



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**GABRIELA IMBUZEIRO CARDOSO**

**IMPACTO DA REDE CEGONHA NAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E AO  
PARTO, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2001 A 2021**

**RIO DE JANEIRO**

**2022**

**GABRIELA IMBUZEIRO CARDOSO**

**IMPACTO DA REDE CEGONHA NAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E AO  
PARTO, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2001 A 2021**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Dra. Viviane Gomes Parreira Dutra

RIO DE JANEIRO

2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

Cardoso, Gabriela Imbuzeiro

Impacto da Rede Cegonha nas internações por condições sensíveis à atenção primária relacionadas ao pré-natal e ao parto, no município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021. / Gabriela Imbuzeiro Cardoso. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2022.

52 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Viviane Gomes Parreira Dutra

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 49-52

1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Hospitalização. 4. Análise de Séries Temporais Interrompida. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Dutra, Viviane Gomes Parreira. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7/5183

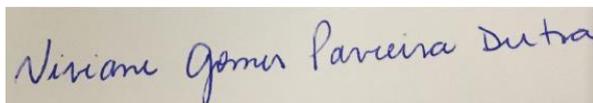
**GABRIELA IMBUZEIRO CARDOSO**

**IMPACTO DA REDE CEGONHA NAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E AO  
PARTO, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2001 A 2021**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Aprovação em: 18 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:



---

Viviane Gomes Parreira Dutra

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil



---

Raphael Mendonça Guimarães

Doutorado em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil  
Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

---

Luisa Arueira Chaves

Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil  
Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

## RESUMO

Indicadores de saúde relacionados ao cuidado materno-infantil são considerados, internacionalmente, reflexos do desenvolvimento do Estado porque incluem desfechos desfavoráveis em saúde que poderiam ser evitados. Na busca por uma melhoria desses indicadores foi criada a Rede Cegonha; o programa federal mais completo devido aos seus quatro componentes: saúde da mulher, gestação, parto e cuidado com a criança até dois anos de idade; sendo a atenção primária responsabilizada por grande parte da execução destes. Assim, pensando em um indicador de saúde capaz de refletir a qualidade do serviço ofertado pela atenção primária nessa linha de cuidado, escolheu-se as Internações por condições sensíveis relacionadas ao pré-natal e parto como objeto de pesquisa. Este estudo teve por objetivo discutir o impacto da implantação da Rede Cegonha nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro. Tratou-se de um estudo ecológico que utilizou como estratégia de análise Séries Temporais Interrompidas, correlacionando as taxas de internações por condições sensíveis do grupo 19, ao longo de 20 anos, com as intervenções ao longo do período; sendo elas a Rede Cegonha, Polínicas Nacionais da Atenção Básica (PNAB) de 2006 e de 2017. Como resultado, encontrou-se uma mudança relativa nas tendências da série com coeficientes de aumento para as três políticas analisadas, coeficiente de 1,8 para PNAB 2006; coeficiente de 4,3 para Rede Cegonha; e coeficiente de 2,7 para PNAB 2017; sendo a Rede Cegonha a de maior impacto numérico. Conforme esses resultados, foram colocados em discussão o papel da estruturação das redes de atenção e a necessidade de investimentos na expansão da atenção primária no município, com isso, visando a normatizações de políticas públicas a fim de que possam ser colocadas em prática. Portanto, são necessários estudos analíticos capazes de correlacionar a integração das redes de atenção à saúde com a capilarização de um cuidado materno-infantil que reflita melhores indicadores de saúde.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Materno-Infantil. Atenção Primária à Saúde. Indicadores Básicos de Saúde. Hospitalização. Análise de Séries Temporais Interrompida.

