Das limitações dos sistemas de domínio público para o processo da coleta de dados

- a) os dados disponibilizados nos sistemas públicos do Ministério da Saúde nem sempre se apresentam atualizados nos processos de alimentação de dados, por vários fatores, dentre os quais registro inadequado nos sistemas, as dificuldades de acesso e a não interoperabilidade dos diversos sistemas e programas.
- b) há duas orientações para o registro de consultas de pré-natal. O MS preconiza 6 consultas ou mais como publicado na citada Portaria e nos conceitos da RIPSa é orientado a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal.

No Quadro 3 são apresentados os indicadores avaliados, em conformidade com os conceitos e aplicações estabelecidos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde/RIPSA (2008), com exceção da taxa de prematuridade cuja definição é da OMS.

Quadro 3 – Descrição dos indicadores e respectivas fontes de dados

INDICADOR	NUMERADOR	FONTE DO NUMERADOR	DENOMINADOR	FONTE DO DENOMINADOR	OBSERVAÇÕES
<i>Taxa de Prematuridade</i> ¹	Nº nascidos vivos com menos de 37 semanas	SINASC	Número de nascidos vivos	SINASC SIM	X 100
<i>Mortalidade infantil</i>	Nº de óbitos de menores de um ano de idade, residentes no período	SIM	Número de nascidos vivos de mães residentes, no período	SINASC	X 1000
<i>Mortalidade neonatal precoce</i>	Nº de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade, no período	SIM	Número de nascidos vivos de mães residentes, no período	SINASC	X 1000
<i>Taxa de Mortalidade Perinatal</i>	Soma dos óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes	SIM SINASC	Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) no período	SIM SINASC	X 1000
<i>Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal</i>	Nº de nascidos vivos de mulheres residentes, com 7 ou mais consultas de pré-natal, no período	SINASC	Total de nascidos vivos de mulheres residentes, no período, excluídas as sem informação sobre número de consultas realizadas	SINASC	X 100
<i>Taxa de detecção de sífilis congênita</i>	Nº de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em residentes, no período	PNDST/Aids	Nº total de nascidos vivos de mulheres residentes, no período	SINASC	X 1000
<i>Proporção de parto cesáreo</i>	Nº de nascidos vivos por cirurgia cesariana	SINASC	Nº total de nascidos vivos de partos hospitalares, no período	SINASC	X 100
<i>Taxa de Analfabetismo</i>	Nº de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem	PNAD	População total residente desta faixa etária	PNAD	X 100

Fonte: RIPSA, 2008

Nota: 1) para esse indicador, a fonte foi o sítio da Organização Mundial de Saúde, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

Todos os dados levantados referem-se ao período de 2000 a 2012, com disponibilidade nos sistemas de domínio público e tiveram as variáveis analisadas, separadamente, para gestantes adultas e adolescentes.

3.5 Da análise dos dados pesquisados

As variáveis foram categorizadas e analisadas para gestantes adultas e adolescentes, com os resultados apresentados em tabelas e gráficos comparativos. A análise se deu através da comparação das curvas de tendência temporal dos indicadores referentes à atenção pré-natal e ao parto de gestantes adultas e adolescentes no âmbito do território do DF, para a verificação das mudanças ocorridas no período estudado.

3.6 Das considerações éticas

Considerando que esta pesquisa envolveu apenas dados de domínio público, disponíveis em bases institucionais do Ministério da Saúde, não identificando qualquer participante e sem envolvimento de seres humanos, não foi necessária a aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e seus componentes para o Brasil e o Distrito Federal. Observa-se que o IDH aumentou para o Brasil e para o DF e que, sistematicamente, o Distrito Federal apresenta índices superiores aos do país, em todos os componentes, o que é indicativo de melhor qualidade de vida no Distrito Federal em todo esse período de vinte anos.

A Tabela 2 apresenta a população feminina de 10 a 49 anos residente do Distrito Federal, no período de 2000 a 2012. O crescimento geral da população de mulheres em idade fértil representa 1,28% considerando as faixas etárias e o período pesquisado.

Observa-se que o maior percentual de crescimento, 1,62% ocorre na faixa de 40 a 49 anos e o menor, na faixa de 15 a 19 anos, 0,94%. O aumento da população feminina na faixa etária de 30 a 39 anos é o segundo maior, com 1,46%, seguido de 1,19% para a população de 20 a 29 anos. A faixa etária de 10 a 14 anos apresenta crescimento de 1,16%, e é maior que o apresentado na faixa de 15 a 19 anos. O aumento da população nas faixas etárias acima de 20 anos sugere que o crescimento se deveu a um processo migratório.

Tabela 1 – Evolução do IDH e seus componentes no Brasil e no Distrito Federal, 1991, 2000 e 2010

UF	IDH			IDH RENDA			IDH LONGEVIDADE			IDH EDUCAÇÃO		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Brasil	0.493	0.612	0.727	0.647	0.692	0.739	0.662	0.727	0.816	0.279	0.456	0.637
DF	0.616	0.725	0.824	0.762	0.805	0.863	0.731	0.814	0.873	0.419	0.582	0.742

Fonte: CODEPLAN, 2013.

Tabela 2 – População feminina residente, de 10 a 49 anos — DF, 2000–12

FAIXA ETÁRIA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	AUMENTO
10 a 14 anos	95326	96699	98055	99393	100711	102007	103280	104529	105751	106946	108112	109247	110350	1,16
15 a 19 anos	117785	117389	116952	116472	115950	115386	114781	114134	113447	112720	111954	111148	110305	0,94
20 a 29 anos	229757	233578	237373	241139	244872	248567	252220	255828	259387	262892	266340	269726	273047	1,19
30 a 39 anos	179862	185975	192224	198608	205126	211776	218558	225469	232508	239674	246963	254373	261901	1,46
40 a 49 anos	122529	127801	133250	138879	144691	150688	156873	163248	169817	176581	183542	190702	198062	1,62
Total	745259	761442	777854	794491	811350	828424	845712	863208	880910	898813	916911	935196	953665	1,28

Fonte: IBGE 2000 e 2010: Censos Demográficos, outros anos: interpolações e projeções

A Figura 3 apresenta a importante queda da taxa de analfabetismo ocorrida no DF no período de 2000 a 2012 na população feminina de 10 a 49 anos; a Figura 4 apresenta a proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, com crescimento ascendente nos dois grupos das faixas etárias, de 10 a 19 anos (cerca de 80%) e de 20 a 49 anos (cerca de 55%), no período pesquisado. Observa-se que os percentuais de realização de 7 ou mais consultas são menores em mães cuja faixa etária é de 10 a 19 anos em todo o período.

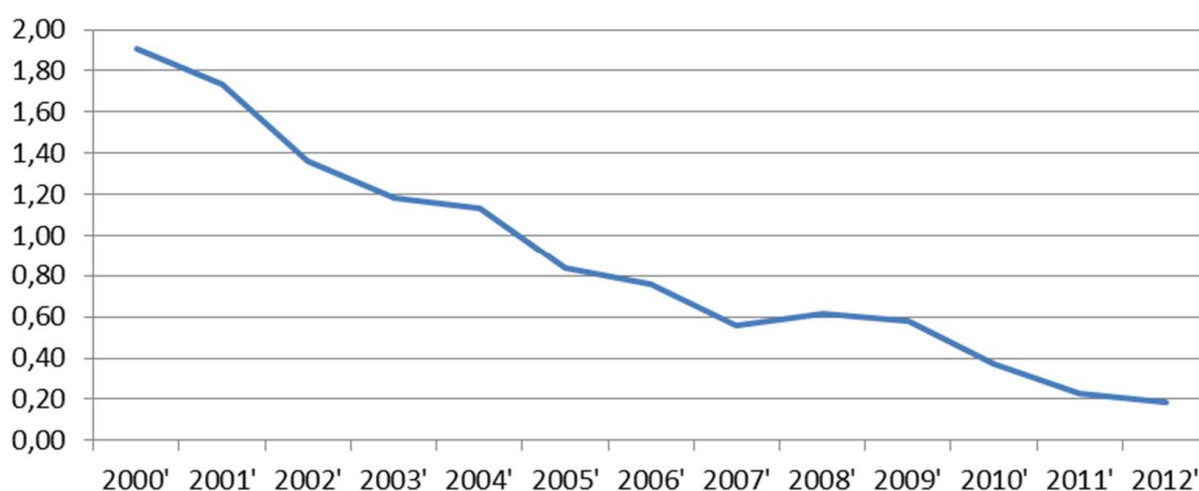


Figura 3 – Taxa de analfabetismo em mães de nascidos vivos com idade entre 10 e 49 anos — Distrito Federal, 2000 a 2012

