



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD**

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA**  
**E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA**

**NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOU D**

**ATENÇÃO AS GESTANTES E CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

**Manaus**

**2017**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD**

INSTITUTO LEÔN  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazi

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA**  
**E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA**

**NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD**

**ATENÇÃO AS GESTANTES E CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

**Manaus**

**2017**



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔN  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazi

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA**  
**E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA**

**NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD**

**ATENÇÃO AS GESTANTES E CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em condições de Vida e Situação de Saúde na Amazônia- PPGVIDA como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

**Orientador: Prof.Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

**Manaus**

**2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

M235a

Maksoud, Nayara de Oliveira

Atenção as gestantes e crianças na Estratégia de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos no Brasil. / Nayara de Oliveira Maksoud. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

93 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima.

1. Atenção Básica – Brasil. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Pré-natal. 4. Gestantes. 5. Saúde da criança. I. Título.

CDU 614(81) (043.3)

CDD 362.820981

22. ed.

**Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 287**

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD

**ATENÇÃO A GESTANTES E CRIANÇAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia como requisito obrigatório para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública.

**Aprovada em: 25 de Outubro de 2017.**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Orientador

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Julio César Scweickardth. - Membro

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Joyce Mendes de Andrade. - Membro

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

## **DEDICATÓRIA**

Às minhas raízes, meu pai Ivan Maksoud e mãe Ceres Ione de Oliveira Maksoud. Aos meus amores, Germeson da Cruz Moraes de Souza e Samara Greta Maksoud Moraes.

## **AGRADECIMENTOS**

Cheguei ao fim de uma jornada e no começo de novos desafios. A conquista só foi possível por que ao meu lado caminharam comigo a família e amigos que em mim acreditaram, gostaria muito de agradecer a todos vocês.

Primeiro a Deus, obrigado por estar sempre ao meu lado, pela benção de cada dia e por sua proteção;

Ao meu pai Ivan e minha mãe Ceres, por sempre acreditarem em mim e terem dedicado a vida para o meu melhor. Muito amor envolvido em cada fase da nossa existência. As minhas irmãs que mesmo eu estando longe, fazem com que eu me sinta acolhida e especial;

Ao meu companheiro Germeson e minha filha Samara Greta que sempre me incentivaram e compreenderam a minha ausência. Esse mestrado é nosso, meus amores!!

Ao meu orientador Rodrigo Tobias pela oportunidade, convivência e aprendizado. A sua dedicação e respeito durante a nossa caminhada me lembra o escritor Rubens Alves quando diz que o voo não pode ser ensinado, mas encorajado. Obrigado por acreditar em mim. A você todo o meu respeito pelo seu exemplo como ser humano, pesquisador e profissional;

Aos doutores que durante o mestrado, me incentivaram, orientaram e compartilharam ideias, sonhos e conhecimento. Obrigado Dr. Júlio César Schweickardth, Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes, Dr. <sup>a</sup> Joyce Mendes de Andrade Scharamm, Dr. James Dean e Dr. Alcindo Antônio Ferla;

A Dr. Lubélia Freire, por ter sido a pessoa que mais me encorajou a começar e a continuar. Obrigado pela confiança, clareza, objetividade e a oportunidade em trabalhar ao seu lado;

Obrigado a minha amiga Angélica Marrochio pela amizade de uma vida. Juntas construímos uma bela história. Aos amigos Uziel e Solane pela atenção e

companheirismo quando mais precisei e aos demais amigos de PPGVIDA e servidores do Instituto Leônidas e Maria Deane. Valeu cada momento!

Aos colegas de trabalho da secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Aldeniza Souza, Geraldo Lopes, Adriana Elias, Francisca Sonja, Arianne Aquino, Celso Serrão, Neyla Bastos, Jair e em especial a Ângela Nascimento e Maria Auxiliadora Cruz, através dos quais eu incluo os demais servidores. Obrigada pelo incentivo, por entenderem a minha ausência em vários momentos e pela oportunidade que me foi concedida em me qualificar.

Meus sinceros agradecimentos!



Tenho consciência de ser autêntica e procuro superar todos os dias minha própria personalidade, despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois lutar é a palavra vibrante que levanta os fracos e determina os fortes. O importante é semear, produzir milhões de sorrisos de solidariedade e amizade. Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende!

## RESUMO

Os cuidados a gestante e a criança na atenção básica, tem um papel relevante na promoção da qualidade de vida desses grupos e é primordial na redução da morbimortalidade materna e infantil. O objetivo do estudo foi descrever a produção do conhecimento sobre os indicadores básicos de saúde das gestantes e crianças brasileiras, no contexto da estratégia de saúde da família, nas regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde, com ênfase no Programa Mais Médicos nos anos de 2013 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, sobre a produção de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, pertencentes ou não ao Programa Mais Médicos, a partir de dados secundários oriundos de dois sistemas de informação da Atenção Básica, SIAB, E-SUS, ambos de acesso público. Foram analisados indicadores da saúde da criança, tais como a Proporção de crianças menores de 1 ano com cobertura vacinal, Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo, razão de consultas médicas em menores de 1 ano e razão de atendimento de puericultura em crianças menores de dois anos. Os indicadores de saúde da gestante analisados foram a proporção de gestante cadastradas e acompanhadas, proporção de gestantes com vacina em dia, proporção de gestante com pré-natal no primeiro trimestre, proporção de gestante cadastrada de 10 a 19 anos. Os indicadores foram analisados considerando os parâmetros das principais evidências científicas. Os resultados evidenciam desempenho positivo nos indicadores de cobertura vacinal de 95%, e uma proporção de aleitamento materno de 75%, com o menor desempenho na região Nordeste e Capitais brasileiras. Consulta Médica em menores de 1 ano mais elevada nas equipes pertencentes ao Programa Mais Médicos e aumento de 47% nos atendimentos de Puericultura nas regiões mais pobres e de baixo IDH em 2014. Os resultados que perpassam pelas variáveis da atenção a gestante a assistência pré-natal, o estudo identificou, ampliação considerável no número de gestantes cadastradas e acompanhadas pela estratégia de saúde da família em 2014, alta proporção de gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos, com maior concentração deste grupo nas regiões de mais vulneráveis do país. A média de gestante com início do pré-natal no primeiro trimestre é de 84,61%, com menor desempenho nas capitais e região Norte e nas equipes pertencentes ao Programa Mais médicos. Ademais, verificou-se que o Programa Mais médicos, apresentou um efeito positivo na atenção à saúde da criança brasileira e oportunizou o acesso as gestantes a atenção pré-natal em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção básica; indicadores; saúde da criança; atenção pré-natal; Programa Mais Médicos.

## ABSTRACT

The care of pregnant women and the child in basic care is a relevant role in promoting the quality of life of these groups and is paramount in reducing maternal and infant morbidity and mortality. The objective of the study was to describe the production of knowledge about the basic health indicators of Brazilian pregnant women and children in the context of the family health strategy in the priority regions of the Unified Health System, with emphasis on the MaisMédicos Program in the years 2013 to 2014. This is an ecological, descriptive study on the work production of the Family Health Strategy teams, belonging to or not to the MaisMédicos Program, based on secondary data from two Primary Care information systems, SIAB, E-SUS, both of public access. Child health indicators were analyzed, such as Proportion of children under 1 year of age with vaccination coverage, Proportion of children 0 to 3 months with exclusive breastfeeding, ratio of medical consultations in children under 1 year of age and ratio of child care in children younger than two years. The health indicators of pregnant women analyzed were the proportion of pregnant women enrolled and monitored, the proportion of pregnant women with the vaccine in the day, the proportion of pregnant women with prenatal care in the first trimester, the proportion of registered pregnant women aged 10 to 19 years. The indicators were analyzed considering the parameters of the main scientific evidence. The results show a positive performance in the 95% medical consultation indicators, and a 75% maternal breastfeeding rate, with the lowest performance in the Northeastern region and Brazilian capitals, as well as the national parameter in the indicators of medical consultation and childcare in the teams belonging to the More Medical and Conventional Program. The results that go through the variables of attention to pregnant women the study identified, a considerable increase in the number of pregnant women registered and accompanied by the family health strategy in 2014, a high proportion of pregnant women in the age group of 10 to 19 years old, with a higher concentration of this group in the most vulnerable regions of the country. The average number of pregnant women with prenatal start in the first trimester is 84.61%, with lower performance in the capitals and in the Northern region and in the teams belonging to the MaisMédicos Program. In addition, it was verified that the More Doctors Program had a positive effect on the health care of the Brazilian child and gave access to pregnant women to prenatal care in priority areas for the Unified Health System.

**Keywords:** Primary care; indicators; child health; prenatal care; MaisMédicos Program.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
ESF	Estratégia de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PMA2	Produção e Marcadores
SSA2	Situação de saúde e acompanhamento da família na área
MM	Mais Médicos
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
EqSF	Equipe de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria na Avaliação da Qualidade
CEP	Comitê de ética em Pesquisa
APN	Atenção Pré-Natal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família.....p.39

Quadro 2: Indicadores de atenção a gestantena Estratégia saúde da Família.....p. 40

## LISTA DE TABELAS PRESENTE NOS ARTIGOS

Tabela 1. Indicadores de atenção à saúde da gestante das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de municípios nos anos de 2013 e 2014 no Brasil.....p.57

Tabela 2. Indicadores na linha de atenção à saúde da gestante das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de município nos anos de 2013 e 2014 no Brasil.....p.59

Tabela 1. Indicadores na linha de atenção à saúde da criança das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de município nos anos de 2013 e 2014 no Brasil.....p.80

Tabela 2. Indicadores na Linha de Atenção a Criança das Equipes de Estratégia de Saúde da Família segundo o tipo de equipe no período de 2013 a 2014.....p.82

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA .....	20
2.2 ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	22
2.3 SAÚDE MATERNO INFANTIL .....	25
<b>2.3.1 Políticas públicas de saúde da mulher no Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.2 Políticas Publicas de saúde da criança no Brasil .....</b>	<b>28</b>
2.4 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS .....	30
2.5 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	32
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>35</b>
<b>4 MÉTODOS E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>36</b>
4.1 ÁREA DE ESTUDO .....	36
4.2 TIPO DE ESTUDO .....	36
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	37
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	37
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	38
4.6 ANÁLISES DOS DADOS .....	41
4.7 ANÁLISES ÉTICA .....	41
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
Artigo 1: O Programa Mais Médico na atenção Pré-natal: Uma oportunidade de acesso para gestantes no Brasil .....	42
Artigo 2: Os efeitos do programa Mais Médicos na atenção à saúde das crianças brasileiras.....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde representa o principal lócus do acesso aos serviços de saúde pelos brasileiros, em especial nas idades iniciais e da gestação da vida. O Sistema Único de Saúde- SUS, através de seus princípios organizativos e doutrinários, permitiu a mudança da lógica nos modelos de atenção à saúde (CONASS,2003) e desde o início do processo de organização da atenção básica no desenvolvimento do Sistema Único de saúde, até o momento atual,está, vem sendo implementada para atuar frente às mudanças do perfil epidemiológico e demográfico que o Brasil vem sofrendo, sendo a estratégia de saúde da família prioritária para a sua reorganização (FIGUEIREDO,2012).

A proposta política para reorganizar a atenção básica, enxerga na Estratégia de saúde da família a oportunidade de ampliar o acesso e a qualificação da reorientação das práticas de saúde, principalmente ao considerar os seus processos de trabalho, fundamentados em território adstrito, equipe multidisciplinar, enfoque familiar e abordagem comunitária com base em tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, onde os seus princípios e diretrizes se sustentam em práticas cuidadoras resolutivas e qualificadas (SOUSA, MERCHAN-HAMANN,2009).

A implantação do programa de saúde da família (PSF) em 1994 até o avanço a proposta de estratégia de saúde da família (ESF), no ano de 2011, através da Portaria nº 2.488, que instituiu a nova política nacional da Atenção básica (PNAB), novos conceitos e a inserção de elementos ligados ao papel desejado da atenção básica na ordenação das Redes de Atenção à saúde, amplia a responsabilidade da estratégia de saúde da família, como organizadora e coordenadora do sistema de saúde e reconhece a sua importante articulação com os demais pontos de atenção e como pilar do Sistema único de saúde - SUS.

A expansão da estratégia de saúde da família, em conjunto com as melhorias nas condições sanitárias, sociais e a implantação do SUS, está associada ao impacto sobre a mudança na saúde de mães e crianças (UNICEF,2009; MACINKO, GUANAIS, SOUZA, 2006; VICTORA, 2011).Inclusive medidas sociais e econômicas consideradas mais atuais como os Programas de transferência de renda, onde



podemos destacar o Bolsa Família (RASELLA et al.,2013) e o aumento do salário mínimo (BRASIL,2013), trouxeram melhores condições de vida as famílias através da redução da pobreza e na oferta de serviços, tendo como um dos principais resultados a redução da morbimortalidade na infância (PAIM et al.,2011).

Desde a sua implantação, cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia de saúde da Família nos estados brasileiros, correspondeu a uma redução de 4,6% na mortalidade infantil, representando impacto mais significativo que outras intervenções, como a ampliação do acesso a água (2%), ou a ampliação de leitos hospitalares (1,3%) (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

O relatório nacional do acompanhamento dos objetivos do milênio demonstra que a taxa mundial de mortalidade na infância caiu 47% em 22 anos, o que significa que 17 mil crianças deixaram de morrer a cada dia, mas que há muito ainda a ser feito (IPEA,2014; BRASIL, 2013). A mortalidade perinatal, não foi reduzida satisfatoriamente e agora representa o maior desafio ao avanço do enfrentamento da mortalidade infantil no país. O Brasil ainda conta com disparidades de oferta de serviços e como consequências existem diferentes taxas de mortalidade infantil e materna entre as regiões brasileiras, o que reitera a importância da estratégia de saúde da família a continuar a se expandir (BRASIL,2009b; UNICEF,2009).

Mesmo sendo uma iniciativa potente e prioritária, a estratégia de saúde da família apresenta vários obstáculos para a sua consolidação e ampliação da expansão. A rotatividade ou não fixação de profissionais de saúde na estratégia de saúde da família é um problema que vem se tornando comum e cada vez menos sustentável, em todas as regiões do Brasil, e afeta diretamente o acesso aos serviços de saúde (ESCOREL,2007).

A estratégia de Saúde da família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado(CAMPOS,2002). A organização da atenção básica atua através de um cuidado baseado na atuação de profissionais de distintas formações, sendo de fundamental importância à atribuição de cada categoria(MENDES, 2012), para garantir princípios como o vínculo, continuidade e longitudinalidade do cuidado, responsabilização e humanização (SISSON,2007).

Dentre os profissionais que compõe uma equipe multidisciplinar, o médico é um dos profissionais que se destacam pela dificuldade de fixação, sendo um problema que vem permeando o setor saúde (BRASIL, 2010). Em uma pesquisa realizada em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) sobre saúde, mostram que 58,1% das respostas de usuários do SUS, indicaram a falta de médico como o principal problema, e que do ponto de vista da oferta à relação médicos por população em idade ativa a maior presença de profissionais médicos está concentrada nas Regiões Sul e Sudeste.

A inserção do médico de forma estável na equipe de saúde oportuniza a capacidade de resposta da equipe de saúde, de acordo com os preceitos da estratégia de saúde da família. Processos de trabalho voltados a gestante e a criança, ressaltam a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, inclusive do profissional médico, que possui atribuições específicas e, possibilita a resolutividade e a integralidade da assistência prestada, garantindo a atenção à mulher em seu ciclo gravídico puerperal e o desenvolvimento da criança de zero a menor de cinco anos, além de prevenir a morte materna e infantil (MOLINA,2014).

O Sistema Único de Saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, através da lei 12.871 de 22 de outubro de 2012, instituiu o “Programa Mais Médico” (PMM), com o objetivo de atuar em três eixos prioritários com ações para enfrentar a falta de médicos, melhorar a formação médica e a infraestrutura das unidades de saúde, além de buscar a redução das desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços da atenção básica, sendo o provimento de médicos considerado o mais emergencial do programa, a partir da definição de áreas prioritárias de acordo com um conjunto de critérios.

O provimento e a fixação de médicos a partir do PMM realça o olhar para uma das profissões mais antigas do mundo. Deparamos-nos no século XXI, com carência desses profissionais em áreas prioritárias, onde a sua presença é mais necessária. Travassos (2006) ao avaliar o padrão de desigualdade no Brasil, demonstra como a condição social das pessoas e o local aonde residem, influencia no acesso a assistência à saúde, e afeta tanto crianças como adultos.

Todos os documentos que instituem e definem o programa Mais Médicos sejam eles de natureza legal ou normativa evidenciam o problema de escassez e da desigualdade na distribuição de médicos pelo país (BRASIL,2015). E o Programa

objetivou enfrentar o principal obstáculo na efetivação do SUS, que é o fortalecimento da Atenção básica(CAVALCANTI; CORDEIRO,2015).

O provimento de médicos a partir do PMM, lançado pelo Ministério da Saúde oportuniza a concepção do SUS a lugares onde a sua presença era inexistente ou precária, devido a barreiras geográficas, socioculturais e extrema pobreza (MOLINA, 2014; FERLA et al., 2015; BRASIL, 2015), bem como em locais com aglomerados urbanos e crescimento desordenado que possuem condições precárias de moradia e saneamento como é a realidade de algumas capitais brasileiras (CAMPOS et al., 2002).

O grau de investimento tanto financeiro como técnico no Programa Mais médico no eixo provimento em locais com taxonomia de classificação vulnerável, objetiva buscar uma melhor capacidade de resposta dos serviços de saúde, intervindo sobre os determinantes sociais da saúde, ampliar o acesso, reduzir tempo de espera e garantir atenção, atuando principalmente com foco nos indicadores prioritários na atenção básica, como a atenção materna infantil (BRASIL,2015).

Entre os principais achados sobre o programa mais médicos, os dois anos de implantação possibilitou um crescimento no número de médicos de 12,7%, com destaque para as regiões norte e nordeste, período em que a população brasileira apresentava tendência ascendente de crescimento populacional de 3,7%(BRASIL, 2015).

A cobertura da atenção básica que nos últimos anos estava passando por um período de estagnação e inclusive declínio da cobertura, no período entre 2013 a 2015 a população coberta pela ESF aumentou em 8,3 pontos percentuais, o que corresponde a um aumento de 15,7%, em relação à população coberta em 2013, ampliando a assistência básica para mais de 19,06 milhões de brasileiros, sendo as regiões Norte e Nordeste as que registraram os maiores aumentos na proporção estimada da cobertura de ESF (RIBAS, 2015).