## ABSTRACT

Health indicators related to maternal and childcare are considered internationally as a reflection of the development of the State since they include unfavorable health outcomes that could be avoided. In the incessant search for improving maternal and child health indicators, the Rede Cegonha (“Stork Network”) was created in Brazil, which is a federal program considered the most complete because it presents four components capable of including women's health, pregnancy, delivery, and childcare up to two years of age. In these components, primary care is responsible for a large part of its execution. Thinking about a health indicator capable of reflecting the quality of the service offered by primary health care, hospitalizations for sensitive conditions were chosen in group 19 regarding delivery and the puerperium as the object of this study. This study aims to discuss the impact of the implementation of the Rede Cegonha on hospitalizations for sensitive conditions in primary health care, related to prenatal care and delivery, in the city of Rio de Janeiro. This ecological study uses interrupted time series as an analysis strategy, correlating the rates of hospitalizations for sensitive conditions in group 19 over 20 years with the interventions along the period, namely Rede Cegonha, PNAB 2006 and 2017. As a result, a relative change was found in the trends of the series with increased coefficients for the three policies analyzed: coefficient of 1.8 for PNAB 2006, coefficient of 4.3 for Rede Cegonha, and coefficient of 2.7 for PNAB 2017; being the Rede Cegonha the one with the greatest numerical impact. In view of the results found, the role of structuring care networks and the need for investments in the expansion of primary care in the municipality was brought up for discussion so that norms arising from public policies can be put into practice. In this way, analytical studies capable of correlating the integration of health care networks with the capillarization of maternal and childcare that reflect better health indicators are necessary.

**Keywords:** Maternal and Child Health Services; Primary Health Care; Health Status Indicators; Hospitalization; Interrupted Time Series Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993. ....	18
Figura 2 - Densidade populacional no município do Rio de Janeiro em 2018.....	19
Quadro 1 - Lista de códigos considerados sensíveis à atenção primária. ....	30
Gráfico 1 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, segundo Unidade da Federação. ....	32
Quadro 2 - Causas Básicas de Internações por condições sensíveis do grupo 19 e seus respectivos códigos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	36
Gráfico 2 - Taxa Mensal de ICSAP do grupo 19 e Cobertura ESF no município do Rio de Janeiro, 2001 e 2021 .....	42
Gráfico 3 - Taxas mensais de ICSAP do grupo 19, infecção do trato urinário e sífilis congênita e marcos políticos, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021. ....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número absoluto, taxa das internações por condições sensíveis do grupo 19 e suas respectivas causas básicas e população feminina residente, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021. ....	41
Tabela 2 - Resultado da aplicação do modelo estatístico Prais no STATA v.12 correlacionando as taxas de ICSAP do grupo 19 e as intervenções considerando nível e tendência, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021 .....	44
Tabela 3 - Comparação das tendências antes e depois de cada uma das intervenções nas taxas de ICSAP do grupo 19, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021 .....	44

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE – Agente de Combate a Endemias  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AP – Área de Planejamento  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAP – Coordenação da Área Programática  
CID-10 – Código Internacional de Doenças  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
Covid-19 – Doença do Coronavírus 2019  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DNCr – Departamento Nacional da Criança  
EqSF – Equipe de Saúde da Família  
ESB – Equipes de Saúde Bucal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
eSUS AB – Prontuário Eletrônico da Atenção Básica  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICSAP – Internações por condições sensíveis à atenção primária  
IST – Infecção Sexualmente Transmissível  
ITS – Séries Temporais Interrompidas  
MES – Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança  
MIF – Mulheres em Idade Fértil  
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica  
NOB/96 – Norma Operacional Básica de 1996  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OSS – Organizações Sociais de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

RAMI – Rede de Atenção Materna e Infantil

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SISPRENATAL - Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TEIAS – Territórios Integrados de Atenção à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
2.2	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	16
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS RELACIONADAS À SAÚDE MATERNO- INFANTIL.....	20
2.4	REDE CEGONHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
2.5	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	24
2.6	PROGRAMA CEGONHA CARIOCA .....	26
2.7	AValiação DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	27
2.8	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) .....	28
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	34
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>36</b>
5.1	DESENHO DE ESTUDO.....	36
5.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	36
5.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	36
5.4	FONTE DE DADOS .....	36
5.5	ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE .....	37
5.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>

<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988 que a saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado. Em sistemas de saúde públicos e universais, a Atenção Primária à Saúde (APS) é peça fundamental e estruturante desses cuidados nas redes de atenção à saúde, atuando como uma das portas de entrada do sistema por meio de seus princípios, tais como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (AGUIAR; ARAÚJO, 2002).