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

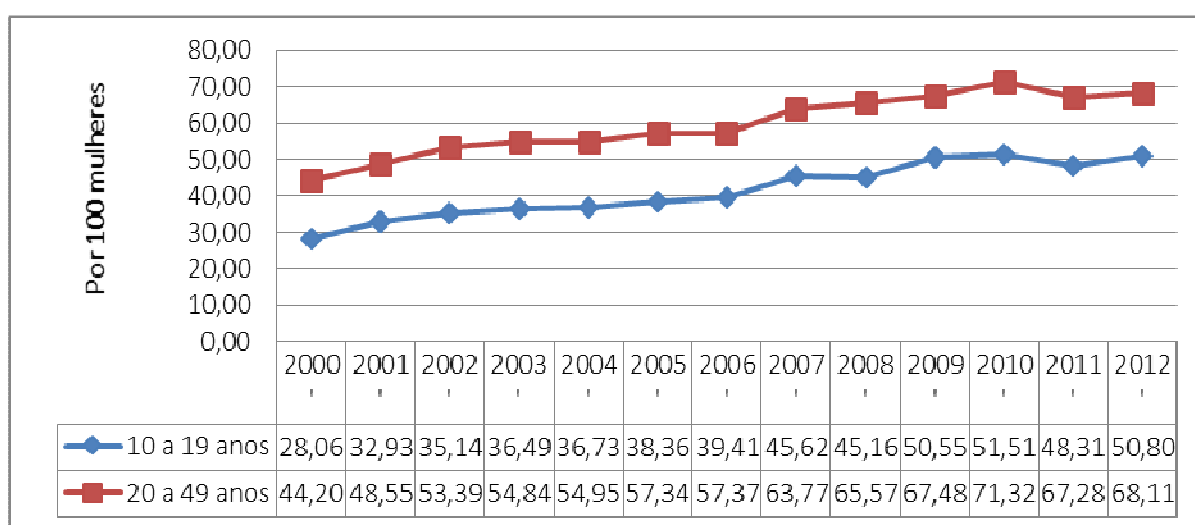


Figura 4 – Proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, por faixa etária — Distrito Federal, 2000 a 2012

Fonte: SINASC/DATASUS/MS

Um indicador adotado para avaliar a qualidade da atenção à gestação durante o pré-natal é a taxa de detecção de sífilis congênita. A Tabela 3 (na página seguinte), a seguir, apresenta os dados do Programa Nacional de DST/Aids para o Distrito Federal. Em termos de números absolutos, observa-se um incremento no número de casos detectados até 2005, uma queda na sequência e novo aumento a partir de 2010. Quanto à escolaridade, observa-se que até 2002 o maior número de casos está entre as gestantes que tem incompleta a quarta série do ensino fundamental e que, a partir de 2003, o maior número está entre as gestantes de quinta a oitava séries incompletas. Dados sobre raça/cor da mãe estão disponíveis a partir de 2007, com maior proporção de casos detectados na raça parda. Os dados apontam maior percentual de casos em mães que realizaram o pré-natal e com sífilis diagnosticada durante a gravidez, todavia com esquema inadequado de tratamento e sem o tratamento do parceiro. A Figura 5, abaixo, apresenta a taxa de detecção de sífilis congênita para as duas faixas etárias de interesse, entre 2000 e 2012. Observa-se que essa taxa de detecção até 2010, para adolescentes, é inferior à faixa etária de 20 a 49 anos. A partir de 2011, ano de implantação da Rede Cegonha, ocorre importante aumento, que pode estar associado com a implantação do teste rápido de sífilis na maternidade a partir de dezembro de 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3242, de 30 de dezembro de 2011.

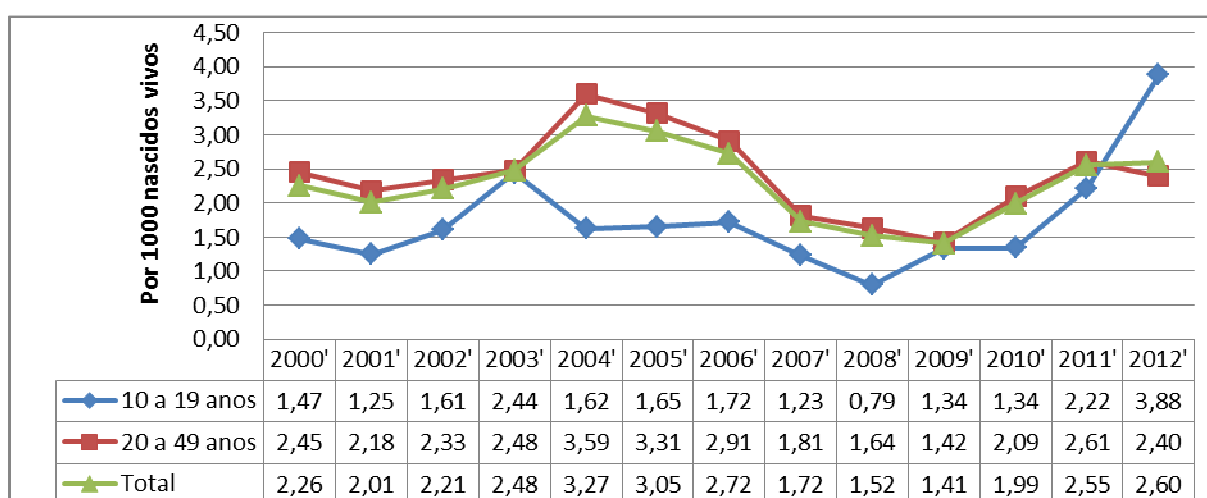


Figura 5 – Taxa de detecção de sífilis congênita de acordo com faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012

Fonte: PNDST/Aids-SVS/MS

Tabela 3 – Casos notificados de sífilis congênita (n. e %) segundo variáveis selecionadas por ano de diagnóstico — DF, 2000–12⁽¹⁾

DISTRITO FEDERAL	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Faixa etária da mãe																												
10 a 14 anos	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19 anos	14	12,1	10	10,4	13	12,9	19	16,5	12	7,8	12	8,4	12	9,8	8	10,4	5	7,4	8	11,8	7	7,5	13	10,7	23	19,5	19	16,5
20 a 29 anos	63	54,3	63	65,6	57	56,4	61	53,0	81	52,6	79	55,2	71	57,7	43	55,8	40	58,8	32	47,1	45	48,4	60	49,6	59	50,0	50	43,2
30 a 39 anos	29	25,0	20	20,8	27	26,7	31	27,0	47	30,5	36	25,2	33	26,8	21	27,3	19	27,9	19	27,9	32	34,4	36	29,8	28	23,7	28	24,1
40 ou mais	2	1,7	0	0,0	4	4,0	3	2,6	9	5,8	13	9,1	7	5,7	4	5,2	3	4,4	3	4,4	3	3,2	2	1,7	3	2,5	3	2,6
Ignorado	8	6,9	2	2,1	0	0,0	1	0,9	5	3,2	3	2,1	0	0,0	1	1,3	1	1,5	6	8,8	5	5,4	10	8,3	5	4,2	5	4,3
Total	116	100,0	96	100,0	101	100,0	115	100,0	154	100,0	143	100,0	123	100,0	77	100,0	68	100,0	68	100,0	93	100,0	121	100,0	118	100,0	118	100,0
Escolaridade da mãe																												
Analfabeto	9	7,8	7	7,3	6	5,9	2	1,7	4	2,6	5	3,5	5	4,1	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
1ª a 4ª série incompleta	45	38,8	48	50,0	24	23,8	22	19,1	14	9,1	12	8,4	16	13,0	11	14,3	5	7,4	11	16,2	7	7,5	9	7,4	11	9,3	11	9,3
4ª série completa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	6,5	4	5,9	2	2,9	2	2,2	9	7,4	3	2,5	3	2,5
5ª a 8ª série incompleta	0	0,0	0	0,0	22	21,8	52	45,2	61	39,6	48	33,6	51	41,5	24	31,2	13	19,1	8	11,8	18	19,4	35	28,9	38	32,2	38	32,2
Fundamental completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	9,1	15	22,1	9	13,2	6	6,5	6	5,0	12	10,2	12	10,2
Médio Incompleto	5	4,3	15	15,6	21	20,8	15	13,0	20	13,0	37	25,9	31	25,2	6	7,8	5	7,4	7	10,3	9	9,7	13	10,7	11	9,3	11	9,3
Média completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6	7	10,3	5	7,4	10	10,8	12	9,9	12	10,2	12	10,2
Superior incompleto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	4,4	3	3,2	4	3,3	4	3,4	4	3,4
Superior completo	0	0,0	6	6,3	4	4,0	3	2,6	11	7,1	7	4,9	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	1	0,8	1	0,8	1	0,8
Não se aplica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	2	2,2	2	1,7	1	0,8	1	0,8
Ignorado	57	49,1	20	20,8	24	23,8	21	18,3	44	28,6	34	23,8	18	14,6	21	27,3	17	25,0	22	32,4	34	36,6	29	24,0	25	21,2	25	21,2
Total	116	100,0	96	100,0	101	100,0	115	100,0	154	100,0	143	100,0	123	100,0	77	100,0	68	100,0	68	100,0	93	100,0	121	100,0	118	100,0	118	100,0
Raça/cor da mãe																												
Branca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	14,3	8	11,8	17	25,0	17	18,3	17	14,0	31	26,3	31	26,3
Preta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	9,1	2	2,9	3	4,4	2	2,2	7	5,8	5	4,2	5	4,2
Amarela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0
Parda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	64,9	48	70,6	37	54,4	58	62,4	74	61,2	61	51,7	61	51,7
Indígena	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ignorado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	11,7	8	11,8	11	16,2	16	17,2	21	17,4	21	17,8	21	17,8
Total	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	100,0	68	100,0	68	100,0	93	100,0	121	100,0	118	100,0	118	100,0
Realização de pré-natal⁽²⁾																												
Sim	80	69,0	73	76,0	86	85,1	92	80,0	129	83,8	124	86,7	97	78,9	68	88,3	56	82,4	51	75,0	82	88,2	107	88,4	90	76,3	90	76,3
Não	29	25,0	17	17,7	14	13,9	20	17,4	23	14,9	18	12,6	25	20,3	9	11,7	11	16,2	15	22,1	9	9,7	14	11,6	26	22,0	26	22,0
Ignorado	7	6,0	6	6,3	1	1,0	3	2,6	2	1,3	1	0,7	1	0,8	0	0,0	1	1,5	2	2,9	2	2,2	0	0,0	2	1,7	2	1,7
Total	116	100,0	96	100,0	101	100,0	115	100,0	154	100,0	143	100,0	123	100,0	77	100,0	68	100,0	68	100,0	93	100,0	121	100,0	118	100,0	118	100,0

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Continua...