Assim, é premente o desenvolvimento de estudos avaliativos sobre os efeitos do programa supracitado que fomentam e fortalecem a atenção básica no Brasil, a partir de análise da produção médico-ambulatorial junto a mães e crianças atendidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Sendo que a pergunta que conduz a presente pesquisa consiste: Que efeitos do programa mais médicos

imprimiram na atenção básica brasileira em relação à saúde de gestantes e crianças menores de dois anos em regiões brasileiras consideradas prioritárias ou de grande vulnerabilidade social?

Diante do exposto, o conhecimento sobre a produção do trabalho na atenção materno-infantil junto às equipes da estratégia saúde da família torna-se relevante para inferir sobre o fortalecimento da atenção básica no Brasil, de forma mais específica nas regiões brasileiras prioritárias determinadas pelo PMM de 2013 a 2014.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

Ao discutir e descrever a atenção básica no Brasil, não se pode iniciar pela Portaria da Atenção básica publicada em 2011, pois seria um grande equívoco com a história das políticas públicas do país. Mendes(2012) destaca a história da atenção primária, através dos ciclos de desenvolvimento, tendo o primeiro ciclo iniciado no século XX, com os chamados centros de saúde, que dividiam a sua oferta entre a saúde pública e os serviços médicos. A criação do serviço especial de saúde pública-SESP nos anos 40 marca o segundo ciclo e foi pioneiro na criação de unidades de APS que articulavam ações preventivas e curativas.

Por volta dos anos 60 o serviço de saúde manteve a mesma origem do modelo sepiano, mas com uma forte incorporação da atenção médica voltada ao grupo materno infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. Iniciam-se também neste período os programas de saúde pública. O quarto e o quinto ciclo, trazem para o cenário da saúde pública a APS seletiva com o objetivo de extensão de cobertura, que aconteceu com a ajuda do Programa de Interiorização de ações de saúde e saneamento(PIASS) e concomitantemente nos anos 80 com as Ações Integradas de Saúde (AIS). O sexto ciclo se deu a partir do Sistema único de Saúde-SUS e concretizado a partir da municipalização das unidades de saúde(MENDES, 2012).

A Instituição do Sistema Único de saúde- SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, onde o seu princípio fundamento está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988) e que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização da saúde no Brasil. Os princípios finalísticos e estratégicos dos SUS, Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a Participação social, implicam na formulação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população (TEIXEIRA,2010).

O SUS com seus princípios acima descritos e institucionalizados demonstrou a fragilidade de um programa de atenção seletiva e a necessidade do fortalecimento da Atenção primária a saúde, que se deu a partir da implantação do Programa de saúde da família- PSF, marcando o sétimo ciclo da 'atenção primária a saúde (APS), a proposta do PSF vem de encontro a relevância do princípio de integralidade do SUS, indo além da expansão de um programa seletivo, mas desenvolvido com qualidade e como estratégia de organização.

Os ciclos de desenvolvimento narrados, trazem o termo atenção primária a saúde (APS), inerente ao período histórico que antecede o movimento da reforma sanitária, e a partir dos anos 90 com a proposição de reorganização do sistema de saúde, os instrumentos e normas oficiais do Ministério da saúde incorpora o termo Atenção básica, representando as duas terminologias, o primeiro nível de atenção à saúde (GIL, 2006). Mesmo reconhecendo a distinção entre os dois vocábulos, e pôr utilizar referências bibliográficas que trazem as duas expressões e não ser objeto de estudo essa discussão semântica, esta dissertação trás as duas expressões, considerando sempre o contexto em que ela está inserida.

Ao longo da sua construção a atenção básica apresenta características de um conjunto bastante diversificado de ações individuais e coletivas, como a promoção da saúde, prevenção da doença, e de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, onde se dá, ou deveria se dar o primeiro contato dos pacientes com o sistema e com capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde da população, o que reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade (LAVRAS, 2011; OMS, 2008).

O fortalecimento da atenção básica frente aos desafios impostos pelo perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população, faz com que em 2011 a PNAB introduza a APS como a coordenadora e ordenadora das Redes de Atenção à saúde, ao considerar as redesuma das principais estratégias atuais para a consolidação do SUS, na expectativa dos serviços de saúde cumprir o princípio da integralidade e reforça o papel estruturante da ABS no sistema de saúde. A Proposta avança de programa de saúde da família para estratégia de saúde da família, na busca pela ampliação do acesso, na reorientação das práticas de saúde e com o pressuposto do trabalho multiprofissional e como um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

## 2.2 ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

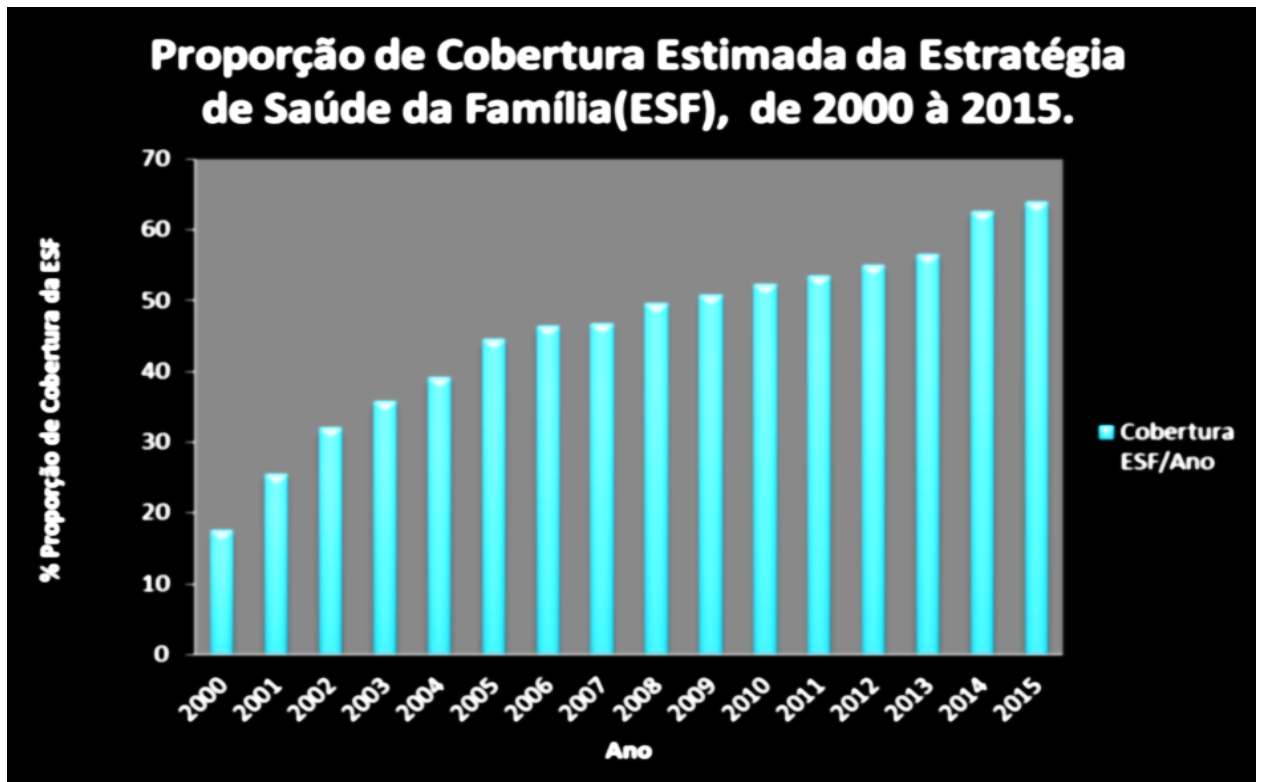
O Programa de Agentes Comunitários de saúde- PACS, constituído por enfermeiro e Agentes comunitários de saúde, nasceu em 1991 com a responsabilidade de atuar frente à redução da mortalidade materna e infantil principalmente nas regiões Norte e Nordeste e posteriormente foi expandido pelo restante do país. Em 1994 fruto dos resultados positivos do PACS e com incorporação de outras categorias profissionais nasce o programa de saúde da família-PSF (ROSA; LABETE, 2005).

O Programa saúde da Família- PSF começa a fazer parte do cenário Nacional em 1994, mesmo com essa denominação, não corresponde à concepção usual dos demais programas de saúde, pelo contrário, ao ser implantado, as características do seu processo de trabalho objetiva integrar os diversos programas frente às demandas a serem trabalhadas. O PSF nasce com o olhar voltado para a família, tendo a missão de ser porta de entrada dos serviços de saúde e com potencial para resolver 85% dos problemas de saúde da população, e considerado um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (ROSA; LABETE, 2005; ESCOREL, 2007).

Com o Programa de saúde da família implantado, surgem inúmeras discussões relacionadas às características do modelo proposto, sendo o pensamento de alguns sanitaristas ser o PSF um programa pontual, de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado a clientela específica e focalizado em regiões pobres. Em contraposição, demais autores ao considerar os anos de implantação, mostram as evidências da sua contribuição para a diminuição de iniquidades e ampliação do acesso (SOUSA, MERCHAN-HAMANN, 2009).

Em 2011, com a atualização de conceitos e a organização do sistema de saúde em redes de atenção à saúde- RAS, a estratégia de saúde da família, vem desenhada e proposta a partir de novos elementos, que a coloca no campo da saúde pública de forma mais robusta, fortalecida e desafiadora, e assume o seu verdadeiro papel de estratégia e não mais de programa (BRASIL, 2011).

Figura 1- Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, no período de 2000 a 2015.



Fonte: Brasil, 2016.

Tendo como papel fundamental a porta de entrada dos serviços de saúde, a ampliação do acesso foi alavancada a partir da estratégia de saúde da família, que teve um marco de expansão a partir do ano 2000, conforme figura 1 apresentada, com diferentes coberturas entre as regiões e porte populacional, onde segundo a PNAD (2008), 50,9% da população estavam coberta pelo programa, e de 2008 a 2013, houve ampliação de 10,3% da cobertura nacional (MALTA, 2016). Mas as distinções de expansão, dinâmicas de processo de cuidados, acesso e gestão, não só entre as regiões do país, mas entre os municípios de uma mesma região, é uma realidade no Brasil e interfere no acesso e na dinâmica dos serviços de saúde (MALTA, 2016).

Com relação às características de trabalho desenvolvido na estratégia de saúde da família, as equipes devem atuar a partir de um território adscrito, com equipe multidisciplinar, que possibilita a integralidade da atenção, o planejamento descentralizado, às ações programadas e articuladas entre as atividades de promoção e uma assistência resolutiva. Além disso, a busca por relações de vínculo entre a equipe de saúde e a população, o despertar do autocuidado, e o processo de



planejamento local da oferta de serviços pela gestão são considerados primordiais. (BRASIL, 2006).

A composição da equipe multidisciplinar que compõe a ESF é composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ser ampliado com o cirurgião-dentista, auxiliar ou Técnica de Saúde Bucal e cobre um total de 3000 a 4000 pessoas em território adscrito. Dentre as modalidades das equipes de saúde da família, as de tipo 02 são aquelas que possuem uma jornada de trabalho dos profissionais das equipes igual a 40 horas semanais de acordo com os horários e dias de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde – UBS (BRASIL, 2011).

Em 2011 a nova PNAB possibilita a equivalência de carga horária aos profissionais médicos, desde que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Após 22 anos de implantação da estratégia de saúde da família, existem ainda muitos desafios. Um deles compreende o aumento da cobertura universal dado um contexto diferenciado e de muita desigualdade socioeconômica entre as regiões brasileiras. Mesmo com a expansão da estratégia de saúde da família, ainda encontramos nitidamente no País a heterogeneidade de modelos assistenciais implantados, com destaque para os municípios de grande porte, acima de 500.000, mil habitantes como as capitais brasileiras, que tem o modelo tradicional como predominante, situação que dificulta a consolidação da estratégia de saúde da família no país (CAMPOS, 2002).

Outra realidade, segundo Sousa; Merchan-Hamann (2009) em locais que a ESF não está consolidada, como nos municípios de pequeno porte, enfrentam-se obstáculos na resolutividade da atenção pela ausência de uma rede regionalizada de referência e contra referência de serviços assistenciais.

O SUS é percebido pela população um dos bens sociais mais bem avaliados. O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) realizou uma pesquisa domiciliar junto às famílias brasileiras, no ano de 2010, com a finalidade de avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e incluiu, também, perguntas sobre planos e seguros privados de saúde.

Dentre as percepções sobre os cinco tipos de serviços prestados pelo SUS, a estratégia de saúde da família foi o serviço mais bem avaliado, onde 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim (IPEA, 2011).

## 2.3 SAÚDE MATERNO INFANTIL

Desde o início do século XX, a saúde materna infantil esteve presente nas ações de saúde pública. Os diversos programas implantados sempre tiveram como objetivo principal a redução da mortalidade materno infantil, onde todas as estratégias pensadas e executadas estão diretamente relacionadas à história da política do País (SANTOS NETO et al., 2008; CASSIANO et al., 2014).

A estratégia adotada no Brasil atualmente para garantir à integralidade na atenção a mulher e a criança é a Rede Cegonha, implantada no ano de 2011, e normatizado pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Anterior a esta proposta a atenção à mulher e a criança passaram por diversas estratégias de políticas públicas, embalados pelos movimentos políticos.

### 2.3.1 Políticas públicas de saúde da mulher no Brasil

Nos anos 70 era expressiva a participação de mulheres nos movimentos sociais urbanos, com o início da mulher como um novo sujeito coletivo, levando para o espaço público temas importantes como a saúde e dialogando com os demais movimentos sociais assuntos como a extensão de cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, até a formulação de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher (SANTOS NETO et al., 2008).

Com o início dos movimentos pela democratização no país, o movimento feminista nos anos 80, influenciou no olhar da sociedade sobre a mulher, e ampliou os

cuidados a saúde para todo o ciclo da vida e não somente na gravidez, em contraposição ao governo Vargas em que a mulher era vista apenas como fonte de reprodução, na busca por uma raça humana de qualidade, mas excluída de direitos social e econômico e sem condições de um bom desenvolvimento gestacional(SANTOS NETO et al., 2008; CASSIANO et al.,2014).

Após abertura para diálogos entre o Estado, profissionais de saúde e movimento feminista, o Ministério da Saúde implanta na década de 80 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que pela primeira vez considerou em suas diretrizes as ações integrais a saúde da mulher indo desde a prevenção e promoção aos cuidados assistências em saúde, e trouxe em seus conceitos a humanização da atenção, com enfoque protagonista as questões psicológicas, sociais,sexuais, ambientais e culturais, em contramão a conduta biologicista e medicalizadora hegemônica nos serviços de saúde na época(CASSIANO et al., 2014; SANTOS NETO et al., 2008; BRASIL, 2004).

Após três décadas da implantação do PAISM, o Brasil ainda tinha muito a avançar na atenção à saúde da mulher, principalmente porque por mais bem estruturado que o programa estivesse, ele não alcançou a homogeneidade necessária em todo o território brasileiro, e por mais que os índices de mortalidade materna e infantil tivessem melhorado ainda se encontrava aquém do esperado. (CASSIANO et al.,2014), mas foi um marco na história da saúde da mulher ao nortear as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras como afirma Santos apud Osis(1998).

A estratégia de saúde da família nos anos 90, concebida como de reorganização da atenção básica e um importante mecanismo de mudança nas práticas e na atenção à saúde da população (BRASIL, 2009), buscou uma nova proposta de processo de trabalho, voltada para as novas necessidades da situação de saúde da mulher no Brasil. A partir dos seus fundamentos e diretrizes a ESF aproxima a comunidade da equipe de saúde de acordo com a da realidade vivenciada no território, na tentativa de proporcionar a real mudança do modelo assistencial para a atenção à mulher.

Em 2000 o Ministério da Saúde lança através da Portaria /GM nº 569, junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como objetivo dotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e

da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal. O lançamento dessa política marca a humanização como um dos principais princípios a serem trabalhados e o enfoque voltado a qualidade da assistência (BRASIL, 2000; CASSIANO et al., 2014).

As desigualdades regionais no Brasil na atenção à saúde da mulher após a implantação dessas políticas ainda eram notórias, onde as altas taxas de morbimortalidade encontradas se configuraram como uma violação dos Direitos Humanos e um grave problema de saúde pública, principalmente pelo fato de que as maiores taxas eram encontradas nas classes sociais com menor ingresso ao serviço e acesso aos bens sociais. O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004 traz um olhar para a importância de romper a barreira de que as mortes em mulheres no ciclo gravídico é apenas uma fatalidade.

O Pacto além de trabalhar com metas específicas de redução de mortalidade materna e neonatal, e das altas taxas de cesarianas, que em 2008 essas cirurgias representaram 35% dos nascimentos pelo Sistema Único de Saúde em contraposição aos 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Pacto enfatiza que as mortes de mães e crianças estão condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político e pela ausência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (VICTORIA, 2011; BRASIL, 2004).

Após todas as estratégias trabalhadas no país a partir dos anos 80, e com avanços significativos, mas ainda com grandes desafios, fica claro que no Brasil a morbimortalidade materna é um processo complexo e multifatorial. A razão de mortalidade materna e neonatal mesmo com sub-registro, são cerca de cinco a dez vezes maiores que as descritas em países de alta renda, o que leva a necessidade de continuar a buscar estratégias para a melhoria da qualidade na atenção a mulher e a criança (VICTORIA, 2008; CASSIANO et al., 2014; BRASIL, 2004).

A rede cegonha atual proposta em vigor no País e parte da política das Redes de Atenção à Saúde (RAS) visa superar o sistema de saúde fragmentado vigente, tendo a política de saúde da criança prioridade na atual conjuntura do sistema de saúde do país, e busca estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil tendo como componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico que envolve uma rede de cuidados com vistas

a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança, segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO, 2014).

Um conjunto de ações que perpassam pelo acesso ao pré-natal de qualidade, serviço de referência ao parto, com acolhimento adequado e em tempo oportuno, conduz a uma melhora no indicador de mortalidade materna e neonatal. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exame aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (SILVEIRA et al., 2001).

Melhorar a saúde materna é o quinto Objetivo do Milênio, a partir de um compromisso global sobre os principais desafios do desenvolvimento e os impactos sobre o progresso de homens e mulheres. A redução da mortalidade materna geralmente está associada à atenção qualificada ao parto e à assistência obstétrica de emergência e também ao acesso a serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar, sendo a rede cegonha uma das políticas que se destaca na busca pela melhoria do acesso e da qualidade da assistência (IPEA, 2014).