Em 1994, com os primórdios do Programa Saúde da Família, surgiu o novo modelo político assistencial com a finalidade de ampliação do acesso à saúde. E foi a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, que tal modelo foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A partir das evidências da literatura no sentido de que a ESF favorece a melhoria da saúde, a equidade e proporciona maior eficiência dos serviços e menores custos (MACINKO et al., 2006), considera-se relevante estudar indicadores de qualidade do serviço prestado pela APS a fim de identificar fragilidades do sistema e utilizar os dados como ferramenta de gestão dos serviços de saúde.

O percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAPS), em relação ao número total de internações clínicas em um mesmo local e período, é um marcador indireto da qualidade do serviço prestado por esse nível de atenção (FERNANDES et al., 2009). Assim, representa eventos que poderiam ser evitados por uma atuação oportuna e eficaz da atenção primária capaz de refletir a resolutividade do cuidado ofertado. Vale ressaltar que alguns autores defendem a limitação desse indicador devido à sua origem multifatorial, que inclui determinantes sociais e falhas nas fontes de notificação (SOUSA; SILVA, 2020).

Dentre as internações por condições sensíveis à APS (BRASIL, 2008), destacam-se as relacionadas ao pré-natal e parto, abrangendo três subitens: infecção no trato urinário na gravidez, sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita. A atenção à saúde materno-infantil vem ganhando importância, sendo essa população prioritária em diversas iniciativas em saúde no cenário nacional e mundial.

Ainda são elevadas as taxas de incidência de condições de saúde evitáveis. Entre elas, pode-se destacar as relacionadas ao cuidado materno-infantil. Indicadores relacionados com essa população são reflexos de desenvolvimento do Estado no olhar de organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU). Diante disso, os indicadores brasileiros, ainda muito abaixo do esperado no cenário mundial, chamam atenção dos gestores

e governantes, logo, estimulando a implementação de políticas públicas que visem reduzir desfechos desfavoráveis das condições de saúde.

Foi nesse contexto que se regulamentou a Rede Cegonha, com a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), iniciativa federal organizada a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; além do Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação; com objetivo de estruturar os serviços de saúde em uma rede de atenção capaz de reduzir a morbimortalidade materna e infantil; sendo a APS peça fundamental e estruturante na coordenação desse cuidado (BROCH et al., 2019).

Diante disso, este estudo teve por objetivo a análise do impacto da implementação da Rede Cegonha nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAPS) relacionadas ao pré-natal e parto, assim, trazendo para discussão a importância dos indicadores como ferramentas de gestão tanto para identificação de fragilidades do sistema e planejamento de políticas públicas quanto para análise do resultado da implementação dessas estratégias.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Declaração de Alma-Ata (1978) foi um marco histórico para a aplicação dos cuidados primários no mundo, bem como sua influência no cenário sociocultural, político e econômico dos países. A atenção primária tem papel central na organização dos serviços de saúde e, por meio dos atributos descritos por Starfield – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária (AGUIAR; ARAÚJO, 2002) –, é capaz de produzir cuidado em saúde de forma mais efetiva e equânime (MACINKO et al., 2006).

No Brasil, a atenção primária à saúde, garantida pela Constituição de 1988, foi pensada com base nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Entretanto o modelo de atenção que prevaleceu no SUS, inicialmente, foi centralizado com foco nas doenças e ações curativas ofertadas pelos hospitais. A atenção primária só ganhou destaque no cenário histórico nacional com o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994; e, em termos normativos, a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96).

A Norma Operacional Básica de 1996 foi fundamental para normatizar o financiamento da atenção primária e, conseqüentemente, viabilizar a implementação e a expansão de políticas públicas como o PSF. E foi com a NOB/96 que ficou estabelecido como competência municipal a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e, como competência estadual, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, avanços no processo de descentralização do SUS. No período de sua implementação foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), dividido em dois componentes: o fixo, uma forma de financiamento global *per capita*; e o variável, que consiste em recursos financeiros destinados a estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde. Os recursos eram transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, favorecendo avanços na ampliação e no acesso à atenção primária (SAUTER et al., 2012).

Tais ações federais foram criadas como respostas aos altos índices de morbimortalidade infantil, epidemias na região Nordeste e tiveram sua implementação priorizada em municípios menores e em áreas de maior vulnerabilidade social (FAUSTO; MATTA, 2007).