... Continuação da Tabela 3

DISTRITO FEDERAL	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sífilis diagnosticada durante gravidez⁽³⁾																											
Sim	27	33,8	40	54,8	50	58,1	57	62,0	96	74,4	77	62,1	65	67,0	47	69,1	34	60,7	28	54,9	56	68,3	62	57,9	54	60,0	
Não	23	28,8	30	41,1	31	36,0	29	31,5	27	20,9	38	30,6	24	24,7	14	20,6	18	32,1	21	41,2	16	19,5	39	36,4	33	36,7	
Não realizado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	2,0	1	1,2	1	0,9	0	0,0	
Ignorado	30	37,5	3	4,1	5	5,8	6	6,5	6	4,7	9	7,3	8	8,2	6	8,8	4	7,1	1	2,0	9	11,0	5	4,7	3	3,3	
Total	80	100,0	73	100,0	86	100,0	92	100,0	129	100,0	124	100,0	97	100,0	68	100,0	56	100,0	51	100,0	82	100,0	107	100,0	90	100,0	
Esquema de tratamento materno⁽⁴⁾																											
Adequado	3	10,7	9	22,5	2	3,8	2	3,4	3	3,1	2	2,6	4	6,2	6	12,8	3	8,8	0	0,0	3	5,4	2	3,2	4	7,4	
Inadequado	17	60,7	20	50,0	34	65,4	33	55,9	76	79,2	53	68,8	47	72,3	34	72,3	24	70,6	21	75,0	36	64,3	40	64,5	40	74,1	
Não realizado	0	0,0	0	0,0	1	1,9	4	6,8	14	14,6	14	18,2	10	15,4	6	12,8	4	11,8	2	7,1	10	17,9	16	25,8	7	13,0	
Ignorado	8	28,6	11	27,5	15	28,8	20	33,9	3	3,1	8	10,4	4	6,2	1	2,1	3	8,8	5	17,9	7	12,5	4	6,5	3	5,6	
Total	28	100,0	40	100,0	52	100,0	59	100,0	96	100,0	77	100,0	65	100,0	47	100,0	34	100,0	28	100,0	56	100,0	62	100,0	54	100,0	
Parceiro tratado⁽⁴⁾																											
Sim	2	7,1	7	17,5	18	34,6	13	22,0	19	19,8	16	20,8	19	29,2	8	17,0	4	11,8	6	21,4	11	19,6	17	27,4	12	22,2	
Não	17	60,7	15	37,5	27	51,9	37	62,7	62	64,6	56	72,7	44	67,7	36	76,6	26	76,5	19	67,9	38	67,9	42	67,7	37	68,5	
Ignorado	9	32,1	18	45,0	7	13,5	9	15,3	15	15,6	5	6,5	2	3,1	3	6,4	4	11,8	3	10,7	7	12,5	3	4,8	5	9,3	
Total	28	100,0	40	100,0	52	100,0	59	100,0	96	100,0	77	100,0	65	100,0	47	100,0	34	100,0	28	100,0	56	100,0	62	100,0	54	100,0	

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

⁽¹⁾ Casos notificados no SINAN até 30/6/2013⁽²⁾ Considera-se realização de pré-natal pelo menos uma consulta⁽³⁾ Para essa análise foram consideradas as gestantes que realizaram pré-natal⁽⁴⁾ Para essa análise foram consideradas as gestantes diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, independente da realização do pré-natal

Dados preliminares para últimos 5 anos

A taxa de cesárea é um indicador de qualidade do processo de assistência ao parto (RATTNER, 1996). Na Figura 6 pode-se observar o crescimento da taxa de cesáreas tanto em mulheres adolescentes, como em adultas no Distrito Federal, no período pesquisado. Observa-se que do total de cesáreas realizadas no DF, a faixa etária de 10 a 19 anos apresenta proporção sistematicamente inferior à de mulheres adultas, embora também esteja elevada, atingindo mais de 30% em 2012.

A Figura 7 apresenta, por tipo de parto, o percentual de prematuridade das gestantes adultas e adolescentes no período pesquisado, sugerindo maior prematuridade em partos cesáreos, possivelmente, associada à realização de procedimentos eletivos. Em geral, a prematuridade ocorre mais frequentemente em filhos de mães adolescentes.

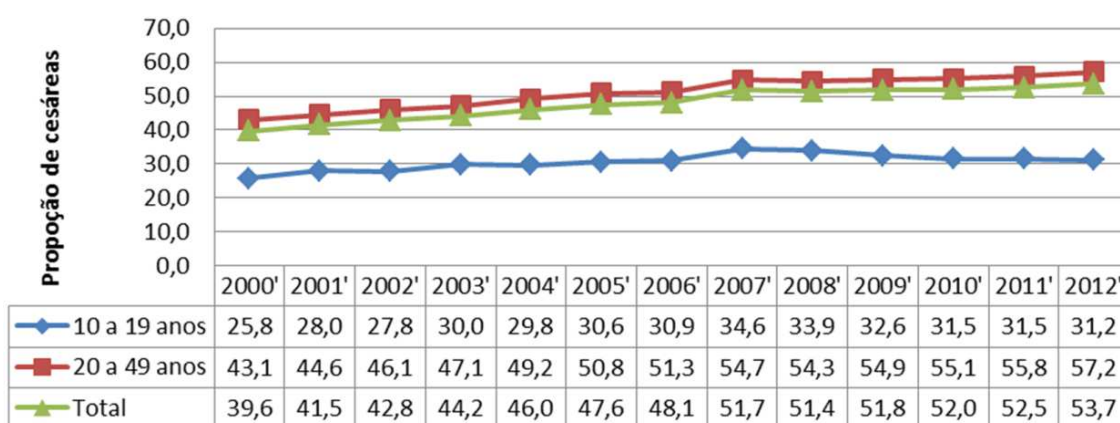


Figura 6 – Taxa de cesáreas de acordo com faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012
Fonte: SINASC/DATASUS/MS

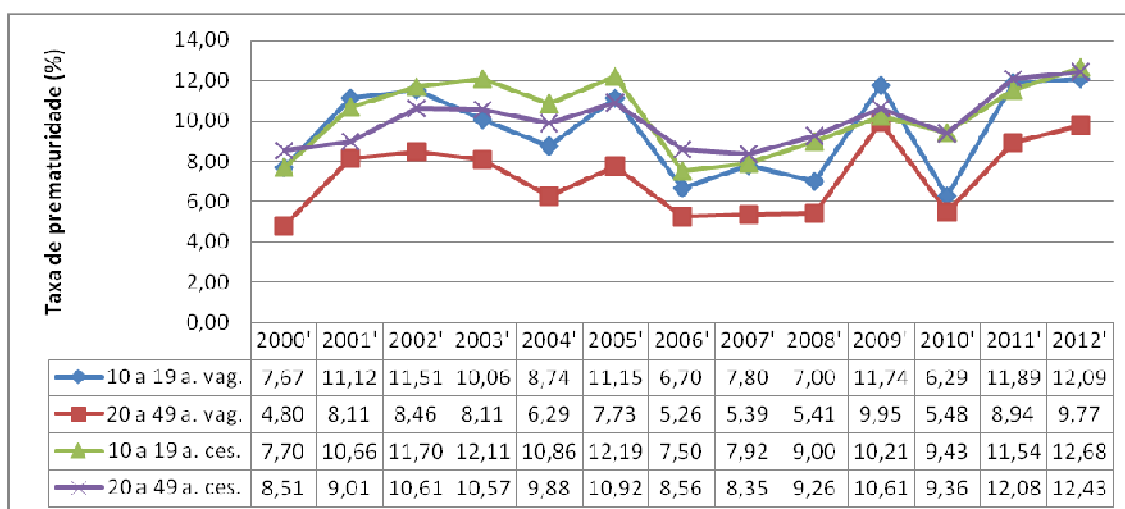


Figura 7 – Prematuridade (22 a 36 semanas) por tipo de parto e faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2012
Fonte: SINASC/DATASUS/MS

A mortalidade neonatal precoce e a perinatal são indicadores do resultado da atenção à gestação e ao parto. Observa-se que essa mortalidade é maior na faixa etária de 10 a 19 anos no Distrito Federal, como apresentado nas figuras 8 e 9. Além desses, na Figura 10 está apresentada a mortalidade infantil no Distrito Federal, também por faixa etária da mãe. Observa-se maior mortalidade na idade de 10 a 19 anos, e um maior controle na faixa etária de 20 a 49 anos, com o indicador chegando a um dígito.