### **2.3.2 Políticas Públicas de saúde da criança no Brasil**

A história da saúde da criança no Brasil, também sofreu influências dos acontecimentos políticos do país. A criança ocupou diferentes posições na sociedade, sendo primeiramente excluída da sociedade pelo estado e pela família, que não a olhavam como um ser com necessidades singulares. No século XI a criança enfrentou um período difícil e doloroso por terem a característica de agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos, e muitas vezes abandonadas em hospitais e abrigos. Viviam em condições sanitárias precárias e com déficit nutricional, onde nesta época a alimentação e vestes ao adulto era prioridade, o que contribuiu sobre maneira para o adoecimento e acentuada morbimortalidade infantil (ARAÚJO, 2014).

A Santa Casa de Misericórdia, além de cuidar dos doentes, começou a receber crianças que eram abandonadas em dispositivo denominado “roda” onde quem

recebia a criança não conseguia identificar quem a estava abandonando, utilizada como um meio legítimo de abandono, onde muitas também morriam por falta de condições mínimas. A história da criança abandonada brasileira se dividiu em três fases, a saber, Caritativa, até meados do século XIX; Filantrópica, até a década de 1960 e Estado do Bem Estar Social, últimas décadas do século XX, fase está em que a criança torna-se sujeito de direito. As transformações na sociedade e o modo como às famílias olhavam as crianças foram se transformando ao longo do século, onde mudanças nos índices de mortalidade infantil só foram possíveis com a elaboração de políticas e investimento do estado na saúde materno infantil (ARAÚJO, 2014).

As ações implantadas pelo Ministério da Saúde através do programa de atenção à saúde da criança (PAISC) nos anos 80, priorizou as ações básicas com comprovada eficácia com vistas à redução da morbimortalidade infantil, o que representou um conjunto de ações integradas que se transformaram em programas de saúde como o Programa Nacional de Imunização (PNI), o de Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientações para o Desmame (PIAM); o de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PVCD); o de Assistência e Controle das Doenças Diarreicas (TRO) e o de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA). Com a implementação do PAISC a mortalidade infantil caiu de 70.9 para 47.6 por 1000 NV, no início dos anos 1990 (CABRAL, 2003; BARROS et al., 2010; VICTORA et al., 2000, 2011).

A implantação da Estratégia de saúde da Família se mostrou um campo à incorporação da estratégia Atenção Integrado às doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI), tendo como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, enfocando as infecções respiratórias agudas, diarreia, malária, desnutrição e anemia, muitas vezes associadas, salientando também os agravos resultantes do desmame precoce e da baixa cobertura vacinal, encontrados frequentemente entre as camadas mais carentes da população, principalmente em decorrência da diversidade regional existente no país (FIGUEIRAS, 2005; VICTORA et al., 2011).

Em 2004, o MS também lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o intuito de fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância. Para aprimorar tais ações, o MS

propôs linhas de cuidado, as quais permitiram uma visão ampliada dos usuários em todas as dimensões (NOVACZYK,2008).

As transformações em cada período histórico envolveram avanços do conhecimento técnico-científico do comportamento da sociedade diante da criança, e na formulação de novas políticas públicas, sendo a ESF reconhecida como uma das mais efetivas políticas na redução da mortalidade infantil (MALTA, 2016).

## 2.4 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Algumas tentativas de programas foram implantadas pelo Estado Brasileiro para enfrentar a questão provimento de profissionais de saúde em regiões de difícil acesso.

No Brasil, a interiorização de profissionais surgiu com o projeto Rondon levando estudantes a atuarem em locais de difícil acesso, expandindo ações e serviços de saúde. Ainda neste período, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), responsável pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial de várias localidades carentes de atendimento à saúde, defendendo a interiorização de uma equipe mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização deste atendimento concebido enquanto direito universal (MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO; SOUSA, 2013).

Em 2011, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde instituíram a Portaria Interministerial nº 2.087 que tratava do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Este programa, ainda vigente no país, tem como objetivo ampliar o acesso à saúde à população de municípios pequenos e de maior vulnerabilidade social, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, em contrapartida, o programa promove o aperfeiçoamento profissional, vínculo profissional-paciente, diminuição da rotatividade profissional por tempo de três anos e, além disso, disponibiliza pontuação diferenciada de acordo com o tempo de serviço no programa para a residência médica.

Ainda com a necessidade de suprir o déficit de profissionais médicos nessas áreas brasileiras, o Brasil tem priorizado a agenda da interiorização desses profissionais. A demanda de médicos formados no Brasil foi insuficiente de prover o SUS e, sendo assim, foi necessária a oficialização da abertura de vagas para médicos brasileiros com formação fora do país e estrangeiros que atuasse especificamente na atenção básica (BRASIL, 2015).

O Programa Mais Médico teve sua origem pelas manifestações populares que ocorreram em 2013. A falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, ocorrido em janeiro do mesmo ano (OLIVEIRA et al., 2015). Aliada a essa questão, manifestações populares de combate à corrupção, principalmente, levou brasileiros às ruas exigindo saúde e serviços públicos de qualidade, gerando um intenso debate na sociedade sobre as políticas públicas. No campo da saúde, uma medida tomada pelo ainda governo de Dilma Rousseff foi a promulgação da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médico (CEBES, 2013).

O PMM surge com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) através do fortalecimento da educação permanente, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, reduzindo as desigualdades regionais na área da saúde fortalecendo a atenção básica (BRASIL, 2013). Segundo Oliveira et al. (2015) o programa foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado ‘Projeto Mais Médicos para o Brasil’ (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.

Além disso, foi desenvolvido como resposta à constatação de que a falta de profissionais médicos e déficits de acesso e qualidade na atenção básica são problemas que dificultam avanços no SUS. Além desta escassez, há uma grande desigualdade na distribuição de médicos no território nacional. Segundo dados do Ministério, a realidade na maior parte das Unidades da Federação (81%) tinha uma densidade de distribuição de médico por habitante abaixo da média nacional (COLLAR et al., 2015). A comparação da densidade de médicos no Brasil, em relação



a outros países, mostra que diversos países da região das Américas e outros países com sistemas universais têm densidade de médicos maior do que o Brasil, indicador que permite aproximação com o provimento e a fixação desses profissionais nos serviços de saúde, em particular em regiões com menor índice de desenvolvimento econômico, com menor urbanização e com menor renda (COLLAR et al., 2015; FERLA et al., 2015; CAMPOS, 2015).

Após quase três anos de implantação do Programa Mais Médicos, relatórios do governo Federal apontam para a adesão de 81 % dos municípios do país, com a fixação de 18.240 médicos do programa, em mais de 4000 mil municípios e com prioridade para as localidades com carência de médicos, cumprindo assim com um dos objetivos do eixo provimento.

Todas as regiões geográficas do país tiveram mais de 60% de seus municípios contemplados, sendo que dentre as regiões geográficas brasileiras, a Norte foi a que, proporcionalmente, teve o maior número de municípios recebendo médicos (82,2%), sendo seguido pela região Nordeste, com 78,2% de seus municípios contemplados. Em relação à cobertura da ESF entre 2013 e 2015, houve uma expansão 4,2 pontos percentuais, demonstrando os efeitos positivos do PMM na cobertura da ESF todas as grandes regiões (RIBAS, 2015).

## 2.5 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A informação em saúde além de contribuir para a produção de conhecimento propicia análise situacional do quadro sanitário de uma população, abrangendo informações do processo saúde/doença e subsidiando a busca para um melhor desempenho dos serviços de saúde. Os sistemas de informação em saúde são potenciais instrumentos para organizar a análise dos dados e a definição de problemas contribuindo na avaliação do impacto dos serviços ofertados na saúde da população (BRANCO, 1996).

Muitas são as críticas que permeiam o fluxo das informações entre as três esferas de governo, devido à produção e a utilização da informação estar concentrada no âmbito federal e estadual, sem a participação dos municípios, devendo ser este não apenas um mero coletor de dados, mas atuar na coordenação, produção e organização da informação em sua região, além de serem sistemas fragmentados, levando a incompatibilidade entre eles, e a ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos (SILVA, 2005).

A consolidação da implantação do sistema único de saúde, e o surgimento dos programas de agentes comunitários de saúde e da estratégia de saúde da família como modelos estratégicos de organização da atenção básica, dinamizaram o processo de trabalho nas unidades de saúde, levando a concepção de uma ferramenta de gerenciamento das ações locais de saúde. O Sistema de informação da atenção básica (SIAB) foi implantado em 1998, tendo como característica ser um sistema territorializado, onde os dados são gerados pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, produzindo indicadores que permitem analisar o perfil epidemiológico, demográfico e social da população, possibilitando o monitoramento das ações locais e a gestão das prioridades em saúde (BITTAR et al., 2010).

O SIAB é constituído de instrumentos de coleta de dados, que abrangem o cadastro da família, o acompanhamento de grupos prioritários e registro das atividades diárias, que quando agregados e consolidados, possibilitam após o seu processamento a construção de indicadores demográficos e sócios sanitários, indicadores de produção, acompanhamento e avaliação sobre a oferta de serviços e a ocorrência de doenças.

O SIAB é uma potente ferramenta e sua concepção considerou ser este um sistema que devesse apresentar características de acordo com o processo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como conceitos o território, problema e responsabilidade sanitária.

A partir da publicação da Portaria GM 648 de 28 de março de 2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. As informações referentes às equipes de saúde da família foram integradas ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), ampliando as análises proporcionadas pelo CNES, proporcionando um importante instrumento de análise pela gestão.

Para a melhoria da coleta e uso de informações, bem como a modernização do sistema de gerenciamento de informações no campo da atenção básica, foi instituído o sistema de informação em saúde para a atenção básica (SISAB). O novo sistema tem como objetivo gerir informações de produção ambulatorial do cotidiano dos serviços dos membros das equipes de saúde da família e para outras modalidades, tais como o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde. Além disso, se tornou o sistema de informação vigente para fins de financiamento e adesão a programas., a partir de 2016, garantida pela transição do SIAB para o SISAB (BRASIL, 2013).

Dentre as estratégias de implementação da informação da atenção básica O e-sus Atenção Básica (e-susAB) tem a finalidade de reestruturar as informações da Atenção básica em nível nacional, qualificando a gestão da informação a qualidade no atendimento à população. Para facilitar o registro e monitoramento das informações do Programa Mais Médicos agregou-se à estratégia e-sus. O e-sus Mais Médicos, que é a (Estratégia e-sus AB) das atividades dos médicos/as do Programa, que através da Portaria 256 de 19 de fevereiro de 2014, institui o uso do e-sus Mais médicos a todos as equipes que tenham o profissional mais médico inserido na equipe.

Assim, o presente trabalho analisará os dados do SIAB, considerando o período de estudo de 2013 a 2014, momento em que o sistema de informação estava vigente em grande parte das equipes da estratégia de saúde da família, somada a consolidação do PMM no Brasil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar os efeitos do programa mais médicos na atenção básica por meio da produção ambulatorial referente à atenção materno-infantil, produzidos pelas equipes da estratégia de saúde da família das regiões prioritárias para o SUS, nos anos de 2013 a 2014.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil de atendimento das equipes de saúde da família às gestantes na atenção básica brasileira;
- Descrever o perfil de atendimento médico e das equipes de saúde da família às crianças de zero a menor de dois anos na atenção básica brasileira.

## 4 MÉTODOS E ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

### 4.1 ÁREA DE ESTUDO

Diante dos critérios apresentados pelo programa Mais Médicos, este estudo teve como cenário as equipes de saúde da família atuantes nos municípios prioritários do SUS com o Programa Mais Médico implantado, considerando que o estudo de Lima et al. (2016) evidenciou disparidades de produção das equipes com profissional mais médico nestas regiões.

Este trabalho constitui-se como parte integrante do estudo em desenvolvimento denominado: “A Atenção básica no Brasil e o “Programa Mais Médico”: Uma análise de indicadores de produção”, desenvolvida por uma rede de pesquisa interinstitucional, tendo como integrantes o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – ILMD/Fiocruz (AM), Universidade Federal do Amazonas, Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz (RJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, com uma abordagem quantitativa, cuja unidade de análise foi a produção mensal de equipes pertencentes ou não pertencentes ao PMM inseridas na ESF nos anos 2012 a 2014 em relação à linha de cuidado da atenção materno-infantil. Foram analisados dados secundários, oriundos dos sistemas de informação da atenção básica (SIAB), dados eletrônicos do e-sus, considerando as tabelas “produção”, “SSA2”, “Complementar”, disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica e pela Secretaria de Gestão e Educação pelo Trabalho (SEGETES) do Ministério da Saúde.

### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo considerou as 5 regiões brasileiras e os estratos de municípios participantes do Programa Mais Médicos, nos anos de 2013 e 2014, tais como os 1.334 municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, 93 áreas censitárias classificadas como G100, 26 capitais, 2.280 municípios pertencentes às regiões metropolitanas e 1.408 classificados como demais municípios. Foram consideradas as produções mensais das equipes de estratégia de saúde da família com (MM) e sem o profissional “Mais Médico” (NMM) cujo regime de trabalho seja de 40 horas semanais, pertencentes às regiões prioritária do SUS: Capitais e 20% dos municípios considerados mais pobres do Brasil (BRASIL, 2016).

### 4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização desta etapa, foi estabelecida uma ordem de procedência nos sistemas: primeiro o SIAB e segundo e-sus. Para a realização desta etapa foi considerada a chave de ligação entre tabelas constituída pelos códigos do município, códigos da unidade de saúde, os códigos da área de abrangência e, por fim, o ano e mês de produção para os bancos em questão. A partir da unificação do banco de dados, foi criada uma variável dicotômica, de forma a identificar a equipe que possui ou não o profissional MM.

Para minimizar os erros de coleta e notificação ou digitação encontrados, critérios de consistência foram atribuídos, de forma a garantir maior confiabilidade dos dados referentes à produção ambulatorial da atenção básica com enfoque na atenção materno-infantil. Desta forma, foram utilizados dois tipos de critérios de consistência, sendo para:

- 1) Os critérios referentes a cada variável de estudo: que atende aos critérios de mínimos e máximos valores pertinentes ao trabalho do profissional médico. O critério para cada variável de atendimento e de consulta foi estimado 99% como limite superior e admitiram-se como limite inferior os valores diferentes de zero, pois entendemos que incorpora o cotidiano dos serviços na estratégia saúde da família e a diversidade das regiões brasileiras.

2) O critério de consistência de cada variável de população admitiu-se os percentis 2,5 e 97,5 como limites inferior e superior aceitáveis.

#### 4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Para este estudo foram analisados os indicadores construídos a partir das variáveis extraídas do sistema oficial da atenção básica- SIAB, sendo quatro (4) indicadores da atenção à saúde da criança e cinco (5) relacionados à atenção a gestante.

Para garantir a comparação entre as equipes, foram construídas taxas para estas variáveis, sendo os numeradores as variáveis supracitadas e os denominadores o total da população coberta pela equipe no mês.

INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTE	MÉTODO DE CÁLCULO	PARÂMETROS
Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo	Percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção Básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo dividido pelo Número de crianças de 0 a 3 meses cadastradas pela equipe de ESF	100% da população alvo  Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2015)
Razão de consultas médicas em menores de um ano	Número médio de consultas médicas por criança menor de um ano, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de consultas médicas realizadas na ESF dividido pelo Número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	Três consultas /ano Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2015)
Razão de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura	Número médio de atendimentos de puericultura, realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de dois anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura dividido pelo Número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	4,5 consultas/criança/a no Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2015)
Proporção de crianças menores de um ano com vacinação em dia	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2	Número de menores de um ano com vacinação em dia dividido pelo Número de menores de um ano cadastrados na ESF	100% de cobertura vacinal Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2015)

Fonte: da Pesquisa



INDICADOR	CONCEITO	FONTE	MÉTODO DE CALCULO	PARAMETROS
Proporção de atendimento de Pré-Natal no mês	Percentual de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês em relação ao total das que são cadastradas, em determinado local e período	SIAB: Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período, dividido pelo total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período X 100	100% das gestantes cadastradas  Fonte: (BRASIL, 2015)
Proporção de gestante com pré-natal iniciado no 1º trimestre	Percentual de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período. Esse indicador avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal.	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre em um determinado local e período dividido pelo número de gestantes cadastradas na em um determinado local e período	100% das gestantes cadastrada  Fonte:(BRASIL, 2015)
Proporção de gestante com vacina em dia	Percentual de gestantes cadastradas que estão com a vacina toxóide tetânico em dia, no período considerado.	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestante com vacina em dia em um determinado local e período, dividido pelo número de gestantes cadastradas na ESF em um determinado local e período.	100% das gestantes cadastradas  Fonte:(BRASIL, 2015)
Proporção de gestante acompanhada por meio de visitas domiciliares	Percentual de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares em relação às cadastradas, em determinado local e período	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em determinado local e período, dividido pelo Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período	100% das gestantes cadastradas  Fonte (BRASIL, 2015)
Proporção de gestante de 10 a 19 anos	Percentual de gestantes de 10 a 19 anos cadastradas na ESF, em relação as gestantes das demais faixas etárias	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de gestantes de 10 a 19 anos cadastradas na ESF, dividido pelo número total de gestantes cadastradas.	

Fonte: da Pesquisa

#### 4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, fazendo comparação de médias, utilizando os testes estatísticos apropriados, como os softwares R e SPSS versão 22.0 para Windows. Por se tratar de amostras de grande contingente, a análise estatística será baseada em cálculo de médias e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

A princípio a análise dos bancos de dados (SIAB e E-SUS) foi realizada individualmente, considerando as informações de identificação de cada município e das unidades de saúde possibilitando o reconhecimento de equipes participantes ou não do Programa Mais Médico, para posteriormente ser realizada a unificação dos bancos de dados, viabilizando analisar as variações da produtividade entre as equipes pertencentes ou não ao PMM e os resultados dos indicadores das equipes de estratégia de saúde da família com e sem mais médico, nas categorias, Brasil, regiões e localidades prioritárias para o PMM, conforme parâmetro estabelecido pelas evidências científicas estão identificados no quadro um e dois.