Apenas em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definido como estruturante e essencial para reorganização da base do sistema de saúde nacional. Assim, estabelecendo o modelo assistencial com a equipe multiprofissional assumindo a função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede. Os anos subsequentes foram marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entretanto persistiram fragilidades na infraestrutura, subfinanciamento e dificuldade em atrair profissionais médicos.

Com a motivação gerada por essas fragilidades, em 2011, uma nova PNAB passou a incluir o Requalifica UBS, com reformas, ampliações, construções e informatização; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e o Programa Mais Médicos (PMM). Esse último possibilitou ampliação da cobertura da ESF em áreas mais vulneráveis e de difícil fixação de profissionais médicos. Nesse mesmo período foi criado o e-SUS AB, objetivando a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo), além de aumento no orçamento federal da atenção básica, principalmente, no PAB variável e em recursos de investimento (MELO et al., 2018).

Entretanto essas iniciativas não foram suficientes para o enfrentamento de questões como o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a formação profissional e a integração da atenção primária com os demais componentes das redes de atenção. Além da centralização da responsabilidade do financiamento da atenção básica nos municípios.

Nos anos subsequentes, grave crise política e econômica no país teve impacto no SUS. Em 2014, aprovou-se lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE). Em 2016, uma portaria, que em seguida foi revogada, facultou a presença de ACS nas equipes e a incorporação de mais técnicos de enfermagem; e foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 9520, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação (MELO et al., 2018).

Em 2017, uma mudança nas regras do financiamento federal do SUS substituiu os seis blocos de financiamento deste (um deles da atenção básica) por dois grandes blocos, de custeio e investimento. Nesse mesmo ano, o então ministro da saúde defendeu a criação de planos

privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Mesmo diante de muitos protestos, instituiu-se uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MELO et al., 2018).

A PNAB de 2017 reconhece outras formas de organização da Atenção Básica para além da Estratégia Saúde da Família, o número mínimo de ACS/equipe passa a ser de um ACS/equipe, com recomendação de que os ACSs devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da população da EqSF. E, ainda, os NASF passam a chamar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suprimindo a noção de “apoio” matricial e incluindo a possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais (MELO et al., 2018).

Diante disso, a revisão da PNAB, realizada em 2017, descaracteriza as atribuições dos agentes comunitários de saúde e prioriza a atenção básica tradicional. Configurando, portanto, um retrocesso para a Estratégia Saúde da Família, com isso, ameaçando a multiprofissionalidade das equipes, priorizando o pronto atendimento e o cuidado individual, fragilizando a abordagem territorial e comunitária e, conseqüentemente, os próprios princípios do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde tem grande potencial resolutivo, capacidade de coordenação dos fluxos assistenciais e oferta de cuidado pautado nas necessidades de seu território, sendo capaz de reordenar recursos do sistema de saúde para as necessidades da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2015).

Entretanto dilemas histórico-estruturais como as relações público-privadas, a dificuldade de fixação e formação de profissionais para trabalhar nesse nível de atenção, além do subfinanciamento do setor, são impasses na consolidação da APS como eixo estruturante e porta de entrada principal do SUS (CASTRO et al., 2015).

Apesar das mudanças que ocorreram no eixo destinado à formação profissional, a dificuldade de fixação de profissionais na APS se perpetua por diversos motivos, dentre os quais, cabe destacar vínculos precarizados de trabalho, demanda excessiva de atendimentos e falta de infraestrutura de unidades, bem como localização de unidades, muitas vezes, em áreas remotas, vulneráveis ou violentas. Fatos que corroboram a rotatividade dos profissionais e prejudicam a longitudinalidade do cuidado (OLIVEIRA et al., 2015).

## 2.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As redes de atenção à Saúde (RAS) são como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). A RAS apresenta uma configuração poliárquica, organizada em malha, em que seus diferentes pontos se correlacionam, todos com o mesmo grau de importância, diferindo entre si apenas nas densidades das tecnologias ofertadas por cada um deles, e com o objetivo em comum de prestar serviços de saúde que atendam às necessidades de uma população definida (MENDES, 2011).

Segundo Vilaça (2011), ainda há uma visão distorcida entre complexidade e densidade tecnológica que acaba por gerar uma desvalorização da APS, se comparada aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Quando, na verdade, a APS é o centro coordenador das redes policêntricas e horizontais, responsável pela resolução de 85% dos problemas de saúde e, apesar de baixa densidade tecnológica, oferta um cuidado de alta complexidade (MENDES, 2011).