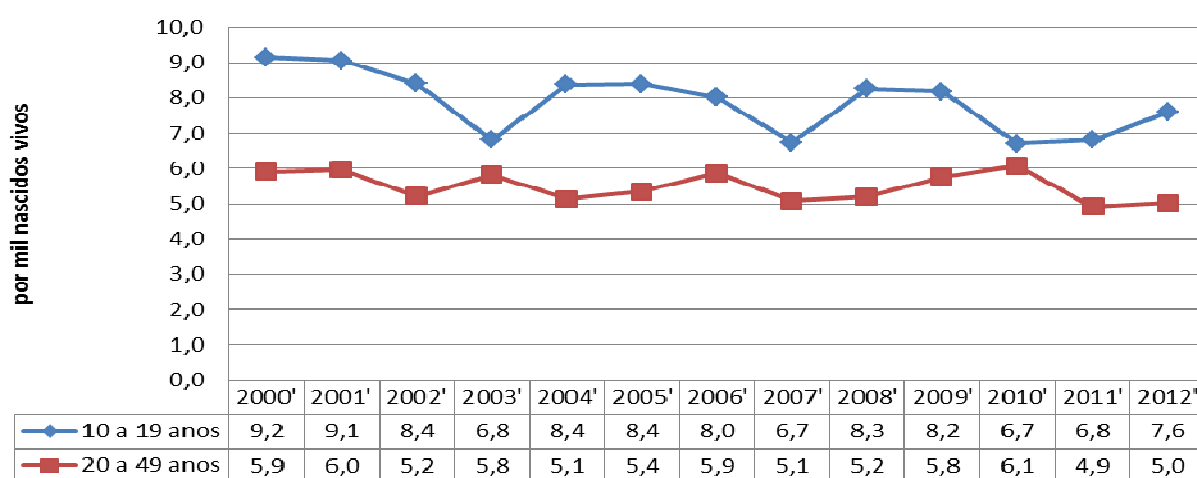


Figura 8 – Mortalidade neonatal precoce (0 a 7 dias) por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS

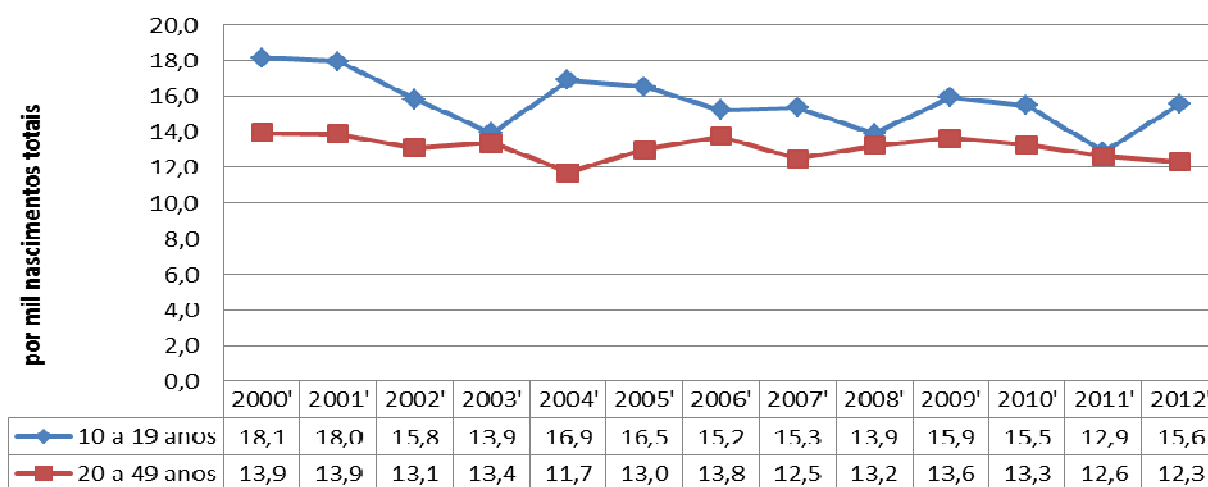


Figura 9 – Mortalidade perinatal por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012.

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS

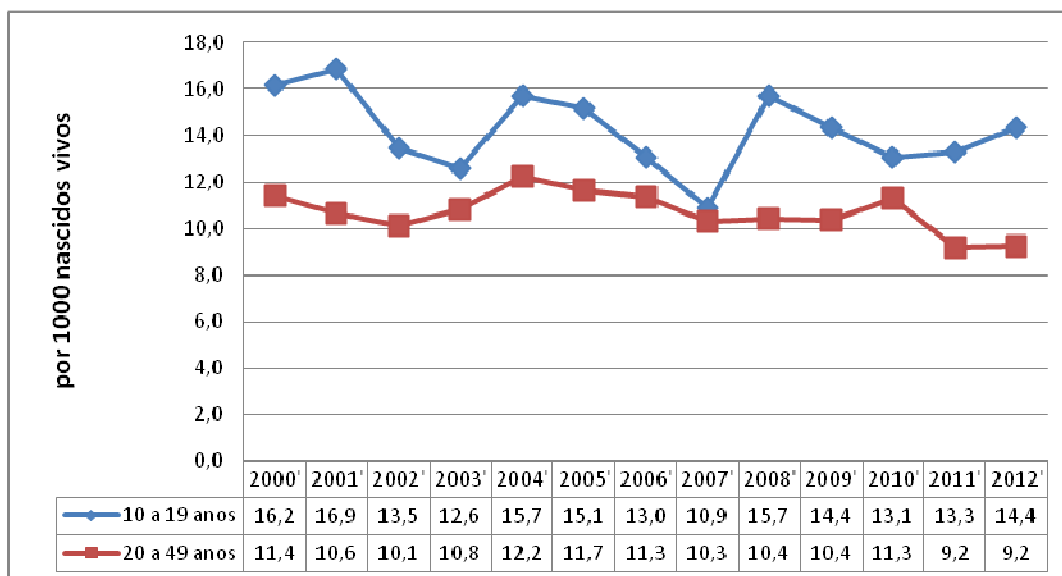


Figura 10 – Mortalidade infantil por faixa etária da mãe — Distrito Federal, 2000 a 2012
 Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS

Esses dados mostram que a população adolescente apresenta indicadores diferentes e mais desfavoráveis que os da população de 20 a 49 anos: na demanda de consultas de pré-natal, nos dados de detecção de sífilis congênita (qualidade do pré-natal), na proporção de cesáreas (qualidade da assistência ao parto), nos dados de prematuridade, nos dados de mortalidade neonatal precoce e também perinatal (indicadores do resultado da atenção à gestação e ao parto) e nos dados de mortalidade infantil no Distrito Federal, sugerindo uma vulnerabilidade maior da população feminina dessa faixa etária, em termos da saúde reprodutiva.

5 DISCUSSÃO

O Distrito Federal é a unidade da federação com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁶ dentre os 27 estados da federação e ao longo dos vinte anos estudados tem se mantido acima do IDH do país, como evidenciou a Tabela 1. Em dois indicadores (renda e longevidade), o Distrito Federal conquistou índices considerados muito altos (acima de 0,8) de Desenvolvimento Humano, registrando em 2010, IDH geral de 0,824, sendo 0,863 no indicador renda, 0,873 no de longevidade e 0,742 no de educação (alto).

Este estudo mostra crescimento geral da população de mulheres em idade fértil em 1,28%, como apresenta a Tabela 2. A renda e a oferta de trabalho no setor público fazem de Brasília um foco de atração para a população, principalmente para mulheres de 30 a 50 anos. Hoje, as mulheres têm relevância na população de Brasília, constituem a maioria de sua população e, conforme apontado na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), a população feminina no DF alcança 53%, sendo 46% homens. Esse cenário é diferente do período da construção de Brasília, quando os migrantes homens chegavam em busca de vagas na construção civil (CODEPLAN, 2013).

Somado a isso, Brasília é a primeira capital a receber o título Selo de Território Livre do Analfabetismo, do Ministério da Educação, por ter atingido o índice de 96,6% de alfabetização em 2014 (PORTAL GDF). O selo é concedido a municípios e estados que atingem mais de 96% de alfabetização.

Mesmo com esses bons indicadores, no relatório da ONU Brasília está classificada como a 16ª cidade mais desigual do mundo e a 4ª mais desigual do Brasil. Possuindo funções político-administrativas de estado e município, o DF expressa uma diversidade de realidades sociais e convive com grandes diferenças socioeconômicas em seu território, além de índices crescentes de violência.