#### 4.7 ANÁLISES ÉTICA

O presente estudo, embora empregando técnicas de coleta e análise de dados sem envolver a presença de seres humanos na pesquisa, foi submetido para avaliação e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 5. RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de dois artigos:

**Artigo 1:** O Programa Mais Médico na atenção Pré-natal: Uma oportunidade de acesso para gestantes no Brasil

The More Doctors (MaisMédicos) Program in Prenatal Care: An Access Opportunity to Brazilian pregnant women

*Nayara de Oliveira Maksoud<sup>1</sup>*

*Rodrigo Tobias de Souza Lima<sup>2</sup>*

*Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health*

---

### RESUMO

**Objetivo.** Analisar a contribuição do PMM no desempenho das ESF, a partir das variáveis que perpassam pelo cotidiano do trabalho na atenção a gestante, nas regiões consideradas prioritárias pelo SUS, nos dois primeiros anos de implantação do Programa. **Métodos.** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, sobre a produção de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, pertencentes ou não ao PMM nos anos de 2013 e 2014, com base em protocolos de validação, a partir de dados secundários oriundos de dois sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) – SIAB, ESUS, ambas de acesso público. Foram analisados indicadores, como a proporção de gestantes cadastradas e acompanhadas, proporção de gestantes

---

<sup>1</sup>Programa de Pós graduação em condições de vida e situações de saúde na Amazônia – PPGVIDA do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas. Rua Terezina, 476, Adrianópolis, 69027-070, Manaus-AM. maksoudna@gmail.com

<sup>2</sup>Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazonas.

com vacina em dia, proporção de gestante com pré-natal no mês, - proporção de atendimento de gestante com pré-natal no primeiro trimestre, proporção de gestante cadastrada de 10 a 19 anos.

**Resultados:** O Programa Mais Médicos oportunizou maior acesso as gestantes na atenção ao pré-natal, inclusive em áreas de maior vulnerabilidade social. Alta proporção de gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos e com maior concentração nas regiões mais vulneráveis do país, e nas equipes PMM e as capitais brasileiras com menor desempenho nas variáveis analisadas quando comparadas aos demais estratos de municípios, **Conclusão:** Os resultados sugerem que o PMM contribuiu para a ampliação do acesso a gestante ao pré-natal e a maior equidade na oferta deste serviço, além do estudo ratificar que o cuidado a gestante é imperativo e precisa ser prioridade na agenda dos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Básica em Saúde; Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos; indicadores, Pré-natal

---

## INTRODUÇÃO

O programa Mais Médico- PMM instituído no Brasil, como uma política de governo, contribuiu na expansão da estratégia de saúde da família de forma mais homogênea no País, com destaque para as áreas de maior necessidade, e oportunizou o acesso da gestante a um pré-natal oportuno e de qualidade.

A mortalidade materna e neonatal no Brasil, mesmo com sub-registro, são cerca de cinco a dez vezes maiores que as descritas em países de alta renda, o que amplia a necessidade de buscar ações para a melhoria da qualidade na atenção a mulher e a criança (1-2-3), principalmente pelo Brasil não ter atingido a meta de reduzir em 75% entre 1990 e 2105, a Razão de Mortalidade Materna, com estimativa prevista de alcance de redução de 40,25% referente ao quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (4), o que amplia a relevância do fortalecimento do sistema de saúde para o alcance desse indicador.

O pré-natal é uma das ações programáticas de maior capilaridade no âmbito da atenção Básica, o que ressalta a importância do Brasil mesmo com uma transição epidemiológica e demográfica e o predomínio das doenças crônicas impondo um novo olhar para os serviços de saúde, o cuidado a gestante é imperativo e precisa ser prioridade na agenda dos profissionais de saúde (5-6).

Ações que perpassam pelo acesso ao pré-natal de qualidade e no tempo oportuno e com ênfase na gravidez precoce, por se tratar de risco biológico e social, conduzem a uma melhora no indicador de mortalidade materna e neonatal (1-2-7), sobretudo em áreas com presença de disparidades regionais ainda existentes no Brasil, que revelam diferenças na desigualdade de acesso na atenção à saúde (1).

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde são a expansão e consolidação da Atenção Básica, principalmente em regiões consideradas prioritárias no SUS, devido à alta rotatividade e a escassez histórica de fixação de médicos no país que interferem no acesso ao pré-natal, por dificultar o agendamento nas consultas e pela distância do serviço de saúde da residência da gestante (8).

O programa Mais Médicos enfrentou o desafio de expandir a atenção básica, através do provimento de Médicos de acordo com as necessidades da população, e alocou médicos com equidade nas mais diversas localidades do Brasil (9-10), o que

oportuniza o alcance de melhores resultados na atenção gestantes, e amplia a chance no alcance de indicadores de qualidade na saúde materna (8).

Sendo assim, torna-se relevante conhecer a contribuição do PMM no desempenho das ESF, a partir das variáveis que perpassam pelo cotidiano do trabalho na atenção a gestante, nas regiões consideradas prioritárias pelo SUS, nos dois primeiros anos de implantação do Programa.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, com uma abordagem quantitativa. A população do estudo abrangerá as 5 regiões brasileiras e os estratos de municípios participantes do Programa Mais Médicos, nos anos de 2013 e 2014, tais como os 1.334 municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, 93 Áreas censitárias classificadas como G100, 26 capitais, 2.280 municípios pertencentes às regiões metropolitanas e 1.408 classificados como demais municípios (10-11).

As unidades de análise serão os indicadores de atenção à saúde da gestante, das equipes de saúde da Família pertencentes ou não pertencentes ao PMM cujo regime de trabalho seja de 40 horas semanais e que aderiram ao programa no período entre 2013 e 2014. Os dados são oriundos dos sistemas de informação da atenção básica - SIAB e SUS Mais Médicos, considerando as tabelas “produção”, “SSA2”, ficha de cadastro e ficha de acompanhamento da gestante, disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica e pela Secretaria de Gestão e Educação pelo Trabalho (SEGETES) do Ministério da Saúde.

Foram atribuídos critérios de consistência, para garantir a maior confiabilidade dos dados referentes à produção ambulatorial da atenção básica com enfoque na atenção a gestante. Desta forma, serão utilizados dois tipos de critérios de consistência: a) O critério para as variáveis de produção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família foi estimado em 99% como limite superior e como limite inferior admitiu-se valor diferente de zero; b) o critério de consistência de cada variável de população admitiu-se os percentis 2,5 e 97,5 como limites inferior e superior aceitáveis.

Para este estudo foram analisados 05 indicadores da atenção à saúde da gestante (quadro 1).

**QUADRO 01- Indicadores da atenção à saúde da gestante na Estratégia de Saúde da Família.**

INDICADOR	CONCEITO	FONTE	MÉTODO DE CALCULO	PARÂMETROS
Proporção de atendimento de pré-natal no mês	Percentual de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês em relação ao total das que são cadastradas, em determinado local e período	SIAB: Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB.  Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período, dividido pelo total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período X 100	100% das gestantes cadastradas  Fonte: Ministério da Saúde – PEMAQ (12)
Proporção de gestante com pré-natal iniciado no 1º trimestre	Percentual de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período. Esse indicador avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal.	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica  Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre em um determinado local e período dividido pelo número de gestantes cadastradas na em um determinado local e período	100% das gestantes cadastrada  Fonte: Ministério da Saúde – PEMAQ (12)
Proporção de gestante com vacina em dia	Percentual de gestantes cadastradas que estão com a vacina toxóide tetânico em dia, no período considerado.	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.  Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestante com vacina em dia em um determinado local e período, dividido pelo número de gestantes cadastradas na ESF em um determinado local e período.	100% das gestantes cadastradas  Fonte: Ministério da Saúde – PEMAQ (12)
Proporção de gestante acompanhadas por meio de visitas domiciliares	Percentual de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares em relação às cadastradas, em determinado local e período	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.  Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em determinado local e período, dividido pelo Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período	100% das gestantes cadastradas  Fonte: Ministério da Saúde – PEMAQ (12)
Proporção de gestante de 10 a 19 anos	Percentual de gestantes de 10 a 19 anos cadastradas na ESF, em relação as gestantes das demais faixas etárias	Fonte: SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.  Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de gestantes de 10 a 19 anos cadastradas na ESF, dividido pelo número total de gestantes cadastradas.	

Fonte: Da Pesquisa

Foi construído um banco de dados com as informações coletadas e realizada uma análise estatística descritiva das variáveis, fazendo comparação de médias, utilizando os testes estatísticos apropriados, com os softwares R e SPSS versão 22.0 para Windows. Por se tratar de amostras de grande contingente, a análise estatística foi baseada em cálculo de medianas e intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foram

considerados também parâmetros técnicos oriundos de evidências científicas validadas nacionalmente.

Desse modo, os resultados foram organizados apresentando análises descritivas dos indicadores da linha de atenção à saúde da gestante, por região brasileira entre os municípios prioritários do SUS e análise de produção das equipes integrantes ou não do Programa Mais Médicos no período entre 2013 e 2014.

O presente estudo foi submetido para avaliação e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

O banco de dados construído para a pesquisa considerou os registros válidos de todas as equipes da atenção básica que atuam no modelo de estratégia saúde da família (ESF) na modalidade de 40 horas semanais e analisou o perfil de atendimento das equipes de saúde da família à gestante, sendo excluídos da análise nas regiões brasileiras uma proporção de 5%,5%,5%,5%e 6%e dos estratos de municípios 6%,5%,5%,5% e 6% dos indicadores de Proporção de gestantes cadastradas e acompanhadas, Proporção de gestantes com vacina em dia, proporção de gestante com pré-natal no mês, Proporção de atendimento de gestante com pré-natal no primeiro Trimestre, proporção de gestante cadastrada de 10 a 19 anos. As localidades com maior proporção de perda foram na região Norte e as Capitais brasileiras, entre as regiões prioritárias do SUS.

### *Tabela 1*

Foi observado na tabela 1, um aumento de 62% de gestantes cadastradas e acompanhadas pela ESF no ano de 2014 quando comparado a 2013. As maiores elevações estão nas regiões Nordeste e Sudeste e nos municípios classificados como de 'demais localidades'.



Ao considerar a faixa etária das gestantes, a proporção entre 10 a 19 anos nos anos de 2013 e 2014, a região Norte apresenta a maior média de gestante entre as cadastradas. Mas ao observarmos em número absoluto, a região Nordeste em 2014 concentra 68% deste grupo. Nas capitais brasileiras, encontra-se e a menor proporção de adolescentes grávidas, entre as cadastradas. Ao observar por tipo de equipe, as pertencentes ao programa Mais Médicos apresentam uma média de gestantes cadastradas nesta faixa etária superior à das equipes convencionais (Tabela 2).

### *Tabela 02*

A proporção de gestantes com pré-natal no mês nas capitais brasileiras, apresentaram menor desempenho (Tabela 1), além de redução no ano de 2014 quando comparada aos demais estratos de municípios. Em relação ao tipo de equipe a única diferença significativa também foi nas capitais, com um menor desempenho das equipes do PMM (Tabela 2).

Em média 84% das gestantes acompanhadas pelas ESF teriam começado o Pré-Natal no primeiro trimestre no período entre 2013 e 2014. Entre as regiões e extratos de municípios analisados, as capitais brasileiras e o Norte apresentaram o menor desempenho neste indicador, sendo nesta região, a única diferença significativa de resultado entre os tipos de equipe, com menor desempenho das equipes do PMM (Tabela 2).

A proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, segundo os brasileiros nos anos de 2013 e 2014, variou conforme as porcentagens demonstradas no mapa (figura 1). No ano de 2014 houve um melhor desempenho deste indicador nos estados de Mato Grosso e Acre, permanecendo o Amapá, com a menor proporção. Os estados do Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Goiás e Distrito Federal, apresentaram uma queda na proporção do indicador em 2014.

### *Figura 1*

Em relação ao indicador cobertura vacinal a média de gestantes acompanhadas pela ESF com vacina em dia foi de 96,2%. Observou-se que entre os

grupos de municípios estudados, as capitais brasileiras apresentaram a menor taxa de cobertura (Tabela 1). Ao observar por tipo de equipe foram nas capitais os menores desempenhos das Equipes PMM (Tabela 2).

## **DISCUSSÃO**

O estudo contribuiu para enfatizar a relevância do acesso a gestante nos serviços de saúde para o binômio mãe e filho, através da análise de desempenho da ESF nos principais indicadores que perpassam pela assistência a gestante, tais como, alta proporção de gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos e com maior concentração nas regiões mais vulneráveis do país, e nas equipes PMM, capitais brasileiras com menor desempenho nas variáveis analisadas quando comparadas aos demais estratos de municípios, além dos efeitos do PMM nas regiões prioritárias do SUS.

O acesso das gestantes aos serviços de pré-natal relacionado à redução na ocorrência de mortes maternas é um consenso (13-14). O aumento de gestantes cadastradas e acompanhadas em 2014 na ESF contribuiu para a saúde materna e infantil e pode ser um reflexo da expansão da atenção básica neste período, influenciada pelo programa Mais Médicos (9-15), após um período de estagnação do crescimento de AB de 2008 até 2013, saindo de 75,8% de cobertura e chegando a somente 80,6 (9).

A ampliação da cobertura da AB, tendo como modelo prioritário a ESF, é um dos fatores históricos na política de saúde da mulher que contribuiu de forma relevante na redução da mortalidade neonatal e materna, na década de 90, período de grande expansão da atenção básica, e que proporcionou maior acesso das gestantes ao acompanhamento pré-natal, com maior possibilidade de intervenção precoce e menor dano à saúde materno-infantil (14), além de contribuir para um maior entendimento sobre a cidadania feminina e no fortalecimento da emancipação da mulher.

Ao compararmos o número de gestantes acompanhadas na ESF no ano de 2014, as regiões Nordeste e Sudeste aparecem no estudo com um aumento de gestantes acompanhadas, diferente das regiões Norte e Centro Oeste que apresentam um desempenho menos expressivo. Esse resultado pode ter sido

influenciado pelo eixo provimento do Programa Mais Médicos, considerando que Nordeste e Sudeste obtiveram o maior número de municípios contemplados com o PMM, sobre o quantitativo total de municípios contemplados no Brasil, com (34,7%) e (25,3%) respectivamente. E as regiões Norte e Centro Oeste, são as regiões que obtiveram a menor proporção de municípios contemplados com o PMM (15). O que reafirma a contribuição do PMM na oportunidade de acesso a gestante.

As variáveis idade materna e início precoce do pré-natal são consideradas entre as mais importantes relacionadas a gestação e ao parto na prevenção de possíveis complicações, e muitas vezes estão intrinsicamente relacionadas. O ideal é que se iniciem as consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gestação (16-17), o que possibilita diagnóstico e tratamento precoce de doenças e outras intercorrências que trazem consequências adversas à gestante e ao bebê. Estudos tem mostrado que as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o acompanhamento, o que prejudica o número total de consultas durante o período gravídico, quando comparado às mulheres de vinte e mais anos (17-18).

O início do pré-natal no primeiro trimestre, na região Norte no período de 2013 e 2014 apresentou menor desempenho, e ao analisarmos por estado, Amapá, Acre e Amazonas são os estados com menor resultado deste indicador, nos anos 2013 e 2014. Segundo dados extraídos do SIAB no ano de 2010, em média, 79% das gestantes acompanhadas pelos ACS teriam começado o pré-natal no primeiro trimestre, com variação entre 56% (AC) e 89% (SP) (11). O estado do Rio de Janeiro apresentou um menor desempenho no indicador em 2014, muito aquém do encontrado no estudo na região sudeste de 85%. Resultado que pode ter sido influenciado pelo território coberto pela ESF no ano de 2014 e pelo processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

A gravidez na adolescência é avaliada como de risco, pois representa uma situação de risco biológico para a mãe e recém-nascido (17-18), por estar associada a uma gestação neste período da vida da mulher a maiores intercorrências médica que em outras faixas etárias, como hipertensão, eclampsia, sobrepeso.

Os adolescentes representam 11% da população brasileira, e uma gravidez na adolescência, além de representar um risco biológico, também está associado a comportamentos de risco como álcool e drogas e precária realização de

acompanhamento pré-natal, sendo um grave problema de saúde Pública (17-18-19-20-21).

Os achados encontrados no estudo demonstram que entre as gestantes cadastradas nas ESF, 23,52%, está na faixa etária entre 10 a 19 anos resultado superior a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, conforme série histórica, que registrou 21,4% de nascidos vivos de mãe adolescentes em 2004 e 18,87% em 2014, em áreas cobertas ou não pela ESF (22). Além de estarem mais concentradas nas regiões de maior vulnerabilidade social, como Norte e Nordeste. Segundo Victora et al. (1), mais de 20% de todas as crianças brasileiras nascem de mães adolescentes.

Segundo o SINASC (Sistema Nacional de Nascidos vivos), o ano de 2009 apontou que 2,8% das meninas entre 12 e 17 anos no Brasil já tiveram filhos e que esta taxa vem apresentando queda, devido o número de nascidos vivos de mães de 15 a 17 anos no período de 2000 a 2009 ter diminuído 34,6%. Porém, entre as meninas de até 15 anos, a taxa de fecundidade vem crescendo, passando de 8,6 nascidos vivos por grupo de mil em 2004, para 9,6 por mil em 2009. Os achados no estudo sugerem que à ocorrência da gravidez na adolescência, estão relacionados as classes econômicas menos favorecidas, o que por sua vez está associado a uma maior ausência de condições adequadas de higiene, habitação, alimentação e saúde e que socialmente gera evasão escolar, violência e a continuidade do ciclo de pobreza, além de dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, orientação e entendimento de como usa-los, conforme já declarado em estudos anteriores (18-19-21-23).

Em relação a qualidade do pré-natal, a iniquidade no cuidado a gestante também foi encontrada em algumas pesquisas (5-17-18). Adolescentes grávidas acompanhadas pela ESF ficaram com o mais baixo índice de cuidados como o exame físico, orientações e exames complementares, demonstrando que o acesso desse grupo ao pré-natal é menor, e demonstra a ausência de priorização das equipes de SF a um grupo com grandes necessidades em saúde.

A concentração de adolescentes grávidas na região Norte pode ter sido um dos fatores que contribuiu para um menor desempenho no indicador de início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, em relação as demais regiões. Um processo de trabalho deficitário das equipes de SF também se torna barreira de acesso para o

início do pré-natal no primeiro trimestre, porque compromete a marcação de consultas, a captação precoce da gestante na comunidade e a não priorização do atendimento a este grupo (24).

A urbanização acelerada caracterizada no Brasil, contribui para uma maior exclusão das mães em situação de pobreza aos serviços básicos. Segundo Matthews et al (25), serviços de saúde e sociais em áreas urbanas não acompanharam o ritmo urbano de crescimento populacional, o que acarreta um difícil acesso da população pobre aos serviços de saúde em comparação com os que vivem em área rural (25). Realidade encontrada nas capitais brasileiras em que, entre os demais estratos de municípios, estavam entre os prioritários na implantação do Programa Mais Médicos, ao considerar o crescimento desordenado dos grandes centros no Brasil e as suas periferias (26).