Segundo Merhy (2003), a APS é responsável por uma produção de cuidado vivo em ato, utilizando tecnologias leves e fundamentadas na relação entre os indivíduos, na micropolítica dos usuários e do território, mescladas às tecnologias duras representadas pelo conhecimento técnico.

Uma fragilidade das RAS ainda identificada é o desempenho da coordenação do cuidado por parte da APS, o qual fica prejudicado em decorrência da ineficiência ou ausência da referência e contrarreferência, limitada oferta de consultas e exames, resultando em grandes filas de espera pelo procedimento e má organização das atividades de regulação. Apesar dos esforços aplicados em capacitação e informatização, isso segue como um nó no itinerário terapêutico de muitos pacientes (SERRA; RODRIGUES, 2010).

No que diz respeito à organização das redes de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, desde 1993, a cidade é dividida em dez Áreas de Planejamento (AP) para fins de planejamento em saúde.



Figura 1 - Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993.  
Fonte: Plano Municipal de Saúde (2013).

As áreas de planejamento são muito heterogêneas, principalmente em função da evolução da ocupação que ocorreu historicamente ao redor do centro da cidade, além da distribuição das atividades econômicas, mobilidade urbana, distribuição de equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer (RIO DE JANEIRO, 2018).

A cidade do Rio de Janeiro, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, era a segunda maior cidade do Brasil e apresentava diferentes densidades demográficas e perfis populacionais entre as APs. Segundo o Plano municipal de saúde de 2018, cada Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) deve responsabilizar-se por organizar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional da atenção à saúde no município, superando a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde. Desse modo, garantindo, portanto, as necessidades e especificidades da população adscrita com efetividade e eficiência (RIO DE JANEIRO, 2018).

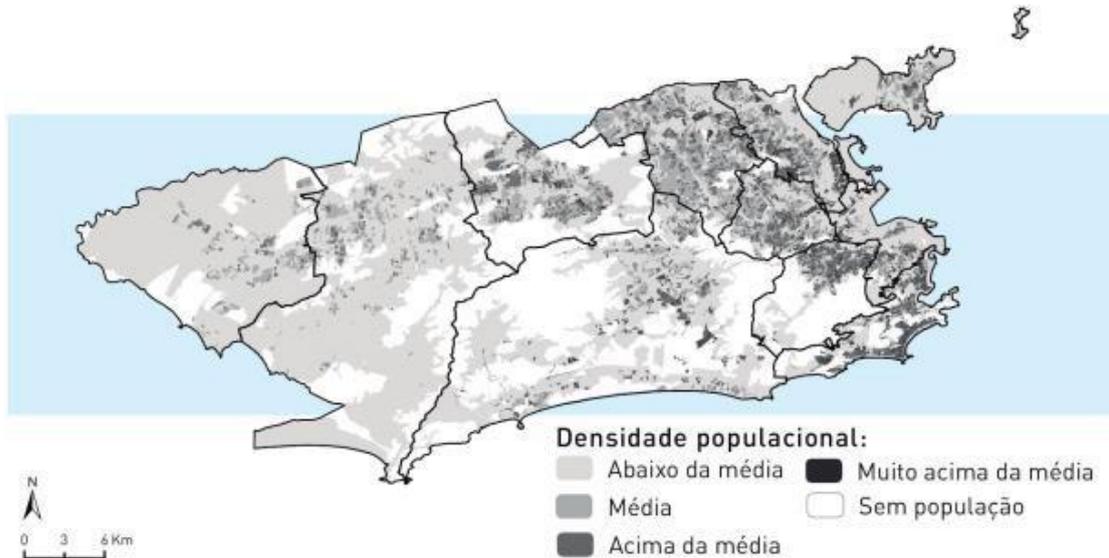


Figura 2 - Densidade populacional no município do Rio de Janeiro em 2018  
 Fonte: Plano Municipal de Saúde (2018)

No que diz respeito às redes de atenção do cuidado de pré-natal e parto no município do Rio de Janeiro, a cidade conta com 11 maternidades municipais, uma casa de parto e mais oito maternidades de gestão estadual e federal que fazem parte do programa cegonha carioca. Quando se observa a distribuição dessas maternidades pelas áreas de planejamento, constata-se uma desigualdade intraurbana que pode interferir no acesso, na oferta de serviços e, conseqüentemente, no cuidado de pré-natal e parto.