Há estudos que apontam as variáveis sócio-econômicas-culturais como interventoras para o acesso aos serviços de saúde, assim como seu impacto nos resultados de alguns indicadores. Garcia e Santana (2011) investigaram a evolução

⁶ O IDHM é resultado da análise de mais de 180 indicadores socioeconômicos, que têm por base os censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991, 2000 e 2010. O estudo é dividido em três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

temporal das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil e na infância segundo a escolaridade materna no Brasil entre 1993 e 2008. Segundo as autoras, a medição das desigualdades em saúde também é importante para o acompanhamento da situação de saúde da população, considerando a discussão de vantagens e desvantagens de intervenções focalizadas e universais, assim como a necessidade de que estas sejam intersetoriais (GARCIA; SANTANA, 2011).

De 2.570.160 habitantes de Brasília em 2010, 462.783 eram adolescentes de ambos os sexos, significando 17,8%, proporção importante no conjunto da população do DF, sugerindo a necessidade de focar no planejamento de políticas públicas e sociais, com vistas a ações intersetoriais e integradas na perspectiva do trabalho em rede de proteção⁷. Segundo Silva (2011, p. 2491) um dos eixos prioritários das políticas voltadas para os adolescentes e jovens tem sido a promoção e a prevenção em saúde sexual e reprodutiva, considerando

[...] que muitos adolescentes e jovens vivenciam a maternidade/paternidade em condições de forte iniquidade social, com comprometimento de sua qualidade de vida e de seus direitos, assim como os de suas famílias.

Segundo Ferrari *et al.* (2006), no Brasil, as políticas públicas para adolescentes foram criadas e regulamentadas na década de 80 e se desenvolveram de forma fragmentada e desarticulada. As autoras apontam como perspectiva, para mudar a situação atual dos adolescentes no país, programas como a Estratégia da Saúde da Família (ESF), porque tem atuação mais aproximada das condições locais e socioculturais (FERRARI *et al.*, 2006).

É consenso a necessidade de se qualificar a atenção ao pré-natal pois, entre as várias vantagens, contribui para reduzir a mortalidade materna, o baixo peso ao nascer e a mortalidade perinatal, dentre outros. Este estudo apresenta, na Figura 4, a proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, observando-se que os percentuais são sistematicamente menores em mães cuja faixa etária é de 10 a 19 anos. Gama *et al.* (2004) apontam que, dentre as grávidas, é nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se

⁷ A rede de proteção está contemplada no Art 4º do ECA que estabelece que a efetivação dos direitos da criança e do adolescente é “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público”. Portanto, trata-se de uma ação integrada entre instituições, para atender crianças e adolescentes em situação de risco pessoal: sob ameaça e violação de direitos por abandono, violência física, psicológica ou sexual, exploração sexual comercial, situação de rua, de trabalho infantil e outras formas de submissão que provocam danos e agravos físicos e emocionais.

mostram mais intensos, porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, ou desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade.

A sífilis congênita é um indicador adotado para avaliar a qualidade da atenção à gestação durante o pré-natal. Segundo Domingues *et al.* (2013), a sífilis congênita é uma doença evitável, sendo que práticas realizadas rotineiramente na assistência ao pré-natal são efetivas para a prevenção de casos. As autoras apontam uma maior prevalência de sífilis na gestação em mulheres de baixa condição socioeconômica, pior acesso a serviços de saúde e maior vulnerabilidade social e reprodutiva; está associada à cor, ao baixo nível de escolaridade, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas e por isso mesmo o seu controle torna-se um desafio (DOMINGUES *et al.*, 2013). Além disso, as autoras associam a ocorrência de sífilis na gestação ao manejo inadequado dos casos e à perda de oportunidade para o diagnóstico e ao tratamento, à ausência de aconselhamento e à falta de tratamento do parceiro, além de tratamento incorreto dos casos diagnosticados (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis pode ser transmitida da mãe para o filho durante a gestação e, em mulheres não tratadas, a transmissão é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença. Ainda segundo o MS, a sífilis congênita apresenta elevada mortalidade, chegando a 40% das crianças infectadas (BRASIL, 2014). Diretrizes do Ministério da Saúde vem contribuindo na organização da atenção ao pré-natal em todo o país. Desde 2011 o MS preconiza dois testes por gestante durante a gravidez e um teste rápido por ocasião do parto. Entre 2008 e junho de 2014 houve um aumento de 72% no número de testes de sífilis, passando de 0,58 para 1,00 teste por gestante. Todavia, o Ministério da Saúde considera que, apesar das estratégias implementadas, ainda há déficit quanto à norma preconizada (BRASIL, 2014).

A implantação da Rede Cegonha no DF trouxe uma possibilidade de implementação de ações direcionadas às singularidades da saúde de adolescentes, no sentido do acesso aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva de qualidade, na transformação da prática dos profissionais na abrangência do acolhimento, nas relações de poder, em ações de promoção da saúde (DF/SESDF, 2013). Propõe orientações com ênfase na prevenção e na vigilância de doenças

evitáveis, melhoria na rede de assistência e estratégias de apoio diagnóstico que constam do Plano de Ação elaborado pela SESDF, em conjunto com o Ministério da Saúde, por meio de sua Área de Saúde de Adolescentes e Jovens (DF/SESDF, 2013).

Especificamente no DF, a Secretaria de Saúde publicou a Portaria nº 247 de 09 de novembro de 2012, instituindo os exames de triagem da gestante no âmbito do SUS no Distrito Federal, com o objetivo de qualificar as ações de pré-natal, permitindo a detecção precoce, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento de doenças passíveis de monitoramento no ciclo gravídico-puerperal. A portaria inclui nesses exames os testes rápidos, testes em papel filtro, análises clínicas e imunohematológicas.

A OMS adota como parâmetro de aceitabilidade para a taxa de incidência de sífilis congênita, 0,5 casos por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2014). Este estudo encontrou uma taxa de detecção de sífilis congênita para adolescentes apresentando aumento em 2012, um ano após a implantação da Rede Cegonha, que pode estar associado à implantação do teste rápido de sífilis nas maternidades a partir de dezembro de 2011. Esse aumento na detecção poderia ser um primeiro efeito da implantação da Rede Cegonha no DF.

Segundo França e Lansky (2008), os riscos da cesariana eletiva ou programada têm sido apontados em estudos recentes, que identificaram maior frequência de prematuridade entre outras consequências. Em todo o mundo há uma crescente realização de operações cesarianas e o Brasil ocupa destaque nesse cenário. Segundo Queiroz *et al.* (2005), a cesárea é um recurso que permite realizar o parto de maneira satisfatória, quando houver algum risco para a vida da mãe ou da criança. Assim, a cesariana é um ótimo recurso disponível para proteger a saúde da mãe e da criança, se necessário. Fora disso, apontam as autoras, há verdadeiro abuso nas indicações, hoje em dia, no Brasil (QUEIROZ *et al.*, 2005).

Assim, outro achado deste estudo é o crescimento da taxa de cesáreas no período pesquisado, tanto em mulheres adolescentes como em adultas, no Distrito Federal. Apesar de apresentarem proporção inferior à de adultas, nas adolescentes essa taxa também se apresenta elevada, atingindo mais de 30% em 2012. Este estudo também aponta uma maior taxa de prematuridade em partos cirúrgicos, e com ocorrência mais frequente em filhos de mães adolescentes, possivelmente associada à realização de procedimentos eletivos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, não existem evidências que justifiquem taxas de cesariana acima de 15% (QUEIROZ *et al.*, 2005). Ainda segundo Queiroz *et al.* (2005), é durante o pré-natal que a mulher deve receber orientação sobre formas opcionais para controlar a dor durante o trabalho de parto, sendo que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. As autoras sugerem que a preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens, predominando a conveniência de uma intervenção programada, que não tomará mais do que uma hora de seu tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou noite e pode ter duração superior a 24 horas. Em seus achados, as autoras chamam a atenção para o percentual de 21,5% de partos cirúrgicos em mulheres com menos de 20 anos, em uma população onde a idade materna de 19 a 23 anos era maioria, significando 32,2% da amostra estudada que era constituída por 65 gestantes na faixa etária acima de 14 anos e que representava 5,4% dos 1200 prontuários consultados no período de janeiro/2003 a janeiro/2004 (QUEIROZ *et al.*, 2005).

Segundo dados do Ministério da Saúde disponibilizados pelo DataSUS⁸, houve aumento crescente de cesarianas no Brasil (40,7% em 1996 e 53,9% em 2011). Para França e Lansky (2008), os índices elevados praticados nos hospitais privados apontam para a necessidade de ações efetivas para a redução da cesariana desnecessária, fator de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal. Segundo análise da Rattner *et al.* (2012), “[...] as taxas de cesáreas são mais elevadas nos hospitais não públicos, mas também são elevadas nos públicos, sendo superiores nos hospitais federais e estaduais” (RATTNER *et al.*, 2012, p. 388), e analisa que, em todas as categorias de hospital, os índices de cesariana praticados excedem o referencial preconizado pela OMS e pela literatura internacional, sugerindo como explicação a não utilização de protocolos de atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas, tanto para a gestação de risco habitual, como para a gestação de alto risco (RATTNER *et al.*, 2012).