As capitais brasileiras apresentaram menor desempenho em todos os indicadores (Tabela 1), o que pode estar relacionado ao número de equipes SF nas grandes cidades e metrópoles do país, em relação ao contingente populacional. Em 2012 nas cidades de tamanho médio, a provisão foi de 1,8 equipes de saúde da família por 10.000 habitantes (27) enquanto o preconizado pelo MS é de 1 equipe para no máximo 4000 mil pessoas (28), demonstrando que a provisão de equipes de saúde da família é inversamente proporcional ao porte das cidades. Esse efeito pode ter sido minimizado a partir do PMM, onde 10,5%% de médicos foram alocados nas periferias das capitais até 2014 (10), mas insuficiente para a demanda populacional existente nestas cidades.

Essa disparidade de cobertura da ESF nas capitais acarreta uma demanda reprimida não só das gestantes fora da área de abrangência, mas inclusive das cadastradas, o que dificulta o alcance de todas as variáveis propostas no estudo, nesta localidade. A nova Portaria da PNAB, lançada em 2017, após várias críticas, pode ser um caminho a reflexão de como o governo municipal pode minimizar as desigualdades em saúde nos grandes centros urbanos.

Outro achado interessante do estudo demonstra que o PMM contribuiu para a variável mais relevante no cuidado a gestante, que é a oportunidade de acesso ao pré-natal em áreas consideradas de maior vulnerabilidade social. De acordo com o estudo, em 2014, com a implantação do PMM, mais de 66.000 mil gestantes foram cadastradas e acompanhadas pelas equipes, muitas destas localidades a presença

do médico era inexistente (9-26-10), sendo uma das principais barreiras de acesso a uma atenção integral.

Segundo o tipo de equipe (Tabela 2), sugere-se que além da ampliação do acesso na dimensão utilização dos serviços de saúde, o acesso na dimensão equidade (29) também foi uma realidade no PMM. As maiores concentrações de gestantes adolescentes estão cadastradas nestas equipes, que, somado a precocidade de implantação do PMM, que dificulta o vínculo com a comunidade, podem ter contribuído para um menor desempenho das equipes MM, nas variáveis consideradas no estudo.

O cuidado a gestante no pré-natal, demanda uma clínica ampliada, indo desde a dimensão biomédica, até a dimensão subjetiva e social, através de uma abordagem multiprofissional. A eficácia das intervenções clínicas, devem se somar a uma abordagem humanizada com vínculo e estímulo ao autocuidado (6). Quanto maior vínculo houver entre a gestante e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal (17-26).

O estudo encontra alguns limites como a se a utilização de dados secundários passíveis de viés de informação e as inconsistências encontradas no banco de dados provenientes do ministério da saúde, o que oportunizou o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, e possibilitou a análise das variáveis encontradas. Importante destacar também que no período do estudo o sistema de informação da atenção básica (SIAB), estava em transição para o e-SUS AB, o que interfere na quantidade de equipes participantes do estudo, no decorrer do período.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A história da política de saúde da mulher mostra que muitos programas foram implementados para melhorar a saúde materna, os achados encontrados no estudo, demonstraram que a cobertura da atenção básica influencia em melhores resultados da assistência a gestante, assim como a oferta de pré-natal em tempo oportuno é fundamental para a redução da mortalidade materna e neonatal.

A implantação do Programa Mais Médicos em regiões de maior vulnerabilidade social fortaleceu o SUS ao oportunizar acesso universal e reduzir as iniquidades em saúde e se fazer presente em locais de maior necessidade.

Mesmo com os inúmeros avanços os desafios ainda estão presentes. Pesquisas qualitativas que abordem o processo de trabalho das equipes de ESF e o funcionamento da rede de atenção à saúde materno infantil, serão imprescindíveis para contribuir com o fortalecimento da qualidade de vida das gestantes e crianças brasileiras.

## REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(186):1863–76.
2. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Benneman RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev. Ser. Público*. 2014;65(2):227-244;
3. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília; 2004.
4. Souza, JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(12):549-551.
5. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [acesso 2017 Oct 07];33(3): e00195815. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en)>.
6. Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012:71-99.

7. Leal MdC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999–2001. *Rev de Saúde Pública*. 2005;39:100-07.
8. Guimarães CA, Soares NV, Dorneles JP, Kreuning EB. Concepções de gestantes sobre o pré-natal realizado por profissional do Programa Mais Médicos. *Cinergis*. 2016;18(1):25-28.
9. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015, revista *Interface (Botucatu)*. [Internet]. [acesso 2017 Set 23]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005018102&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005018102&lng=en)>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.
11. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(9):2719-2727.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília; 2015b.
13. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. *Acta Paul Enferm* 2007; 20:311-5.
14. Ximenes Neto FRG, Leite JL, FulyPSClaro, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MSA et al. Quality of pre-natal care in Family Health Strategy in Sobral, CE, Brazil. *Rev Bras de Enf*. 2008;61(5):595-602.
15. Ribas AN. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) Universidade de Brasília, Brasília, 2016: 119.
16. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 27 dez.



17. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme MM Fa, Costa JV, et al. Assistência ao pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(1):85-100.
18. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. 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* 2004;20(1):101-111.
19. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2010;20(45):123-131.
20. Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta paul. Enferm.* 2009;22(2):169-175.
21. Tabora JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad. saúde colet.* 2014;22(1):16-24.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2006;6(4):419-426.
24. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev. Bras. Enferm.* 2014;67(6):1000-1007.
25. Matthews Z, Channon A, Neal S, Osrin D, Madise N, Stones W. Examining the 'Urban Advantage' in Maternal Health Care in Developing Countries. *PLoS Med.* 2010;7(9):1-8.
26. Brasil, Constituição. Portaria n 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [Internet]. [acesso 2017 Set 23]. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013>.

27. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Cien Saúde Colet.* 2016;21(5):1389-1398.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis ACC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. 2016;21(2):327-338.

## Anexo 1- Tabelas do artigo: O Programa Mais Médico na atenção Pré-natal: Uma oportunidade de acesso para gestantes no Brasil.

**Tabela 1. Indicadores de atenção à saúde da gestante das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de municípios nos anos de 2013 e 2014 no Brasil**

Proporção de gestante com pré-natal no mês	2013	N	2014	N	Média (IC95%)
	Média (IC95%)		Média (IC95%)		
<b>BRASIL</b>	<b>92,26 (92,20-92,32)</b>	<b>185067</b>	<b>92,30 (92,25-92,35)</b>	<b>305697</b>	<b>490764</b> <b>92,28 (92,25-92,32)</b>
Centro Oeste	94,22 (94,01-94,42)	11586	93,10 (92,92-92,28)	19812	31398 93,10 (92,92-93,28)
Regiões Brasileiras					191361
Nordeste	92,49 (92,41-92,58)	74038	93,31 (93,25-93,37)	117323	92,99 (92,94-93,05)
Norte	90,21 (89,98-90,43)	14606	90,42 (90,23-90,60)	21025	35631 90,33 (90,19-90,47)
Sudeste	92,06 (91,94-92,19)	56061	91,45 (91,35-91,56)	103029	159090 91,67 (91,59-91,75)
Sul	92,30 (92,15-92,46)	28776	92,11 (91,97-92,24)	44508	73284 92,18 (92,08-92,28)
20% Pobreza	92,48 (92,37- 92,60)	46523	93,53 (93,46- 93,61)	78653	125176 93,14 (93,08-93,21)
Perfil do Município					60437
Capitais	89,27 (89,05- 89,48)	18242	86,22 (86,02-86,42)	42195	87,14 (86,99-87,30)
Demais Localidades	93,72 (93,63- 93,81)	76534	94,06 (94,00- 94,13)	123767	200301 93,93 (93,88-93,99)
G100	90,92 (90,71-91,13)	15438	91,86 (91,69-92,03)	20630	36068 91,46 (91,33-91,59)
Região Metropolitana	90,61 (90,45-90,78)	28330	91,04 (90,90-91,18)	40452	68782 90,86 (90,76-90,97)
Proporção de atendimento de gestante com pré-natal no primeiro trimestre	2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)
<b>Brasil</b>	<b>83,95 (83,87-84,04)</b>	<b>184499</b>	<b>84,61 (84,54-84,68)</b>	<b>303878</b>	<b>488377</b> <b>84,36 (84,31-84,41)</b>
Centro Oeste	88,81 (88,53-89,10)	11548	87,01 (86,75-87,26)	19687	31235 87,68 (87,48-87,87)
Regiões Brasileiras					190855
Nordeste	82,08 (81,95-82,21)	73863	83,66 (83,56-83,76)	116992	83,05 (82,97-83,13)
Norte	76,88 (76,54-77,22)	14512	76,77 (76,48-77,07)	20825	35337 76,82 (76,59-77,04)
Sudeste	86,07 (85,92-86,23)	55928	85,92 (85,79-86,04)	102087	158015 85,97 (85,88-86,07)
Sul	86,26 (86,06-86,46)	28648	86,72 (86,56- 86,89)	44287	72935 86,54 (86,42- 86,67)
20% Pobreza	80,65 (80,48-80,82)	46356	82,32 (82,19- 82,45)	7835	124714 81,70 (81,60-81,80)
Perfil do Município					59851
Capitais	79,27 (78,98-79,56)	18315	79,04 (78,80-79,27)	41536	79,11 (78,92-79,29)
Demais Localidades	87,38 (87,26-87,50)	76272	88,24 (88,15-88,33)	123246	199518 87,91 (87,84-87,99)
G100	82,68 (82,40-82,96)	15390	82,97 (82,72-83,22)	20518	35908 82,66-83,04)
Região Metropolitana	83,85 (83,63-84,06)	28166	84,53 (84,36-84,71)	40220	68386 84,25 (84,11-84,39)
Proporção de gestante com vacina em dia	2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)
<b>Brasil</b>	<b>94,19 (94,14-94,25)</b>	<b>185218</b>	<b>93,78 (93,74-93,83)</b>	<b>305841</b>	<b>491059</b> <b>93,94 (93,90-93,97)</b>
Regiões Brasileiras:					31434
Centro Oeste	95,64 (95,46- 95,82)	11606	94,58 (94,41- 94,74)	19828	94,97 (94,4194,74)
Nordeste	95,27 (95,21- 95,34)	74075	95,45 (95,40 95,51)	117377	191452 95,38 (95,34 95,42)
Norte	94,01 (93,83 - 94,18)	14627	94,07 (93,93- 94,22)	21047	35674 94,05 (93,94 94,16)
Sudeste	93,2 (93,08- 93,32)	56119	92,19 (92,09- 92,29)	103040	159159

						92,55 (92,47-92,62)
	<b>Sul</b>	92,86 (92,71- 93,01)	28791	92,57 (92,44- 92,70)	44549	73340
	<b>20% Pobreza</b>	95,46 (95,38- 95,54)	46544	95,91 (95,85-95,97)	78680	92,69 (92,59-92,78)
<b>Perfil do Município</b>	<b>Capitais</b>	91,99 (91,80-91,19)	18245	87,56 (87,36-87,76)	42127	125224
	<b>Demais Localidades</b>	94,83 (94,75-94,91)	76614	95,04 (94,98-95,11)	123903	95,74 (95,69-95,97)
	<b>G100</b>	93,7 (93,53-93,88)	15458	93,89 (93,69-93,92)	20653	60372
	<b>Região Metropolitana</b>	92,07 (91,91-92,23)	28357	92,20 (92,07-92,34)	40478	88,90 (88,75-89,06)
	<b>Proporção de Gestante cadastrada e acompanhada</b>	<b>2013</b>	<b>N</b>	<b>2014</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>
	<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>	
<b>Brasil</b>	<b>96,57 (96,53-96,62)</b>	<b>185364</b>	<b>95,97 (95,93-96,01)</b>	<b>306546</b>	<b>491910</b>	
	<b>Centro Oeste</b>	97,06 (96,91- 97,22)	11615	95,84 (95,69- 96,00)	19843	96,20 (96,17-96,23)
<b>Regiões Brasileiras</b>	<b>Nordeste</b>	98,18 (98,14-98,23)	74113	98,13 (98,09-98,16)	117472	31458
	<b>Norte</b>	97,55 (97,43-97,67)	14623	97,65 (97,55-97,74)	21064	96,29 (95,69-96,41)
	<b>Sudeste</b>	94,89 (94,78-94,99)	56192	93,79 (93,70-93,89)	103546	191585
	<b>Sul</b>	95,03 (94,90-95,16)	28821	94,62 (94,51-94,73)	44621	98,15 (98,12-98,16)
	<b>20% de Pobreza</b>	98,54 (98,50-98,59)	46562	98,60 (98,56-98,64)	78741	97,61 (97,53-97,68)
<b>Perfil do Município</b>	<b>Capitais</b>	93,66 (93,47-93,85)	18250	89,49 (89,30-89,69)	42532	159738
	<b>Demais Localidades</b>	96,67 (96,60-96,74)	76668	96,79 (96,74-96,84)	124026	94,18 (94,11-94,25)
	<b>G100</b>	96,73 (96,60-96,86)	15483	96,91 (96,80-97,02)	20678	73442
	<b>Região Metropolitana</b>	94,88 (94,75-95,02)	28401	94,68 (94,57-94,79)	40569	94,78 (94,70-94,87)
	<b>Proporção de Gestante de 10 a19 anos</b>	<b>2013</b>	<b>N</b>	<b>2014</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>
	<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>	
<b>Brasil</b>	<b>24,09 (24,03-24,16)</b>	<b>164999</b>	<b>23,52 (23,47-23,57)</b>	<b>271282</b>	<b>436281</b>	
	<b>Centro Oeste</b>	25,95 (25,66- 26,24_	10564	25,07 (24,83 - 25,30)	17539	25,40 (25,22- 25,30)
<b>Regiões Brasileiras</b>	<b>Nordeste</b>	24,71 (24,62- 24,81)	68648	24,63 (24,55- 24,71)	107759	176407
	<b>Norte</b>	28,83 (28,58-29,09)	13433	28,62 (28,40-28,83)	19203	24,66 (24,60-24,71)
	<b>Sudeste</b>	22,43 (22,31-22,55)	47941	21,60 (21,52- 21,69)	89531	32636
	<b>Sul</b>	22,21 (22,05- 22,37)	24413	21,54 (21,40- 21,67)	37250	28,71 (28,54- 28,87)
	<b>20% Pobreza</b>	26,06 (25,94-26,19)	43546	25,92 (25,82-26,02)	72813	137472
<b>Perfil do Município</b>	<b>Capitais</b>	23,18 (22,96-23,39)	15653	21,55 (21,42-21,68)	37794	21,89 (21,82- 21,96)
	<b>Demais Localidades</b>	23,57 (23,46-23,67)	67239	23,23 (23,15-23,32)	107425	61663
	<b>G100</b>	24,47 (24,24-24,70)	13753	23,15 (22,95-23,35)	18303	21,80 (21,70- 21,91)
	<b>Região Metropolitana</b>	22,43 (22,27-22,60)	24808	21,71 (21,57-21,85)	34947	116359
						25,97 (25,89-26,05)

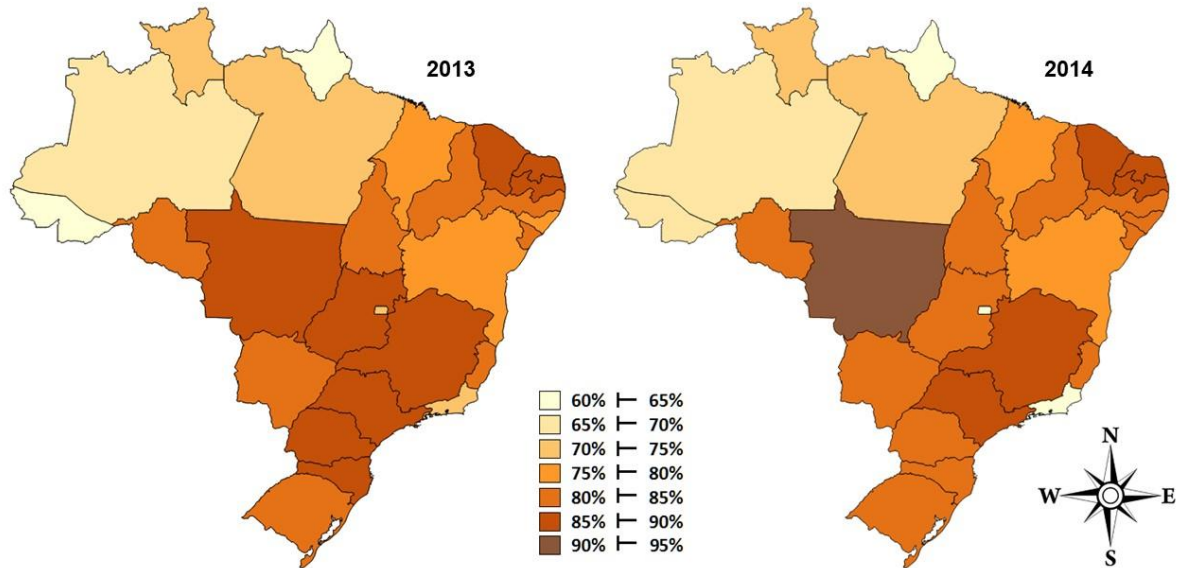
**Tabela 2.** Indicadores na Linha de Atenção a Gestante das Equipes de Estratégia de Saúde da Família segundo o tipo de equipe no período de 2013 a 2014.