Ao analisar o itinerário terapêutico das gestantes, verifica-se articulação na estrutura operacional em seus diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, o exemplo é dado pelo compartilhamento de cuidado entre unidade básica e maternidade de referência, sendo a interlocução feita por cada Coordenadoria da Área Programática (CAP). Usuárias com pré-natal de baixo risco realizam o cuidado durante toda a gestação na sua unidade básica de referência e, no momento do parto, são absorvidas pela maternidade da área adscrita. Já gestantes com condições de saúde que as classificam como alto risco têm seu cuidado compartilhado entre equipe de estratégia de saúde da família e maternidade direcionada pela central de regulação ou pela CAP, desde o pré-natal até o momento do parto, não necessariamente geograficamente pertencente à sua área de planejamento e próxima ao seu domicílio. Talvez, por uma visão ainda distorcida acerca do papel da APS, muitas são as situações em que o nível secundário ou terciário desvaloriza a coordenação do cuidado e, por conseguinte, são gerados ruídos na comunicação que prejudicam o cuidado integral da gestante.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS RELACIONADAS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A redução da morbimortalidade materno-infantil é de grande importância para o desenvolvimento nacional e, a cada ano, vem sendo mais incentivada internacionalmente. Por isso, objetivando avanços nos indicadores de saúde, políticas públicas que visam à melhoria da qualidade nos serviços prestados para essa população vêm sendo implementadas desde o início do século XX.

Entre 1937 e 1945, no governo de Getúlio Vargas, período denominado de Estado Novo, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno-infantil do Brasil. Suas atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que objetivava apenas normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução (HOCHMAN, 2005).

Em 1940, Getúlio Vargas transferiu para o Departamento Nacional da Criança (DNCR) as responsabilidades relacionadas à saúde da mãe e da criança, sendo esse, então, o primeiro órgão criado para atender, exclusivamente, à saúde materno-infantil. Nesse período, defendia-se que a reprodução humana era mais importante para a sociedade do que para o indivíduo, pois objetivava apenas a busca por uma nação forte e rica. Eram estimuladas ações para combater a mortalidade infantil, melhorar o pré-natal e voltar a educação para o estímulo a bons hábitos morais e higiênicos. Mesmo que incipiente, a implementação de algumas políticas públicas nesse período demonstrou lenta redução da mortalidade infantil. Essa era a maior preocupação do governo no momento em detrimento das condições de saúde da mulher (HOCHMAN, 2005).

Durante o militarismo, na década de 1970, houve a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). O PSMI tinha dois focos de atuação: o primeiro era a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial; e o segundo era a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. Os programas de saúde passaram a ser fortemente criticados pelo movimento feminista brasileiro, que ganhava força nesse período. Tal movimento suscitou discussões sociais sobre questões como a desigualdade social entre homens e mulheres, sexualidade, dificuldades relacionadas à anticoncepção, infecções sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho doméstico, pautas que passaram a incorporar iniciativas governamentais (CASSIANO et al., 2014).

Diante dessas argumentações, em 1984, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Uma das maiores conquistas do movimento feminista, o PAISM foi o primeiro programa lançado pelo governo federal com o propósito de planejamento familiar no Brasil. Tem seus princípios e diretrizes voltados para a orientação do atendimento integral à saúde das mulheres e inclui, em suas ações, atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde. Atende às necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama. O PAISM, destaca-se, apesar de bem-estruturado, não foi um programa efetivamente implantado em todo o território nacional (CASSIANO et al., 2014).

Diante disso, em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria/GM n.º 569, que teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. Ele objetivava reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido. A gestante passou a saber qual a sua maternidade de referência, ter direito a um acompanhante durante o parto e pós-parto e, ainda, ao alojamento conjunto (BRASIL, 2000).

Para acompanhar, planejar e avaliar a qualidade do pré-natal e puerpério das mulheres inseridas no PHPN e monitorar o pagamento do incentivo financeiro foi criado, pelo Datasus, um *software* denominado Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS (SISPRENATAL) (BRASIL, 2000).