Ainda foi observado neste estudo que a mortalidade neonatal precoce e a mortalidade perinatal no Distrito Federal são maiores em filhos de mães com idade entre 10 a 19 anos. Tocante à mortalidade infantil no Distrito Federal, os achados

⁸ Acesso em: 27 jan. 2015.

também sugerem uma vulnerabilidade maior da população feminina adolescente, em termos da saúde reprodutiva.

Segundo França e Lansky (2008), mortes infantis representam um evento indesejável em saúde pública, pois são mortes precoces e, em sua maioria evitáveis. Apontam as autoras que a mortalidade infantil ocorre como consequência da combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Além disso, sugerem que as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições e vida da população, como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2008).

De acordo com Lansky *et al.* (2002), os altos e persistentes índices de mortalidade perinatal no Brasil requerem estudos de avaliação da qualidade da assistência obstétrica e perinatal prestadas nos serviços de saúde, sendo que a avaliação dos óbitos por comitês de óbito infantil e fetal permite identificar sua evitabilidade. Nesse sentido, e por avaliarem como elevadas as taxas onde a maioria dos óbitos é considerada evitável, apontam a necessidade da melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido

[...] não apenas quanto à sua resolubilidade clínica, mas também à organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade. (LANSKY *et al.*, 2002, p. 759).

Os dados deste estudo mostraram que a população adolescente apresenta indicadores diferentes e mais desfavoráveis que os da população de 20 a 49 anos: na demanda de consultas de pré-natal, nos dados de detecção de sífilis congênita (qualidade do pré-natal), nos dados de prematuridade, nos dados de mortalidade neonatal precoce e também perinatal (indicadores do resultado da atenção à gestação e ao parto) e nos dados de mortalidade infantil no Distrito Federal, sugerindo uma vulnerabilidade maior da população feminina dessa faixa etária, em termos da saúde reprodutiva.

A proporção de cesáreas (qualidade da assistência ao parto), apesar de acima do preconizado, para as gestantes adolescentes apresenta dados inferiores à gestante adulta.

Com relação à gravidez em adolescentes, Cesar *et al.* (2000) a consideram como de alto risco em função de aspectos fisiológicos como peso, estatura, estado nutricional e desenvolvimento do aparelho reprodutivo da mãe. Os autores ainda consideram os aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos em que vivem as adolescentes. Seus achados apontam que a maior proporção de mães adolescentes é, em geral, de população mais pobre, onde a desnutrição e o baixo nível de escolaridade estão mais presentes e o acesso à assistência médica é mais limitado.

A vulnerabilidade dessa faixa etária está, segundo Silva *et al.* (2011), nas condições de forte iniquidade social e comprometimento de sua qualidade de vida e de seus direitos, assim como por sua pouca estrutura familiar, que predispõe a forma como muitos jovens e adolescentes vivenciam a maternidade/paternidade. De acordo com Abramovay (2002), as adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social são aquelas que vivem negativamente as consequências das desigualdades sociais; da pobreza e da exclusão social; da falta de vínculos afetivos na família e nos demais espaços de socialização; da passagem abrupta da infância à vida adulta; da falta de acesso à educação, trabalho, saúde, lazer, alimentação e cultura; da falta de recursos materiais mínimos para sobrevivência; da inserção precoce no mundo do trabalho, e outras situações de dificuldade. A autora define situação de vulnerabilidade social

[...] como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. (ABRAMOVAY, 2002, p. 13).

Numa reflexão sobre esse contexto, pode-se afirmar que a desigualdade impõe desequilíbrios e deveria ser contemplada nas leis, nas políticas e nas práticas sociais, caso contrário levará a processos de discriminação de raça, classe, etnia, idade e orientação sexual, acarretando fragilidade das mulheres (BRASIL, 2010). Tocante aos instrumentos legais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou lei federal nº 8069, promulgada em julho de 1990, trata dos direitos das crianças e adolescentes em todo o Brasil. Em linhas gerais, segundo Viegas e Rabelo (2014), trata dos princípios norteadores do estatuto, mas também trata da estrutura da política de atendimento, medidas, conselho tutelar, acesso jurisdicional e apuração de atos infracionais. Foi a partir do ECA que crianças e adolescentes brasileiros,

sem distinção de raça/cor ou classe social, passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e deveres, considerados como pessoas em desenvolvimento, com prioridade absoluta no Estado. Assim, o ECA estabelece direitos à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária para meninos e meninas. (VIEGAS; RABELO, 2014).

Com tantas evidências vale destacar que são necessárias ações institucionais mais efetivas e de abordagem sobre as especificidades dessa faixa etária, sem o desconhecimento de que apesar da pouca idade há um histórico de vida sexual ativa desses jovens e que, num país de machismo naturalizado, existe um cotidiano de violência e usurpação de seus corpos. Lembrando que ainda há o confronto do conservadorismo cultural, ou religioso, a dificultar ações de intervenção junto à adolescência, quer sejam na área de promoção da saúde, educação sexual, ou na disponibilização de serviços de saúde reprodutiva qualificados para adolescentes.

Sob a perspectiva da saúde sexual e reprodutiva, de violência e gênero, pensar na inserção dos homens nos processos da saúde integral seria de grande contribuição para homens e mulheres, considerando a responsabilização masculina no planejamento familiar, na paternidade, no exercício interativo da sexualidade, na violência em âmbito da vida privada e no autocuidado.

A Rede Cegonha apresenta uma proposta de integração com as demais iniciativas para a saúde da mulher no SUS, centrada na melhoria da qualidade da assistência e na universalização do acesso. Trata-se de uma estratégia que produz e consolida novos paradigmas da saúde materna e infantil, baseados em evidências científicas e nos princípios da humanização. Propõe um processo de trabalho que amplie o acesso das mulheres, adolescentes e das crianças usuárias do SUS às ações e serviços de saúde obstétrica e neonatal de maneira integral, com segurança e vinculada à atenção básica e atenção especializada.

Todavia, apesar dos avanços no reconhecimento da população adolescente enquanto sujeitos de direitos, ainda há espaço para se avançar na ampliação de conhecimentos do comportamento dessa população no sentido das suas opiniões, valores e vivências nos campos da promoção e prevenção da saúde, e no campo da qualificação e capacitação de equipes específicas para o atendimento a adolescentes, considerando a importância da abordagem preventiva sobre suas experiências nas diversas perspectivas, sejam elas de vulnerabilidade ou de agravos

de saúde, de questões econômicas e sociais, bem como nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros.

Em vista de tão complexa situação, constatando que o modelo de atenção é fragmentado e pouco resolutivo, a gestão do DF optou por priorizar a implementação de políticas públicas voltadas para a assistência à mulher adulta e adolescente e à criança, conforme está estabelecido no Plano de Atenção à Saúde Sexual (SS) e Saúde Reprodutiva (SR) de Adolescentes no Distrito Federal (DF/SESDF, 2013), com foco na atenção à gestação, ao parto, nascimento e crescimento das crianças, através de implementação de uma rede de cuidados.

5.1 Das limitações desta pesquisa

Há que se ter cuidado com a interpretação desses achados, uma vez que a pesquisa teve várias limitações, quais sejam:

- Inexistência de dados dos indicadores preconizados na Portaria que orienta a elaboração dos Planos de Ação da Rede Cegonha.
- Utilização de dados secundários que estavam disponíveis nos sistemas públicos.
- A RC foi lançada em 2011, e os dados começam a ser disponibilizados a partir de 2012.
- Incompatibilidade entre os dados disponibilizados de 7 ou mais consultas de pré-natal em conformidade com os conceitos da RIPSa e o preconizado pelo MS de 6 consultas ou mais como publicado na portaria GM/MS 650.
- Ausência de dados de paternagem. Não há dados de participação do Pai no parto, já que se trata de diretriz da Rede Cegonha.
- No sentido de alimentar a discussão, seria importante cotejar os achados com o de outros trabalhos. Todavia, há poucos trabalhos sobre população gestante adolescente envolvendo comparações com gestantes adultas.
- Finalmente, não foi encontrado nenhum trabalho de avaliação da Rede Cegonha, e menos ainda nesse sentido comparativo, o que limita a possibilidade deste trabalho dialogar com a literatura existente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi observada, lamentavelmente, uma realidade bastante complexa na área da saúde do Distrito Federal, em termos da assistência prestada aos usuários. Especificamente no que tange a saúde da mulher, no Plano Distrital de Saúde há o reconhecimento da existência de uma rede de atenção fragmentada, com baixa resolutividade e modelo inadequado de atenção obstétrica e neonatal, resultando em indicadores com desfechos nem sempre positivos para a população feminina do DF.