Proporção de Atendimento de pré-natal no Mês		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		92,30(92,26-92,34)	424360	92,19(92,08-92,29)	66404	490764 92,28(92,25-92,32)	0,048
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	93,47(93,32-93,62)	27896	93,85(93,46-94,23)	3502	31398 93,51 (93,37-93,65)	0,095
	Nordeste	92,89(92,84-92,95)	160656	93,54(93,42-93,66)	30705	191361 92,99(92,94-93,05)	<0,0001
	Norte	90,50(90,35-90,66)	28270	89,67(89,34-90,00)	73961	35631 90,33(90,19-90,47)	<0,0001
	Sudeste	91,78(91,70-91,86)	143473	90,66(90,39-90,93)	15617	159090 91,67(91,59-91,75)	<0,0001
	Sul	92,26(92,15-92,37)	64065	91,65(91,36-91,94)	9219	73284 92,18(92,08-92,28)	<0,0001
Perfil do Município	20% Pobreza	93,13(93,06-93,21)	98072	93,18(93,04-93,32)	27104	125176 93,14(93,08-93,21)	0,5760
	Capital	87,30(87,14-87,46)	54435	85,74(85,17-86,30)	6002	60437 87,14(86,99-87,30)	<0,0001
	Demais Localidades	93,94(93,88-94,00)	181025	93,87(93,70-94,03)	19276	200301 93,93(93,88-93,99)	0,431
	G100	91,46(91,31-91,60)	30899	91,48(91,14-91,81)	5169	36068 91,46(91,33-91,59)	0,915
	Região Metropolitana	90,95( 90,84-91,06)	59929	90,27(89,96-90,58)	8853	68782 90,86(90,76-90,97)	<0,0001
Proporção de gestantes com pré-Natal no primeiro trimestre		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
Brasil		84,59(84,54-84,65)	422382	82,89(82,74-83,04)	65995	488377 84,36(84,31-84,41)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	88,01(87,81-88,21)	27755	85,04(84,40-85,69)	3480	31235 87,68(87,48-87,87)	<0,0001
	Nordeste	83,10(83,02-83,19)	160238	82,78(82,58-82,95)	30617	190855 83,05(82,97-83,13)	0,002
	Norte	77,39(77,14-77,63)	28060	74,62(74,10-75,14)	7277	35337 76,82(76,59-77,04)	<0,0001
	Sudeste	86,09(85,99-86,19)	142569	84,94(84,61-85,26)	15446	158015 85,97(85,88-86,07)	<0,0001
	Sul	86,68(86,55-86,82)	63760	85,56(85,20-85,92)	9175	72935 86,54(86,42-86,67)	<0,0001
Perfil do Município	20% Pobreza	81,90(81,78-82,01)	97720	80,99(80,76-81,21)	26994	124714 81,70(81,60-81,80)	<0,0001
	Capital	79,21(79,02-79,40)	53958	78,18(77,54-78,81)	5893	59851 79,11( 78,92-79,29)	0,001
	Demais Localidades	88,01(87,93-88,08)	180341	87,02(86,78-87,26)	19177	199518 87,91(87,84-87,99)	<0,0001
	G100	83,14(82,93-83,34)	30774	82,85(82,66-83,02)	5134	35908 82,85(82,66-83,04)	<0,0001
	Região Metropolitana	84,30(84,16-84,45)	59589	83,91(83,52-84,29)	8797	68386 84,25(84,11-84,39)	0,057
Proporção de gestantes vacinada		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
Brasil		93,95(93,91-93,99)	424591	93,87(93,77-93,96)	66468	491059 93,94(93,90-93,97)	0,131
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	94,93(94,79-95,06)	27929	95,32(94,97-95,67)	3505	31434 94,97(94,84-95,10)	0,051
	Nordeste	95,35(95,31-95,40)	160725	95,54(95,43-95,64)	30727	191452 95,38(95,34-95,42)	0,01
	Norte	94,19(94,07-94,32)	28296	93,48(93,22-93,74)	7378	35674 94,05(93,94-94,16)	<0,0001
	Sudeste	92,66(92,58-92,74)	143529	91,47(91,20-91,74)	15630	159159 92,55(92,47-92,62)	<0,0001
	Sul	92,76(92,66-92,87)	64112	92,14(91,85-92,43)	9228	73340 92,69(92,59-92,78)	<0,0001

Perfil do Município	<b>20% Pobreza</b>	95,81(95,76-95,87)	98100	95,50(95,39-95,61)	27124	125224 95,74(95,69-95,79)	<0,0001
	<b>Capital</b>	89,08(88,93-89,24)	54366	87,26(86,70-87,82)	6006	60372 88,90(88,75-89,06)	<0,0001
	<b>Demais Localidades</b>	94,98(94,93-95,03)	181223	94,78(94,62-94,94)	19294	200517 94,96(94,91-95,01)	0,018
	<b>G100</b>	93,84(93,72-93,97)	30934	93,60(93,30-93,91)	5177	36111 93,81(93,69-93,92)	0,15
	<b>Região Metropolitana</b>	91,24(92,13-92,35)	59968	91,54(91,24-91,84)	8867	68835 92,15(92,05-92,25)	<0,0001
<b>Proporção de gestante cadastrada e acompanhada</b>		<b>Convencional Média (IC95%)</b>	<b>N</b>	<b>PMM Média (IC95%)</b>	<b>N</b>	<b>Total Média (IC95%)</b>	<b>P</b>
Brasil		96,16(96,13-96,20)	425309	96,43(96,34-96,51)	66601	491910 96,20(96,17-96,23)	<0,0001
Regiões Brasileiras	<b>Centro Oeste</b>	96,19(96,06-96,31)	27950	97,16(96,88-97,44)	3508	31458 96,29(96,88-97,44)	<0,0001
	<b>Nordeste</b>	98,12(98,09-98,15)	160839	98,29(98,22-98,36)	30746	191585 98,15(98,12-98,18)	<0,0001
	<b>Norte</b>	97,65(97,57-97,73)	28304	97,43(97,26-97,61)	7383	35687 97,61(97,53-97,68)	0,18
	<b>Sudeste</b>	94,27(94,20-94,35)	144009	93,30(93,05-93,56)	15729	159738 94,18(94,11-94,25)	<0,0001
	<b>Sul</b>	94,83(94,74-94,92)	64207	94,44(94,20-94,69)	9235	73442 94,78(94,70-94,80)	0,003
Perfil do Município	<b>20% Pobreza</b>	98,63(98,60-98,66)	98170	98,40(98,33-98,47)	27133	125303 98,58(98,55-98,61)	<0,0001
	<b>Capital</b>	90,85(90,70-91,01)	54708	89,77(89,23-90,32)	6074	60782 90,74(90,59-90,89)	<0,0001
	<b>Demais Localidades</b>	96,73(96,69-96,78)	181369	96,84(96,71-96,97)	19325	200694 96,74(96,70-96,79)	0,137
	<b>G100</b>	96,85(96,76-96,95)	30981	96,70(96,47-96,94)	5180	36161 96,83(96,75-96,92)	0,233
	<b>Região Metropolitana</b>	94,89(94,80-94,99)	60081	93,88(93,62-94,14)	8889	68970 94,76(94,68-94,85)	<0,0001
<b>Proporção de gestante de 10 a 19 anos</b>		<b>Convencional Média (IC95%)</b>	<b>N</b>	<b>PMM Média (IC95%)</b>	<b>N</b>	<b>Total Média (IC95%)</b>	<b>P</b>
Brasil		<b>23,61(23,57-23,66)</b>	<b>376323</b>	<b>24,50(24,39-24,61)</b>	<b>59958</b>	<b>436281 23,74(23,69-23,78)</b>	
Regiões Brasileiras	<b>Centro Oeste</b>	25,29(25,09-25,48)	24965	26,30(25,69-26,91)	3138	28103 25,40(25,22-25,58)	0,001
	<b>Nordeste</b>	24,61(24,54-24,68)	148020	24,95(24,79-25,10)	28387	176407 24,66(24,60-24,73)	<0,0001
	<b>Norte</b>	28,49(28,31-28,68)	25875	29,52(29,15-29,88)	6761	32636 28,71(28,54-28,87)	<0,0001
	<b>Sudeste</b>	21,90(21,82-21,97)	123734	21,83(21,61-22,05)	13738	137472 21,89(21,82-21,96)	0,554
	<b>Sul</b>	21,69(21,58-21,81)	53729	22,54(22,24-22,85)	7934	61663 21,80(21,70-21,91)	<0,0001
Perfil do Município	<b>20% Pobreza</b>	25,88(25,79-25,97)	91281	26,32(26,14-26,49)	25078	116359 25,97(25,88-26,05)	<0,0001
	<b>Capital</b>	22,05(21,93-22,17)	47833	21,79(21,46-22,12)	5614	53447 22,02(21,91-22,14)	0,156
	<b>Demais Localidades</b>	23,29(23,22-23,35)	157791	24,08(23,87-24,30)	16873	174664 23,26(23,30-23,43)	<0,0001
	<b>G100</b>	23,68(23,51-23,84)	27380	23,94(23,56-23,87)	4676	32056 23,71(23,56-23,87)	0,222
	<b>Região Metropolitana</b>	22,04(21,93-22,15)	52038	21,82(21,51-22,12)	7717	59755 22,01(21,90-22,12)	0,165

Anexo 2- Figura do artigo: O Programa Mais Médico na atenção Pré-natal: Uma oportunidade de acesso para gestantes no Brasil.

**Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, segundo os estados brasileiros nos anos de 2013 e 2014.**



Fonte: da Pesquisa

**Artigo 2:** Os efeitos do programa Mais Médicos na atenção à saúde das crianças brasileiras

The effects of the More Doctors (MaisMédicos) Program on Brazilians children health care

*Nayara de Oliveira Maksoud*<sup>3</sup>

*Rodrigo Tobias de Souza Lima*<sup>4</sup>

*Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health*

---

## RESUMO

**objetivos.** Descrever a produção de conhecimento sobre os indicadores básicos de saúde da criança, no contexto da estratégia de saúde da família no Brasil, nas regiões brasileiras prioritárias determinadas pelo Programa Mais Médicos, de 2013 a 2014. **Métodos.** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, sobre a produção de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, pertencentes ou não ao PMM nos anos de 2013 e 2014, com base em protocolos de validação, a partir de dados secundários oriundos de dois sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) – SIAB, ESUS, ambas de acesso público. Foram analisados indicadores, como a Proporção de crianças < 1 ano com cobertura vacinal, proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo, razão de consulta médica em < 1ano e Razão de atendimento de puericultura em crianças < 2 anos, de acordo com os parâmetros nacionais. **Resultados.** Desempenho positivo nos indicadores de cobertura vacinal de 95%, e uma proporção de aleitamento materno de 75%, com o menor desempenho na região

---

<sup>3</sup>Programa de Pós-graduação em condições de vida e situações de saúde na Amazônia – PPGVIDA do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas. Rua Terezina, 476, Adrianópolis, 69027-070, Manaus-AM. maksoudna@gmail.com

<sup>4</sup>Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazonas.



Nordeste e Capitais brasileiras. Consulta Médica em menores de 1 ano mais elevada nas equipes pertencentes ao Programa Mais Médicos e aumento de 47% nos atendimentos de Puericultura nas regiões mais pobres e de baixo IDH em **Conclusão:** Os resultados sugerem que o PMM contribuiu para a ampliação do acesso a população infantil nas regiões com maior vulnerabilidade social, com efeitos positivos no que se refere a atenção a criança na ESF.

**Palavras-chave:** Atenção Básica em Saúde; Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos; indicadores, Saúde da Criança.

---

## INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde da família (ESF), entendida como modelo prioritário na reorganização do Sistema Único de Saúde- SUS (1), é considerada a porta preferencial no cuidado à saúde da criança brasileira (2), e a implantação do Programa Mais Médicos- PMM buscou oportunizar a ampliação do acesso em áreas prioritárias do SUS, com o intuito de reduzir as desigualdades regionais e promover a equidade e a integralidade na atenção à saúde (3).

As mudanças ocorridas na saúde da criança permitiram a redução das iniquidades sociais a população infantil com um enfoque prioritário na promoção do nascimento saudável (2), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na criança por constituírem elementos imprescindíveis para proporcionar boas condições de saúde na infância (4,5). Grandes desafios ainda persistem, incluindo a redução de nascimentos pré-termo que possui relação direta com cuidados infantis, além da necessidade de reduzir ainda mais as desigualdades socioeconômicas e regionais em saúde pela oferta de serviços de saúde (6).

Assim, a garantia da ESF em locais de maior vulnerabilidade social fortalece o cuidado integral e contínuo (1) de crianças menores de dois anos. A ESF foi efetiva em alcançar famílias mais pobres com o aumento da cobertura do sistema de saúde brasileiro que atingiu comunidades de baixa renda e áreas urbanas e de periferia existentes nas cidades brasileiras (7). E em nível municipal, estudos concluem que o programa teve um efeito positivo sobre a mortalidade infantil (8), especialmente pela redução de mortes relacionadas à diarreia e às pneumonias, (9) (referência). Entretanto, poucos estudos, até o momento, revelaram a efetividade da atenção básica em crianças e a relação com programas de provimento de profissionais de saúde.

O Programa Mais Médicos representa um marco das políticas públicas acessório do fortalecimento da atenção básica no Brasil. Por meio de alocação e provimento de profissionais para regiões de grande vulnerabilidade social, estudos demonstraram o aumento da expansão da atenção básica (10-11-12-13) e do

desempenho do programa (8-14), medidos pela produção de consultas e encaminhamentos médicos e pelas ações de educação em saúde pelas equipes da estratégia saúde da família em especial nos municípios brasileiros mais pobres (15). Por outro lado, ainda inexistem estudos que comprovam o desempenho do trabalho médico pertencentes ao programa no cuidado cotidiano de crianças cobertas pela estratégia saúde da família. Destaca-se ainda que indicadores de produção ambulatorial médica destinadas à população infantil consistem ser altamente sensíveis para a oferta de serviços de saúde e estratégicos para a redução das desigualdades regionais em saúde (4).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o desempenho do profissional médico e de sua equipe de saúde para a assistência infantil a partir de indicadores básicos de saúde da criança, no contexto da estratégia de saúde da família no Brasil, de forma mais específica nas regiões brasileiras prioritárias determinadas pelo PMM, de 2013 a 2014.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, cuja unidade de análise foi a produção mensal de equipes pertencentes ou não pertencentes ao PMM inseridas na ESF cujo regime de trabalho seja de 40 horas semanais e que aderiram ao programa no período entre 2013 e 2014. A análise teve como enfoque a produção médico-ambulatorial da atenção à saúde da criança oriundos dos sistemas de informação da atenção básica — SIAB e o e-SUS eletrônico destinado ao PMM.

As etapas metodológicas do trabalho incluíram a técnica de ligação entre bancos para análise dos sistemas de informação de dados secundários. Para a realização desta etapa foi considerada a chave de ligação entre tabelas constituídas pelos códigos do município, códigos da unidade de saúde, códigos da área de abrangência e, por fim, o ano e mês de produção para os bancos em questão. A partir da unificação do banco de dados, foi criada uma variável dicotômica, de forma a

identificar a equipe que possuía ou não o profissional MM. Com o intuito de minimizar os erros de coleta e notificação ou digitação encontrados, critérios de consistência foram atribuídos, de forma a garantir maior confiabilidade dos dados referentes à produção ambulatorial da atenção básica com enfoque na atenção materno-infantil. Desta forma, foram utilizados dois tipos de critérios de consistência, sendo para: a) em nível horizontal: as produções mensais das equipes repetidos por três ou mais meses (incluindo valores zerados) eram excluídos da análise; b) em nível vertical: os Critérios referentes para cada variável de 'atendimento e de consulta' foi estimado 99%, como limite superior, e admitiu-se, como limite inferior, os valores diferentes de zero, pois entendemos que incorpora o critério de plausibilidade a partir do cotidiano dos serviços na estratégia saúde da família e a diversidade das regiões brasileiras. Além disso, o critério de consistência de cada variável de 'população' admitiu-se os percentis 2,5 e 97,5 como limites inferior e superior aceitáveis, necessários para a construção dos indicadores do estudo (15). Para este estudo foram analisados 04 indicadores da atenção à saúde da criança (quadro 1) considerando parâmetros técnicos oriundos de evidências científicas validadas nacionalmente.

**QUADRO 01 — Indicadores de saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família.**

INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTE	MÉTODO DE CÁLCULO	PARÂMETROS
Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo	Percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção Básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo dividido pelo número de crianças de 0 a 3 meses cadastradas pela equipe de ESF	100% da população alvo  Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (15)
Razão de consultas médicas em menores de um ano	Número médio de consultas médicas por criança menor de um ano, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de consultas médicas realizadas na ESF dividido pelo número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	3 consultas /ano  Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (15)
Razão de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura	Número médio de atendimentos de puericultura, realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de dois anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período.	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura dividido pelo número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	4,5 consultas/criança/ano  Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (15)
Proporção de crianças menores de um ano com vacinação em dia	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período	<b>SIAB:</b> Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2	Número de menores de um ano com vacinação em dia dividido pelo número de menores de um ano cadastrados na ESF	100% de cobertura vacinal  Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (15)

FONTE: Da pesquisa.

Foram utilizados os softwares R e SPSS versão 22.0 para Windows. Como não houve padrão de normalidade, foi utilizado o teste de Mann Whitney para a comparação de médias, e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Desse modo, os resultados foram organizados apresentando análises dos indicadores da linha de atenção à saúde da criança, por região brasileira, entre os municípios prioritários do SUS (20% mais pobres; municípios com mais de 80 mil habitantes e com os piores IDH – G100; regiões metropolitanas; capitais e demais localidades) e análise de produção das equipes integrantes ou não do Programa Mais Médicos no período entre 2013 e 2014. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## RESULTADOS

O banco de dados construído para a pesquisa considerou para análise os registros válidos de todas as equipes da atenção básica que atuam no modelo de estratégia saúde da família (ESF) na modalidade de 40 horas semanais, sendo excluídos da análise nas regiões brasileiras uma proporção de 5%, 6% e 6% e dos estratos de municípios 5%, 6% e 5% dos indicadores de razão de Consulta Médica <1 ano, proporção de aleitamento materno de 0 a 3 meses e cobertura vacinal < 1 ano, respectivamente. As localidades com maior proporção de perda foram na região Norte e nas Capitais. Sendo assim, o estudo analisou um total de 1.349.902 produções mensais, sendo 88,54% produzidas pelas equipes convencionais e 11,46% pelas equipes MM.

### *Tabela 01*

Na tabela 1 (em anexo), foram considerados as vacinas tetravalente, poliomielite, tuberculose e hepatite B, com esquema vacinal vigente completo, tendo como parâmetro 95% das crianças nesta faixa etária com esquema vacinal completo (16). Observou-se que entre as regiões brasileiras e os estratos de municípios, foram encontradas cobertura vacinal de menores de 1 ano próximo ou de acordo com o parâmetro nacional nos anos de 2013 e 2014. As capitais brasileiras em 2014, registraram uma queda de 5,9%.

Com relação ao indicador aleitamento materno, os resultados regionais apresentaram que, em média, 75% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária realizavam aleitamento materno exclusivo (AME). A região Nordeste e os municípios em extrema pobreza, apresentaram o menor desempenho de AME, acompanhado das capitais que, em 2014 obteve baixa cobertura. Estas localidades na tabela 2 (em anexo), também apresentaram as menores proporções de AME nas equipes pertencentes ao PMM. Conforme apresentado na Tabela 1, em 2014 a média de consulta médica em menores de 1 ano é superior a 2013.

### *Tabela 2*

A tabela 2, demonstra que as equipes pertencentes ao PMM apresentaram melhor desempenho, quando comparado as equipes convencionais em todas as regiões brasileiras e nos estratos de municípios, com o alcance da média nacional de 3,0 consultas por criança. Já as regiões Nordeste, extrema pobreza e G100, mesmo apresentando um melhor desempenho em 2014, ainda permanecem abaixo do preconizado pelo MS (16). O preconizado para atendimento em puericultura que envolve o médico e o enfermeiro são de 4,5 consultas em crianças menores de 2 anos (16). Na tabela 1, pode ser observado o alcance deste indicador em todas as regiões e estratos de municípios.

Na tabela 2 quando comparado os resultados de atendimentos de puericultura entre as equipes, não houve relevância, com exceção da região Norte, tendo um melhor desempenho as equipes convencionais.

## **DISCUSSÃO**

Os achados encontrados no estudo contribuem para ampliar as evidências sobre a atenção a população infantil <2 anos na ESF nos diversos cenários em que as equipes estão inseridas, tais como o desempenho positivo nos indicadores de cobertura vacinal e incentivo ao aleitamento materno e o alcance do parâmetro nacional nos indicadores de consulta médica e atendimento de puericultura, além de retratar os efeitos do PMM nos diferentes contextos loco regionais.

Os resultados de cobertura vacinal encontrados, refletem o número de crianças vacinadas, e não apenas doses aplicadas, característica do SIAB, que retrata o diagnóstico do território (17-18), onde observa-se que em média 95% das crianças menores de 1 ano, acompanhadas pela ESF estariam com o esquema vacinal completo, além da ausência de disparidades entre as regiões brasileiras e os estratos de municípios, como os 20% mais pobres e G100 consideradas como os de maior vulnerabilidade social (3), o que sugere a efetividade da oferta de serviço de vacinação na promoção da equidade em saúde (19-20).

Municípios de médio e grande porte, apresentam diversidade de condições de vida e de cobertura vacinais internamente. Isto pôde ser observado em nosso estudo, como no caso das capitais brasileiras mesmo em áreas cobertas pela AB (21), e a baixa cobertura vacinal nas capitais em 2014, que refletem um desafio a ser enfrentado com relação ao controle das doenças imunopreveníveis, principalmente por se tratar da faixa etária de maior risco para as doenças imunizáveis (21). Trata-se de um fato que merece ser melhor investigado, identificando as características e atitudes das famílias e dos serviços de saúde.

A busca pelo bom desempenho nos indicadores de cobertura vacinal deve perpassar pela responsabilidade de todos os integrantes da ESF (10,20). A ESF parte do pressuposto de atuação em equipe multiprofissional, em uma população adstrita e com estabelecimento de vínculo com a família e comunidade, sendo estes, fatores que influenciam na adesão do usuário as ações ofertadas no serviço de saúde (22,23). Conforme Tertuliano (20) o distanciamento entre o cuidador e os profissionais é um dos fatores para o atraso vacinal, o que amplia o olhar para a ESF como campo propício para o desenvolvimento de medidas preventivas como a vacinação, onde para a criança a decisão de buscar a vacinação é controlada pela própria família (19,21,22).

Assim como a cobertura vacinal, o indicador aleitamento materno- AME é influenciado pela relação da equipe de saúde da família com o usuário (24-25). Segundo Merhy (26) é de domínio de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde e inclusive dos usuários e de suas famílias, produzir atos de saúde cuidadores, onde o usuário deve ser ativo na produção de sua saúde e na sua relação com o trabalhador de saúde (26). O incentivo ao AME pelos profissionais de saúde contribui para a promoção de boas condições de saúde e sobrevivência de crianças, principalmente em países pouco desenvolvidos (25). Ao avaliar os conhecimentos e práticas das equipes de SF em relação ao aleitamento materno, Caldeira et al. (25) observaram que existe a necessidade dos médicos em ampliarem a sua participação em atividades que incentivem o AME e que os agentes Comunitários de Saúde -ACS foram os que mais se declararam empenhados em atividades de promoção AM.

De acordo com o resultado da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, realizada pelo Ministério da Saúde (27), a região Norte apresenta a maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e



Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). De acordo com os achados do estudo, o comportamento das regiões se apresentou semelhante (tabela 1), mas as crianças cobertas pela estratégia de saúde da família, apresentam um resultado mais próximo do recomendado pela Organização Mundial de saúde de AME nos seis primeiros meses de vida (27).

Assim como a região Nordeste, os municípios com 20% mais pobres (tabela 1) e as equipes pertencentes ao PMM nas capitais brasileiras (tabela 2), apresentaram resultado inferior aos demais no indicador de AME. Isto posto é sugestivo dos reflexos das baixas condições sócio econômicas, idade da mãe (inferior a 20 anos), solteiras, e com menor grau de instrução, realidade vivenciada nestas localidades, conforme afirma Oliveira (28), em pesquisa realizada nos municípios com baixo índice de desenvolvimento no Nordeste Brasileiro (28). Além de ser um indicativo de que o PMM, atendeu a prerrogativa do princípio da equidade, ao contribuir com a expansão da atenção básica para as áreas de periferia dos grandes centros urbanos (3-28).

A cobertura da atenção básica no ano de 2014, quando comparada com 2012 ampliou significativamente, passando de 66,6% para 72,6%, estimulada pelo efeito do programa mais médicos, que só no ano de 2014, ampliou em 10,5% a oferta de médicos na rede básica, principalmente em áreas prioritárias para o SUS (11-13), o que pode ter influenciado na ampliação do número de consultas médicas em <1 ano no ano de 2014 (Tabela 1). Os resultados também evidenciaram um melhor resultado na produção de consultas médicas em <1 ano nas equipes MM (tabela 2) em todas as regiões e estratos de municípios, contribuindo para o alcance do parâmetro nacional (11). Sugere -se que o perfil do médico em 2014 possa ter contribuído para o resultado encontrado, onde 63% do total de médicos do PMM em 2014, são de nacionalidade cubana e 32% brasileiras, e, entre os brasileiros, 13 % não terem concluído seus estudos no Brasil (11-29).

Pesquisas realizadas revelaram que com a chegada do médico estrangeiro houve maior acesso e melhora na atenção profissional durante a consulta, além de maior cumprimento da carga horária e maior satisfação do usuário pela presença constante do médico na unidade de saúde, além de maior fixação do médico em uma mesma equipe, proporcionado uma relação de vínculo e maior proximidade com os usuários o que contribui para o alcance da integralidade e da longitudinalidade (23,30).

Estudo de Lima et al (15) em uma análise a produção das consultas médicas nas ESF com enfoque no PMM, entre os resultados apresentados, evidenciou uma maior produção de consultas médicas nas equipes MM em categorias de municípios mais vulneráveis socialmente, quando comparado com as capitais. Esses resultados ao serem analisados em conjunto com os achados de consultas em <de 1 ano, demonstram que no universo da produção de consultas médicas realizadas nas equipes de saúde da família, o acesso das crianças <1 anos no cuidado as doenças prevalentes nessa faixa etária é uma realidade.

O indicador consulta médica em <1 ano, deve ser visto além do biológico. Os atendimentos de puericultura, quando realizados pelo médico, foram inseridos no cálculo deste indicador, o que amplia o olhar do profissional para além da presença de doença, e, sobretudo, o cuidado das crianças para que não adoeçam (31), e pressupõe a atuação de toda equipe, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (32). Mesmo a puericultura não sendo uma ação limitada às crianças menores de dois anos, esta faixa etária é a priorizada pela Rede Cegonha, o que justifica a análise do indicador neste grupo de crianças (11).

O alcance do parâmetro de 4,5 consultas de puericultura por criança <2 anos, conforme o preconizado (11) e encontrado no estudo em todas as regiões brasileiras e estratos de municípios, oportunizou as equipes em colocar em pratica um conjunto de ações de acompanhamento periódico. Mas ainda há muito que avançar, ao considerar que, possivelmente o número de crianças atendidos em uma unidade de saúde da família, é superior ao número de cadastrados em uma determinada áreas da EqSF, ampliando a demanda da equipe, e podendo ser um reflexo da insuficiente cobertura da ESF ainda existente no Brasil (22-2-12), e que consequentemente pode influenciar em um resultado superestimado nos indicadores de consulta médica e puericultura.

De acordo com o escopo do estudo, no ano de 2014, houve um aumento de 62% nas consultas em puericultura, o que representa a efetividade da promoção a saúde infantil motivado pela expansão da cobertura da Atenção Básica, e que impacta na redução das barreiras de acesso na cobertura de Puericultura, como as condições geográficas e o meio de transporte disponível e a dinâmica do processo de trabalho implantado na unidade de saúde (31).

Conforme demonstrado, as equipes pertencentes ao MM ampliaram em 13% as consultas de puericultura no Brasil em apenas 2 anos de programa, e destas, 47% foram observadas nos municípios mais pobres e com mais baixo IDH, o que eleva a oportunidade do setor saúde em contribuir com a redução das iniquidades sociais a partir das necessidades das crianças, famílias e em grupos com maior necessidade. Como uma ação multiprofissional e em conjunto com família e comunidade, a atuação das equipes nos atendimentos em puericultura vem sendo muito discutida (32-33). Segundo Blank (32), enfermeiros investem mais tempo nas ações de promoção de saúde do que os médicos. Já Souza (33), revela falhas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pela ausência de atendimento intercalado entre as consultas médicas e de enfermagem, sendo a concentração de consultas de acordo com a dinâmica de cada ESF e pouca construção de vínculo entre eles. Isto resulta na baixa contribuição da equipe nos cuidados da mãe com a criança (34).

A qualidade na atenção prestada a criança, contribui para que o processo de trabalho não seja apenas reativo, mas que a oferta do cuidado possa ser planejada a partir do encontro de saberes entre as categorias profissionais e a comunidade (34). A análise dos indicadores que o estudo se propôs, nos leva a refletir sobre a relevância do agir intersetorial na atenção a criança, que para ser integral, deve se conectar a outros dispositivos e não apenas ao setor saúde (35). Educação, assistência social, saúde e meio ambiente demandam planos estratégicos conjuntos e territorializados, colocando em prática o conceito de território que vai além de uma área geográfica, mas que é feito por pessoas (26-35).

São limites do nosso estudo o uso de base de dados secundários em virtude das questões relacionadas ao processamento de dados, somado a extensão e heterogeneidade de informações que o banco utilizado no estudo possibilitou, além das inconsistências encontradas no banco provenientes do ministério da saúde. O SIAB no período do estudo, encontrava-se em transição, o que pode ter influenciado no número de equipes participantes do estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde infantil está presente na agenda política do país há várias décadas, e a implantação da ESF acompanhou essa evolução, o que contribuiu para um maior enfoque das EqSF a criança brasileira e que provavelmente permitiu um avanço positivo nos resultados dos indicadores infantis, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade social, que além de reduzirem o coeficiente de mortalidade infantil, melhoraram a qualidade de vida das crianças. O estudo elucidou que o PMM contribuiu para reduzir as desigualdades no acesso em localidades que ainda apresentavam baixa cobertura da ESF e um desafio na atenção à saúde. O desempenho do profissional médico do MM contribuiu para o aumento da oferta de serviços de saúde nas diversas regiões, e quebrou um paradigma por se tratar de uma estratégia de provimento, onde na sua maioria eram médicos estrangeiros.

Avançar nos cuidados básicos de saúde para que a AB seja coordenadora das redes de atenção à saúde, é uma postura que perpassa não só pela presença do profissional médico ou nos processos de trabalho isolados das equipes de saúde, mas como um disparador da gestão em cada município brasileiro em investimento na cobertura da AB. Além disso, serão necessários outros estudos, com ênfase em uma análise qualitativa que possam evidenciar os efeitos do PMM nos atributos da AB nos cuidados a criança.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66:158-164.
2. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev. Bras. Enferm*. 2014;67(5):794-802.
3. Brasil, Lei 12871, de 22 de outubro de 2013. Dispõe sobre a implantação do Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*.2013;22.

4. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista de Ciências Médicas*. 2013;22(1):31-41.
5. Mello DF, Barros DM, Pinto IC, Furtado MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):748-54.
6. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(186):1863–76.
7. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99: 87–93
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 13–9.
9. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simoes CCS. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med* 2007; 65: 2070–80.
10. Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Malta DC, Santos, MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis ACC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. 2016;21(2):327-338.
12. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araújo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provedimento de 2013 a 2015, revista *Interface (Botucatu)*. [Internet]. [acesso 2017 Set 23]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005018102&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005018102&lng=en).

13. Mendonça C, Margarita DS, Kopittke L. “O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2871-2878.
14. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa `Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2685-2696.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília; 2015.
16. Brasil, Constituição. Portaria n 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [Internet]. [acesso 2017 Set 23]. Disponível em:<[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013)>.
17. Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazari DH. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. *Rev da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2010;14(1):77-81.
18. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2008;11(1):113-124.
19. Tertuliano GC, Stein AT. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2011;16(2):523-530.
20. Queiroz LLC, Monteiro SG, Mochel EG, Veras MASM, Sousa FGM, Bezerra MLM et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(2):294-302.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

22. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & saúde coletiva*. 2016;21(9):2785-2796.
23. Battaues MRB, Liberali R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família–revisão sistemática. *Revista de APS*. 2014;17(1):93-100.
24. Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(8):1965-1970.
25. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, (orgs). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Ed UFS. 2009:29-74.
26. Brasil, Ministério da Saúde: II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 2009.
27. Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista FM, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2013;16(1):178-189.
28. Ribas AN. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) Universidade de Brasília, Brasília, 2016: 119.
29. Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Medeiros MR, Souza MT, Kunitake CST. Projeto Mais Médicos para o Brasil – Uso de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos profissionais – município de São Paulo (julho-dezembro 2014). XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. [acessado 2017 Set 22]. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sms-10210>>.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da

consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012:512.

31. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque baseado em evidências. J Pediatr. 2003;79(1):13-22.
32. Sousa FGM, Terra MG, Reibnitz KS, Backes VMS. Educação em saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. Online Braz J Nurs. 2007;6(2).
33. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da Saúde da Família. Rev Min Enferm. 2013; 17(2):331-9.
34. Silva ICA, Rebouças CBA, Lúcio IML, Bastos MLA. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. J Nurs. 2014;8(4):966-73.
35. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública. 2016;32(9):1-15.



## Anexo 1- Tabelas do artigo: Os efeitos do programa Mais Médicos na atenção à saúde da criança

**Tabela 1. Indicadores na linha de atenção à saúde da criança das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de município nos anos de 2013 e 2014 no Brasil**

Proporção de crianças < de 1 ano com cobertura vacinal		2013	N	2014	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		95,83(95,79-95,87)	181685	95,16(95,12-95,21)	304078	95,41 (95,38-95,44)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	97,18 (97,05-97,31)	11673	96,34 (96,21-96,47)	19887	96,65 (96,55-96,74)	< 0,0001
	Nordeste	94,91 (94,85-94,97)	74148	95,38 (95,33-95,43)	117935	95,20 (95,16-95,24)	< 0,0001
	Norte	95,70 (95,57-95,83)	20978	95,20 (95,08-95,32)	20978	95,41 (95,32-95,49)	< 0,0001
	Sudeste	96,66 (96,58-96,74)	52415	94,24 (94,14-94,34)	100446	95,07 (95,00-95,14)	< 0,0001
	Sul	96,21 (96,10-96,31)	28913	96,13 (96,05-96,22)	44832	96,16 (96,10-96,23)	0,284
Perfil do Município	20% Pobreza	95,04 (94,96-95,13)	46589	95,78 (95,73 — 95,84)	79036	95,51 (95,46- 95,55)	< 0,0001
	Capital	93,74 (93,57-93,91)	14534	87,84 (87,61- 88,07)	39164	89,44 (89,26- 89,61)	< 0,0001
	Demais Localidades	96,97 (96,92-97,03)	76786	96,92 (96,88 — 96,97)	124474	96,94 (96,91-96,98)	0,151
	G100	95,97 (95,84-96,10)	15454	95,79 (95,68- 95,90)	20688	95,86 (95,78- 95,95)	0,036
	Região Metropolitana	95,02 (94,90-95,14)	28322	95,32 (95,22- 95,42)	40716	95,20 (95,124- 95,27)	< 0,0001
Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo		2013	N	2014	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		75,08 (74,99-75,18)	182156	75,16(75,08-75,23)	301248	75,13 (75,07-75,19)	0,243
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	79,35 (78,99-79,71)	11338	81,39 (81,12-81,66)	19185	80,63 (81,12-81,66)	<0,0001
	Nordeste	69,92 (69,77-70,06)	73428	70,26 (70,14-70,37)	116261	70,13 (70,03-70,22)	<0,0001
	Norte	81,88 (81,60-82,17)	14193	81,39 (81,14-81,63)	20410	81,59 (81,40-81,78)	,010
	Sudeste	78,04 (77,87-78,21)	54964	77,16 (77,03-77,29)	101890	77,47 (77,36-77,57)	<0,0001
	Sul	77,65 (77,42-77,87)	28233	77,88 (77,70-78,07)	43502	77,79 (77,65-77,93)	,113
Perfil do Município	20% Pobreza	71,40 (71,22-71,59)	45967	72,80 (72,66-72,94)	77837	72,28 (72,17-72,39)	<0,0001
	Capital	77,58 (77,31-77,86)	18311	74,40 (74,19-74,61)	42377	75,36 (75,19-75,53)	<0,0001
	Demais Localidades	76,06 (75,91-76,21)	75012	76,43 (76,31-76,54)	121211	76,28 (76,19-76,38)	<0,0001
	G100	75,33 (75,01-75,65)	15069	75,04 (74,77-75,32)	20136	75,17 (74,96-75,38)	0,174
	Região Metropolitana	76,77 (76,54-77,00)	27797	76,76 (76,57-76,96)	3968	76,77 (76,62-76,91)	0,979
Razão de consulta médica em < 1 ano		2013	N	2014	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		2,84 (2,83-2,86)	139332	2,99 (2,99-3,00)	234748	2,94 (2,93-2,95)	<0,001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	3,46 (3,42-3,51)	9281	3,51 (3,47-3,54)	15002	3,51 (3,47-3,54)	0,118
	Nordeste	2,44 (2,42-2,45)	61796	2,56 (2,55-2,57)	98519	2,51 (2,50-2,52)	< 0,0001
	Norte	2,74 (2,70-2,77)	11773	2,96 (2,93-2,99)	17102	2,85 (2,85-2,89)	< 0,0001
	Sudeste	3,14 (3,11-3,16)	36271	3,29 (3,32-3,27)	72692	3,25 (3,24-3,27)	< 0,0001
	Sul	3,34 (3,31-3,38)	20211	3,41 (3,39-3,40)	31433	3,38 (3,36-3,40)	0,001