Além desse cenário, fica evidenciada uma desarticulação das políticas públicas voltadas para a assistência da mulher adulta, da mulher adolescente, e da criança que, para além da saúde, também envolve o processo social, econômico e da qualidade de vida da população do DF, abrangendo violência, educação, cultura, habitação, emprego e renda. Nesse sentido, é necessário repensar a organização do sistema local de saúde, com prioridade para o fortalecimento da atenção básica com implementação da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da ampliação do acesso e considerando as especificidades da população adolescente.

Outro ponto para a mudança do modelo assistencial é articular no sentido da RAS a coordenação dos pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral, em respeito às demandas e contextos sociais da população do DF.

Os achados deste estudo indicam a necessidade de incorporação de estratégias inovadoras visando melhorias também na rede de apoio diagnóstico e na regulação dos leitos, além de ampliar e garantir atendimento especializado às populações de risco com a organização da rede de atenção à saúde, buscando na intersetorialidade a rede de proteção com vistas à inclusão social para a visibilidade desses cidadãos e cidadãs.

Muitas adolescentes vivenciam a maternidade em situação de iniquidade social e com comprometimento de sua qualidade de vida e de seus direitos. Os resultados desta pesquisa sugerem que, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos da área de saúde, o desafio está posto: a necessidade de mais efetividade na implementação das políticas públicas que visam melhorias na qualidade da assistência prestada às mulheres, sobretudo, às adolescentes. Em consonância com Silva *et al.* (2011), é necessário avançar para além do enfoque

excessivamente centrado na prevenção da gravidez “não desejada”, “não planejada” ou “precoce”, para não secundarizar aspectos mais abrangentes do direito à atenção integral, à saúde sexual e reprodutiva em relação aos direitos dessa população. Nesse sentido, fica a reflexão sobre a necessidade de se priorizar as políticas públicas voltadas para os adolescentes, com ênfase na promoção e na prevenção em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens.

Nessa ótica, esta pesquisa destaca como recomendações: implementar a ampliação das ações de atenção básica no seu território, ampliando a cobertura da Estratégia de Saúde da Família; organizar os serviços de saúde na proposta da rede de atenção integrada e regionalizada, com acompanhamento adequado das populações com maior risco; ampliar os serviços de apoio de diagnóstico e garantir amplo acesso a todos os níveis assistenciais; criar serviços especializados de atenção à saúde do adolescente e da adolescente grávida; treinar e capacitar os profissionais da saúde nas especificidades dessa faixa etária; implementar as políticas intersetoriais, na perspectiva da rede de proteção social, como estabelece o ECA; implantar a Lei do Acompanhante em todas as unidades de saúde do DF; e monitorar a implementação dessas propostas na rede de atenção à saúde do Distrito Federal.

7 REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO; BID, 2002.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 supl: S8–S10, 2014

ARAÚJO, V. C. *A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho*. Brasília: ENAP, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação*. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. *Decreto n. 7.508*, de 28 de junho de 2011 — regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CESAR, C. C. et al. Efeito idade ou efeito pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.17, n. 1/2, jan./dez. 2000.

CHAVES, R. I. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2015.

CODEPLAN. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/IDHM%20DF%20e%20AMB.pdf>>. Acesso em: 2013–4

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, v. 19, n. 2, p. 313–26, 2009.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde/SES. *Plano de atenção a saúde sexual, saúde reprodutiva de adolescentes, no Distrito Federal — Rede Cegonha* (Denise Leite O. Campos e Giani Silvana S. Cezimbra — org.). Versão preliminar. Brasília, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde/SES. *Relatório Anual de Gestão 2011* — elaborado pela gerência de monitoramento e avaliação de serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.nesprom.unb.br/Downloads/IN/Relatorio.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Turismo/SETUR. *Mapa das regiões*. Disponível em: <<http://www.brasil-turismo.com/distrito-federal/mapa-regioes.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

DOCUMENTO BASE — Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Versão para debate. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 147–57, 2013.

FERRARI, R. A. P. et al. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.491–5, 2006.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. *Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas*. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

GAMA, S. G. N et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999–2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 supl: 5.101–11, 2004.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993–2008. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3.717–28, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=530010>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

LANSKY, S et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 759–72, 2002. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Editoras convidadas. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl. 2014.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. V. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde – Capítulo 16 – SVS/MS*. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, p. 651–7, 2005.

OBJETIVOS de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acesso em: 27 set. 2014.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, março, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PENELLO, L. M. (Org.). *Estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”*: a contribuição da “Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis” à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2013.

PLANO Distrital de Saúde 2012–2015. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a resolução 395, de 14 de agosto de 2012; versão atualizada em 30/9/2013, após revisão do PPA 2012–5. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/plano%20desaude_2012_2015%201.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2014.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD. 2014. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>> Acesso em: 10 mar. 2014.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev. Bras. de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 6, 2005.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. 1996. *Cad. Saúde Públ.*, v. 2, supl. 2, p. 21–32, 1996.

RATTNER D. *et al.* As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: SAÚDE Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde – Capítulo 16 – SVS/MS. 2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2014.

RATTNER D. *et al.* Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento do Brasil. **Cadernos HumanizaSUS**, n. 4, Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE/RIPSA. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2015.

RIDE/DF. Disponível em:

<http://www.integracao.gov.br/regioes_integradas_df_rides>. Acesso em: 12 jun. 2014.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2015.

SILVA, S. K. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2.485–93, 2011.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107–19, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, O. M. Rede Interfederativa de Saúde. In: CARVALHO, G. C. M *et al.* (Org.) *Redes de Atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campina: 2013.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 627–63.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

VIEGAS, C. M. A. R.; RABELO, C. L. A. *Principais considerações sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10593&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em: 23 jun. 2014.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2015.

Textos consultados e não citados

HARTZ *et al.* Uso de Modelos Teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.) *Avaliação em saúde*. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: ed. UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde* — v. 3 (Série Saúde & Cidadania). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. V. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio do Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50–61, jan./mar. 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>>.

8 ANEXO – INDICADORES PARA A REDE CEGONHA — PORTARIA SAS/MS 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2005

INDICADORES ESTRATÉGICOS PARA A REDE CEGONHA

OBJETIVO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE CEGONHA							
NOME DO INDICADOR	DEFINIÇÃO	INTERPRETAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDADE DE ANÁLISE	FONTE DOS DADOS	META	PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO
Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal	Distribuição percentual de gestantes que foram cadastradas no SISPRENATAL para acompanhamento pré-natal	Reflete o acesso e a captação das gestantes pelos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal	Nº de gestantes cadastradas no sisprénatal no município e ano/Número esperado de gestantes no município e ano x 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal	Distribuição percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez (até 12ª semana de gestação)	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar precocemente as gestantes residentes na sua área de abrangência para realização do acompanhamento pré-natal	Nº de gestantes com início do pré-natal até a 12ª semana de gestação em um dado período e local/Total de gestantes cadastradas no período e local x 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Hb,Hct, Glicemia, EAS, VDRL e HIV até a 20ª semana de gestação	Distribuição percentual de gestantes acompanhadas no pré-natal que receberam um pedido e realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV até a 20ª semana de gestação	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar as gestantes para o acompanhamento pré-natal e solicitar exames conforme protocolo.	Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Hemograma, Glicemia, EAS, VDRL e HIV até a 20ª semana de gestação em um dado período e local/Total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local x 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV e recebeu os resultados até a 20ª semana de gestação	Distribuição percentual de gestantes acompanhadas no pré-natal que receberam um pedido, realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV e receberam os resultados até a 20ª semana de gestação	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar as gestantes para o acompanhamento pré-natal, solicitar exames conforme protocolo e devolver o resultado em tempo oportuno.	Nº de gestantes, acompanhadas no pré-natal, que realizou exames de Hemograma, Glicemia, EAS, VDRL e HIV e recebeu os resultados até a 20ª semana de gestação em um dado período e local/Total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local x 100				
Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de gestação.	Distribuição proporcional de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de gestação.	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar as gestantes para o acompanhamento pré-natal, solicitar exames conforme protocolo e devolver o resultado em tempo oportuno.	Nº de gestantes, acompanhadas no pré-natal, que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de gestação em um dado período e local/Total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local x 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de gestação e	Distribuição proporcional de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar as gestantes para o acompanhamento pré-natal, solicitar exames conforme protocolo e devolver o resultado em tempo oportuno.	Nº de gestantes, acompanhadas no pré-natal, que realizou exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e 36ª semana de gestação e recebeu os resultados até a 38ª semana de gestação em um dado período e	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral

recebeu os resultados até a 38ª semana de gestação.	gestação e recebeu os resultados até a 38ª semana de gestação.		local/Total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local x 100				
Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal	Distribuição percentual de gestantes que, durante o acompanhamento pré-natal, foram vinculadas ao serviço onde será realizado o parto	Reflete a organização das redes de atenção a saúde (RAS), com fluxos estabelecidos	Nº de gestantes vinculadas ao serviço onde será realizado o parto, durante o acompanhamento pré-natal em um dado período e local/Nº total de gestantes acompanhadas no mesmo período e local X 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada	Distribuição percentual de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada durante o acompanhamento prénatal	Reflete a organização das redes de atenção saúde (RAS), com fluxos estabelecidos	Nº de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada durante o acompanhamento pré-natal em um dado período e local/Nº total de gestantes vinculadas durante o acompanhamento pré-natal no mesmo período e local x 100	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Semestral
Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal.	Distribuição percentual de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal.	O objetivo do indicador é analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.	Nº de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período/Nº total de gestantes acompanhadas, no mesmo local e período X 100.	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Semestral
Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto	Distribuição percentual de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto	O objetivo do indicador é analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal e do puerpério, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.	Nº de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até 42 dias pós-parto, em determinado local e período/Nº total de gestantes acompanhadas, no mesmo local e período X 100.	Municipal	Sispré-Natal	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Semestral
Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto	Distribuição percentual de gestantes com acompanhante durante a internação para realização do parto	Permite analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto	Nº de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto em um dado local e período/Nº total de gestantes internadas para realização do parto no mesmo local e período x 100	Municipal	SIH/SUS	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	trimestral
Taxa de Cesárea	Este indicador reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinada instituição ou determinado local, durante determinado período.	Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados do sistema de informação hospitalar - SIH	Número de partos cesáreos em determinado local e ano/Nº total de partos no mesmo local e ano X 100	Municipal	SIH/SUS	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Proporção de RN com apgar de 1º minuto < 7	Distribuição percentual de recém-nascidos com nota de apgar no primeiro minuto de vida < 7	Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no primeiro minuto de vida. Contribui na análise das condições do parto e nascimento	Nº de recém-nascidos com apgar < 7 no primeiro minuto de vida em um determinado local e ano/Nº total de recém-nascidos no mesmo local e ano x 100	Municipal	SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual

Proporção de RN com apgar de 5º minuto < 7	Distribuição percentual de recém-nascidos com nota de apgar no quinto minuto de vida < 7	Mede a ocorrência de asfíxia no recém-nascido no quinto minuto de vida. Contribui na análise das condições do parto e nascimento	Nº de recém-nascidos com apgar < 7 no quinto minuto de vida em um determinado local e ano/Nº total de recém-nascidos no mesmo local e ano x 100	Municipal	SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano	Número de casos de sífilis congênita diagnosticados em menores de 1 ano de idade em um determinado ano e local de residência.	Estima o risco de ocorrência de sífilis congênita por transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> . Indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença e deficiência na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal.	Nº de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico / Por 1000 nascidos vivos nesse mesmo período e local de residência.	Municipal	SINAN/ SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade	Número de casos de aids em crianças menores de 5 anos de idade em um determinado ano e local de residência	Estima o risco de ocorrência de casos novos confirmados de aids na população de menores de 5 anos de idade, segundo ano e local de residência. É utilizado com <i>proxy</i> da taxa de incidência de casos de aids por transmissão vertical	Nº de casos de aids diagnosticados em menores de 5 anos de idade, em determinado local de residência e ano de diagnóstico/População residente de menores de 5 anos de idade nesse mesmo ano e local x 100.000	Municipal	SINAN/ IBGE	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Razão de mortalidade materna para Estados e número de óbitos maternos para Municípios	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Estima o risco de uma mulher morrer em consequência da gravidez. Reflete a qualidade da assistência ao pré natal, parto e puerpério.	Nº de óbitos maternos (ocorridos até 42 dias após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em um determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos nesse mesmo período e local de residência x 100.000 E número de óbitos maternos para municípios	Estadual e Municipal	SIM/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados	Distribuição percentual de óbitos de mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos de idade - e maternos que foram investigados	Reflete a capacidade dos serviços de saúde de identificar e investigar os óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos notificados no módulo de investigação de óbitos do SIM/Total de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e maternos residentes x 100	Municipal	SIM	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Taxa de mortalidade em menores de 1 ano (mortalidade infantil)	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência.	Estima o risco de uma criança morrer durante o seu primeiro ano de vida. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. Esta relacionada ao acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno infantil.	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano x 1.000.	Municipal	SIM/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Taxa de mortalidade em recém-nascidos de 0 (zero) a 6 dias de vida (mortalidade neonatal precoce)	Nº de óbitos de recém-nascidos de 0 (zero) a 6 dias de vida num determinado ano e local de residência.	Estima o risco de um nascido vivo morrer durante os 6 primeiros dias de vida. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. Reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao recém nascido.	Nº de óbitos de recém-nascidos de 0 (zero) a 6 dias de vida em determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos nesse mesmo local e ano x 1.000.	Municipal	SIM/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Taxa de mortalidade em recém-nascidos de 7 a 27 dias de vida (mortalidade neonatal tardia)	Nº de óbitos de recém-nascidos de 7 a 27 dias de vida num determinado ano e local de residência.	Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o período dos 7 aos 27 dias de vida. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. Reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao recém nascido.	Nº de óbitos de recém-nascidos de 7 a 27 dias de vida em determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos nesse mesmo local e ano x 1.000.	Municipal	SIM/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual

Taxa de mortalidade em recém-nascidos de 28 dias de vida a um ano incompleto (mortalidade pós-neonatal)	Nº de óbitos de recém-nascidos de 28 dias de vida a um ano incompleto de vida num determinado ano e local de residência.	Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o período de 28 dias de vida a um ano incompleto. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. Reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao recém nascido.	Nº de óbitos de recém-nascidos de 28 dias de vida a um ano incompleto em determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos nesse mesmo local e ano x 1.000.	Municipal	SIM/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;	Distribuição percentual de óbitos infantis e fetais investigados	Reflete a capacidade dos serviços de saúde de identificar e investigar os óbitos de crianças menores de um ano e óbitos fetais	Número de óbitos de menores de um ano e fetais investigados/Nº total de óbitos infantis e fetais notificados x 100	Municipal	SIM	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente	Nº de crianças menores de um ano que receberam a vacina tetravalente	Reflete a capacidade dos serviços de saúde de captarem e vacinarem as crianças menores de um ano com a vacina tetravalente	Nº de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da vacina tetravalente (DTP-Hib) num determinado ano e local/Nº de nascidos vivos neste mesmo ano e local x 100	Municipal	SI-API/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Anual
Proporção de crianças em acompanhamento de puericultura	Distribuição percentual de crianças até 2 anos de idade que estão em acompanhamento de puericultura	Reflete a capacidade do serviço de saúde de captar as crianças até dois anos de idade para o acompanhamento de puericultura.	Nº de crianças até dois anos de idade acompanhadas pela puericultura num determinado período e local de residência/Nº total de crianças até dois anos de idade acompanhadas neste mesmo período e local x 1.000	Municipal	SIAB	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até 4 meses de idade	Distribuição percentual de crianças até 4 meses de idade acompanhadas e em aleitamento materno exclusivo	Reflete a capacidade do serviço de saúde de estimular o aleitamento materno exclusivo	Nº de crianças até 4 meses de idade acompanhadas e em aleitamento materno exclusivo em um dado local e período/Nº total de crianças até 4 meses acompanhadas no mesmo local e período	Municipal	SIAB	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer - faixas < 750g, 750 a 1499g e 1500 a 2499g	Distribuição percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer desagregado por faixa - < 750g, 750 a 1499g e 1500 a 2499g	Reflete a capacidade dos serviços de saúde de identificar e intervir em fatores de risco para o baixo peso ao nascer durante o acompanhamento pré-natal e no parto	Nº de recém-nascidos com peso ao nascer nas faixas de < 750g, 750 a 1499g e 1500 a 2499g em um determinado período e local de residência/Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100	Municipal	SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral

Proporção de recém-nascidos prematuros	Distribuição percentual de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas	Reflete a capacidade dos serviços de saúde de identificar e intervir em fatores de risco para o parto prematuro durante o acompanhamento pré-natal e no trabalho de parto	Nº de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer < 37 semanas em um dado período e local de residência/Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100	Municipal	SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes	Distribuição percentual de recém-nascidos filhos de mães com idade < 16 anos	Reflete a capacidade do serviço de saúde de garantir o acesso às ações do planejamento reprodutivo para os adolescentes	Nº de recém-nascidos filhos de mães com idade < 16 anos em um dado período e local de residência/Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local x 100	Municipal	SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Trimestral
Taxa de internação por doença diarréica aguda em crianças até 24 meses de idade	Taxa de internação por doença diarréica aguda em crianças até 24 meses de idade	Reflete a capacidade do serviço de saúde de garantir o acesso e acompanhamento das crianças, do nascimento até os 24 meses de idade	Nº de internações por diarreia aguda em crianças até 24 meses de idade em um determinado período e local de residência/População até 24 meses de idade no mesmo período e local x 10.000	Municipal	SIA-SUS	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Semestral
Proporção de crianças menores de um ano com teste do pezinho realizado	Distribuição percentual de crianças menores de um ano de idade que tiveram o teste do pezinho realizado	Reflete a capacidade do serviço de saúde de realizar o teste do pezinho - coleta e exame - em crianças menores de um ano de idade	Nº de crianças menores de um ano com o teste do pezinho realizado em um determinado período e local/Nº total de nascidos vivos no mesmo ano e local x 100	Municipal	SIA-SUS/SINASC	2011 - 2012 - 2013 - 2014 -	Semestral