		2013		2014		Total	P
		Média (IC95%)	N	Média (IC95%)	N		
Perfil do Município	<b>20% Pobreza</b>	2,53 (2,51- 2,55)	39400	2,71 (2,70-2,73)	6705	106453 2,65 (2,63-2,66)	< 0,0001
	<b>Capital</b>	3,11 (3,07- 3,15)	11548	3,48 (3,46-3,51)	31492	4304 3,38 (3,36-3,40)	< 0,0001
	<b>Demais Localidades</b>	2,97 (2,95- 2,99)	57774	3,06 (3,05-3,07)	92189	149963 3,03 (3,01-3,04)	< 0,0001
	<b>G100</b>	2,45 (2,42- 2,49)	11055	2,48 (2,44-2,51)	15571	26626 2,47 (2,44-2,49)	0,4
	<b>Região Metropolitana</b>	3,17 (3,13- 3,20)	19555	3,19(3,17- 3,22)	2844	47998 3,18 (3,16-3,20)	0,23
<b>Razão de atendimento de Puericultura em &lt; 2 anos</b>		<b>2013</b>	<b>N</b>	<b>2014</b>	<b>N</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
		<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>		<b>Média (IC95%)</b>	
BRASIL		4,83 (4,81-4,85)	152816	5,08(5,07-5,09)	258360	411176 4,99 (4,98-5,00)	<0,0001
Regiões Brasileiras	<b>Centro Oeste</b>	4,52 (4,44-4,60)	9333	4,96 (4,90-5,03)	15872	25205 4,80 (4, 90-5,030)	<0,0001
	<b>Nordeste</b>	5,16 (5,13-5,19)	62312	5,44 (5,42-5,47)	100709	163021 5,33 (5,31-5,35)	<0,0001
	<b>Norte</b>	5,19 (5,11-5,27)	10785	5,10 (5,04-5,17)	15328	26113 5,14 (5,04-5,17)	0,082
	<b>Sudeste</b>	4,72 (4,69-4,76)	46917	4,94 (4,91-4,96)	89938	136855 4,86 (4,84-4,88)	<0,0001
	<b>Sul</b>	4,13 (4,09-4,17)	23469	4,48 (4,44-4,52)	36513	59982 4,34 (4,31-4,37)	<0,0001
Perfil do Município	<b>20% Pobreza</b>	5,13 (5,09-5,17)	37518	5,47 (5,44- 5,50)	64809	102327 5,34 (5,32- 5,37)	<0,0001
	<b>Capitais</b>	5,33 (5,28- 5,39)	16370	5,5 (5,46- 5,53)	40052	56422 5,45 (5,42- 5,48)	<0,0001
	<b>Demais localidades</b>	4,61 (4,58- 4,64)	61703	4,79 (4,77- 4,81)	101263	162966 4,72 (4,70- 4,74))	<0,0001
	<b>G100</b>	4,86 (4,80- 4,92)	1330	4,92 (4,87- 4,98)	17897	31202 4,90 (4,86- 4,94)	0,122
	<b>Região Metropolitana</b>	4,56 (4,52- 4,61)	23920	4,80 (4,77- 4,84)	34339	58259 4,71 (4,68- 4,73)	<0,0001

**Tabela 2. Indicadores na Linha de Atenção a Criança das Equipes de Estratégia de Saúde da Família segundo o tipo de equipe no período de 2013 a 2014.**

Proporção de crianças < de 1 ano com cobertura vacinal		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		95,45 (95,42-95,49)	419193	95,15 (95,07-95,24)	66570	485763 95,41 (95,38-95,44)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	96,64 (96,53-96,74)	28054	96,75 (96,49—97,01)	3506	31560 96,65 (96,55-96,74)	0,459
	Nordeste	95,13 (95,09-95,17)	161254	95,5 (95,45-95,63)	30829	192083 95,20 (95,16-95,24)	<0,0001
	Norte	95,60 (95,51-95,70)	28144	94,65 (94,44-94,86)	7370	35514 95,41 (95,32-95,49)	<0,0001
	Sudeste	95,22 (95,14-95,29)	137273	93,79 (93,52-94,06)	15588	152861 95,07 (95,00-95,14)	<0,0001
	Sul	96,19 (96,12-96,26)	64468	95,96 (95,76-96,15)	9277	73745 96,16 (96,10-96,23)	0,022
Perfil do Município	20% Pobreza	95,48 (95,43-95,53)	98423	95,62 (95,52-95,71)	27202	125625 95,51 (95,46-95,55)	0,0140
	Capital	89,69 (89,51-89,87)	47854	87,37 (86,75-88,00)	5844	53698 89,44 (89,26-89,61)	<0,0001
	Demais Localidades	96,97 (96,94-97,01)	181828	96,65 (96,54-96,77)	19432	201260 96,94 (96,91-96,98)	<0,0001
	G100	95,93 (95,84-96,02)	30986	95,45 (95,22-95,68)	5156	36142 95,86 (95,78-95,95)	<0,0001
	Região Metropolitana	95,17 (95,08-95,25)	60102	95,40 (95,19-95,61)	8936	69038 95,20 (95,12-95,27)	0,05
Proporção de crianças DE 0 A 3 meses com aleitamento materno exclusivo		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		75,24 (75,18-75,03)	417923	74,41 (74,26-74,57)	65481	483404 75,13 (75,07-75,19)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	80,55 (80,32-80,78)	27145	81,27 (80,62-81,91)	3378	30523 80,63 (80,41-80,85)	0,44
	Nordeste	70,5 (70,05-70,25)	159269	69,98 (69,76-70,21)	30420	189689 70,13 (70,03-70,22)	0,181
	Norte	81,64 (81,43-81,85)	27476	81,40 (80,98-81,82)	7127	34603 81,59 (81,40-81,78)	0,309
	Sudeste	77,52 (77,42-77,63)	141356	76,95 (76,62-77,29)	15498	156854 77,47 (77,36-77,57)	0,001
	Sul	77,92 (77,77-78,07)	62677	76,90 (76,49-77,31)	9058	71735 77,79 (77,65-77,93)	<0,0001
Perfil do Município	20% Pobreza	72,08 (71,95-72,21)	97080	73,00 (72,76-73,25)	26724	123804 72,28 (72,17-72,39)	<0,0001
	Capital	75,75 (75,57-75,93)	54624	71,87 (71,31-72,43)	6064	60688 75,36 (75,19-75,53)	<0,0001
	Demais Localidades	76,32 (76,23-76,42)	177316	75,94 (75,64-76,23)	18907	196223 76,28 (76,19-76,38)	0,015
	G100	75,31 (75,08-75,54)	30162	74,32 (73,79-74,85)	5043	35205 75,17 (74,96-75,38)	0,001
	Região Metropolitana	76,69 (76,53-76,85)	58741	77,25 (76,83-77,66)	8743	67484 76,77 (76,62-76,91)	0,015
Razão de Consulta Médica em < 1 ano		Convencional	N	PMM	N	Total	P
		Média (IC95%)		Média (IC95%)		Média (IC95%)	
BRASIL		2,92 (2,91-2,93)	320325	3,05 (3,04-3,07)	53755	374080 2,94 (2,93-2,95)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	3,48 (3,45-3,51)	21607	3,60 (3,52-3,68)	2676	24283 3,49 (3,46-3,52)	0,007
	Nordeste	2,45 (2,44-2,46)	133520	2,81 (2,78-2,83)	26795	160315 2,51 (2,50-2,52)	<0,0001
	Norte	2,82 (2,80-2,85)	22857	3,05 (2,99-3,10)	6018	28875 2,87 (2,85-2,89)	<0,0001
	Sudeste	3,24 (3,23-3,26)	97388	3,32 (3,28-3,36)	11575	108963 3,25 (3,24-3,27)	<0,0001
	Sul	3,39 (3,37-3,41)	44953	3,35 (3,30-3,41)	6691	51644 3,38 (3,36-3,40)	0,212
Perfil do Município	20% Pobreza	2,5 (2,54-2,57)	82875	2,96 (2,93-2,99)	23578	106453 2,65 (2,63-2,66)	<0,0001
	Capital	3,39 (3,37-3,42)	38083	3,29 (3,23-3,34)	4957	43040 3,38 (3,36-3,40)	0,001
	Demais Localidades	3,02 (3,00-3,03)	135011	3,12 (3,08-3,15)	14952	149963 3,03 (3,01-3,04)	<0,0001

		Convencional		PMM		Total	
		Média (IC95%)	N	Média (IC95%)	N	Média (IC95%)	P
	<b>G100</b>	2,43 (2,40-2,45)	22567	2,70 (2,63-2,76)	4059	26626 2,47 (2,44-2,49)	<0,0001
	<b>Região Metropolitana</b>	3,16 (3,14-3,19)	41789	3,30 (3,24-3,36)	6209	47998 3,18 (3,16-3,20)	<0,0001
<b>Razão de Atendimento de Puericultura em crianças &lt;2 anos</b>							
	<b>BRASIL</b>	4,99 (4,97-5,00)	355478	4,99 (4,93-5,02)	55698	411176 4,99(4,98-5,00)	0,874
<b>Regiões Brasileiras</b>	<b>Centro Oeste</b>	4,81 (4,76-4,86)	22332	4,71 (4,56-4,86)	2873	25205 4,80 (4,75-4,85)	0,207
	<b>Nordeste</b>	5,34 (5,32-5,36)	136669	5,31 (5,26-5,36)	26352	163021 5,33 (5,31-5,35)	0,28
	<b>Norte</b>	5,29 (5,23-5,34)	20822	4,56 (4,45-4,67)	5291	26113 5,14 (5,09-5,19)	<0,0001
	<b>Sudeste</b>	4,86 (4,84-4,88)	123146	4,89 (4,83-4,95)	13709	136855 4,86 (4,84-4,88)	0,301
	<b>Sul</b>	4,33 (4,30-4,36)	52509	4,45 (4,36-4,53)	7473	59982 4,34 (4,31-4,37)	0,07
<b>Perfil do Município</b>	<b>20% Pobreza</b>	5,36 (5,33-5,39)	80190	5,28 (5,23-5,33)	22137	102237 5,34 (5,32-5,37)	0,0090
	<b>Capital</b>	5,52 (5,48-5,55)	50583	4,87 (4,79-4,95)	5839	56422 5,45 (5,42-5,48)	<0,0001
	<b>Demais Localidades</b>	4,72 (4,70-4,74)	147196	4,71 (4,65-4,77)	15770	162996 4,72 (4,70-4,74)	0,681
	<b>G100</b>	4,88 (4,83-4,92)	26793	5,02 (4,91-5,12)	4409	31202 4,90 (4,86-4,94)	0,014
	<b>Região Metropolitana</b>	4,69 (4,66-4,72)	50716	4,79 (4,71-4,88)	7543	58259 4,71 (4,68-4,73)	0,22

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A partir dos achados neste estudo, afirma-se a relevância da atenção básica, no cuidado a criança e a gestante, e evidência -se que o modelo da estratégia de saúde da família é prioritário na redução da mortalidade materno infantil, além de revelar que o Programa Mais Médicos ampliou o acesso a esses grupos em regiões prioritárias do SUS.

O desempenho das equipes de saúde da família como a proporção de cobertura vacinal de 95% em todas as regiões do Brasil, os melhores resultados de aleitamento materno nas últimas décadas e o alcance do parâmetro nacional nas consultas médicas e atendimento de puericultura, declara que este grupo é prioridade na agenda da equipe de saúde, diferente da atenção a gestante onde o cuidado a esse grupo deve ser melhor conduzido, ao nos depararmos com a razão de mortalidade materna no Brasil que está longe da ideal, o que demonstra a necessidade de um olhar mais ampliado das equipes de saúde no cuidado a gestante, e a importância do fortalecimento das redes materno e infantil que tem início com o acesso ao Pré-natal que é fundamental na redução da mortalidade materna.

A variável idade materna e início precoce do pré-natal são considerados entre as mais importantes relacionadas aos cuidados na gestação, e o Brasil ainda apresenta alta proporção de gestação na adolescência, com concentração nas regiões Norte e Nordeste, o que influencia em todas as demais variáveis.

O Programa Mais Médicos cumpriu com o desafio de reduzir as iniquidades em saúde em regiões de desigualdades de acesso ao ampliar em 47% os atendimentos de Puericultura nas regiões mais pobres e de baixo IDH. As equipes pertencentes ao PMM obtiveram melhores resultados no alcance do parâmetro de consulta médica, além de ampliar o acesso das gestantes ao pré-natal, ao oportunizar em 2014, 66.000 mil gestantes cadastradas e acompanhadas pelas ESF. Pode se afirmar que essa ampliação do acesso atendeu também a dimensão equidade, ao observamos que a maior concentração de gestantes adolescentes estarem cadastradas nas equipes MM.

O cuidado a gestante e a criança nas capitais brasileiras, precisa ser melhor estudado, os achados no estudo revelam as capitais com menor cobertura vacinal em

crianças menores de 1 ano e o menor desempenho em todas as variáveis, quando comparado aos demais estratos de municípios, o que pode ser consequência da urbanização acelerada e da baixa cobertura de estratégia de saúde da família nos grandes centros. Esses resultados demandam uma maior discussão de qual é o modelo de atenção à saúde ideal para essas localidades, principalmente pelo perfil epidemiológico e demográfico existente no país e o predomínio das doenças crônicas.

Estudos qualitativos que abordem o processo de trabalho das equipes da ESF e o funcionamento das redes de atenção materno infantil, podem contribuir para uma melhor análise do princípio da integralidade e da qualidade prestada a esses grupos.

Importante destacar que este estudo é de grande importância para o campo da saúde pública, diante da relevância da Estratégia de saúde da família na atenção materno infantil e por ser um estudo pioneiro ao abordar a maior estratégia até hoje implantada no Brasil de provimento de médicos, em localidades de maior vulnerabilidade social em atenção a grupos tão sensíveis a qualquer aumento e redução da cobertura da atenção básica. Além de poder contribuir com uma maior reflexão sobre a implantação de políticas públicas em regiões prioritárias para o SUS e no futuro do Programa Mais Médicos no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J.P et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67,n.6,p.1000-1007, 2014.

BARROS, F. C. et al. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 1, p. 1–16, mar. 2010.

BITTAR, T.O et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 14, n. 1, 2010.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local Health information systems at the local level. **Cad. Saúde Públ**, v. 12, n. 2, p. 267-270, 1996.

BRASIL. Lei 12.871, de 22 de Outubro de 2013. **Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médico**. Diário Oficial da União 2013; 22 out.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. **Institui o programa de valorização da atenção básica**. **Diário Oficial da União** 2011; 1 set.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro 2001-2012**. Brasília: **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013**. 60p. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/idb-portugues.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/ GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União** 11 Jul. de 2013a; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Constituição. Portaria SGTES nº 8, de 31 de julho de 2013. **Divulga o resultado do processamento eletrônico da seleção de municípios pelos médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, inscritos para o Projeto Mais Médicos para o Brasil.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 23.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. p112 , 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Constituição. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 2011a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 19 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Brasília: Ministério, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal.** Organização Pan-Americana de Saúde. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** Manual Instrutivo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2012b.



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

\_\_\_\_\_. Constituição. Portaria n 1.412, de 10 de julho de 2013. **Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)** disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013>. Acesso em 19 de agosto de 2016.

CABRAL, I.E; AGUIAR, R. C. B. As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, n. 3, p. 285-291, 2003.

CAMPOS, F. E; CHERCHIGLIA, M. L.; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Revista brasileira de saúde da família**. 2(5): 71-79, 2002.

CAMPOS, F.E;AGUIAR, R.A. T; OLIVEIRA, V.B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis (Rio J.)**, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, G. W. DE S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 641–642, 2015.

CARVALHO, M. S. DE; SOUSA, M. F. DE. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun. 2014.

CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **RevBras de MedFam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2015 Out-Dez; 10(37):1-9, 2015.

CEBES. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. O SUS Precisa de Mais Médicos e Muito Mais. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 200-207, abr./jun. 2013.

COLLAR, J. N. et al. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**. Porto Alegre. v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

DE MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet**, v. 18, n. 1, p. 07-18, 2010.

DUARTE, C. M. R. **Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil**: revisão da literatura sobre a última década Health policy effectson infant mortality trends in Brasil: a literature review from the last decade. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, 2007.

ESCOREL, S. et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002.

FERLA, A. et al. Os Programas Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): **Analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro**. Porto Alegre: UFRGS, 2015. 150p.

FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**, 2005.

FIGUEIREDO, E. N. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Situação mundial da infância**. Edição especial. Celebrando 20 Anos da Convenção sobre os Direitos da Criança todos juntos pelas crianças. Novembro, 2009.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun 2006 .

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. A emergência dos brasileiros e desafios do desenvolvimento 2014. Ano 10. Edição 79 - maio 2014.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA; SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Relatório Nacional de Acompanhamento**, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, R. T. S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa `Mais Médicos`: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social e Preventiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 2007.

MACINKO J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, MARINHO, M. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.60, n. 1, p. 13-7, 2006.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOLINA, J. et al. O programa Mais Médico e as Redes de atenção à Saúde no Brasil. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 190-201, 2014.

NOVACZYK, A. B.; DIAS, N. S.; GAÍVA, M. A. M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1124, 2008.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios. *Lancet*: **Série Saúde no Brasil**, v. 1, 2012.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57–64, 6 jul, 2013.

RIBAS, A. N. R. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas**. 2016.119f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e, Cooperação Internacional, Brasília, 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.6, p.1027-1034, 2005.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SILVA, A. C. M. A. *et al.* Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 349-58, 2009.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821-8, 2005.

SILVEIRA, D.; SANTOS, I.; COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, vol.17, n.1, pp.131-139. ISSN 1678-4464, 2001.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v, 16, n.3, p.85-91, 2007.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

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

TEIXEIRA, CF (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

VICTORA, C. G. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil de Pelotas, localidade da Região Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 34-35, 1996

VICTORA, C. G. et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**, v. 356, n. 9235, p. 1093–8, 23 set. 2000.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–76, 28 maio 2011.