Com o reconhecimento de que a redução da mortalidade ainda era um desafio para o Brasil, em março de 2004, foi lançado, pela Presidência da República, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tinha como meta reduzir essas mortes em 5% ao ano. Seus princípios voltavam-se para o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. Outra preocupação do pacto era quanto à alta taxa de cesarianas, um possível agravante de complicações no parto (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, o Brasil progrediu muito no atendimento à mulher e à criança. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para

68 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51%. Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por mil nascidos vivos, e, em 2010, de 16,2 óbitos por mil nascidos vivos. Apesar do esforço, os níveis da mortalidade permaneceram elevados quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico (CASSIANO et al., 2014).

#### 2.4 REDE CEGONHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A fim de promover avanços nos indicadores de saúde e na redução da morbimortalidade materno-infantil, através da Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, foi regulamentada a Rede Cegonha. Tal política pública consiste em uma rede de cuidados que visa garantir direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além do direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis das crianças.

A Rede Cegonha foi criada com o propósito de integrar as redes de atenção e normatizar boas práticas de saúde materno-infantil; sendo o programa mais completo já elaborado pelo governo federal. Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrangem estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações direcionadas ao atendimento da criança até dois anos de idade.

São objetivos da Rede Cegonha: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Organizada em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e, Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, a Rede Cegonha visa estimular e normatizar boas práticas em saúde em todo território nacional e por toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A implementação da Rede Cegonha perpassa pelo bom funcionamento de toda a rede assistencial, e destaca-se, para a APS, grande responsabilidade, principalmente, no que diz respeito aos componentes de pré-natal e de puerpério e atenção integral à saúde da criança.

Nesses componentes, conforme descrito na Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, estão inclusos os seguintes itens: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS)

com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, além de acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal até a maternidade em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; orientação e oferta de métodos contraceptivos; prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites; e apoio às gestantes nos deslocamentos para o local das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico; promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis.

A regulamentação de normativas públicas que, assim como a Rede Cegonha, estimulem boas práticas em saúde são fundamentais para compor a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados em saúde. Assim, segundo Donabedian (1966), conceituam-se os indicadores aplicáveis para avaliação da qualidade dos serviços em saúde (PORTELA, 2007).

Após mais de uma década de sua implementação, estudos analisam os impactos da Rede Cegonha na saúde materno-infantil. Segundo Souza (2020), a análise dos indicadores da saúde materna, antes e após a implementação da Rede Cegonha, leva à conclusão de que os municípios que aderiram à rede, nos primeiros anos após sua implementação, apresentaram menores coeficientes de mortalidade materna ao longo dos anos subsequentes. Com relação a outros indicadores dessa linha de cuidado, observou-se que, nos anos após a implementação da Rede Cegonha, a prática do aleitamento materno, o número de consultas de pré-natal e o número de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre aumentaram progressivamente no Brasil. No entanto são perceptíveis as diferenças entre as regiões brasileiras, e as regiões Norte e Nordeste mantêm indicadores bem abaixo do desejado quando comparadas com as demais regiões da federação (SOUZA, 2020).

Com a justificativa desses indicadores ainda aquém do desejado, o governo federal publicou, em 04 de abril de 2022, uma portaria que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e, ao recém-nascido e à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2022).

Muitas foram as críticas à nova portaria, entre elas o fato de ser publicação unilateral, sem pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, além de dar ênfase à atuação do médico-obstetra sem contemplar ações e serviços voltados às crianças, desvalorizando a atuação dos médicos pediatras e excluindo a importância do profissional enfermeiro obstetritz no cuidado do parto humanizado. Nesse sentido, afastando-se das necessidades locais e das mudanças desejadas que consistem na qualificação da assistência à saúde das mulheres, gestantes e crianças do país.

## 2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro, apesar dos princípios constitucionais de 1988, até 2008, apresentava a mais baixa cobertura de equipes completas de saúde da família entre as capitais brasileiras, cerca de 3,5% de sua população tinha acesso à ESF. Nesse período, predominava o modelo hospitalocêntrico e a atenção primária organizava-se em poucos centros de saúde, com médicos de especialidades básicas sem mecanismos de adscrição, acesso e longitudinalidade (MELO et al., 2019).

Em 2009, a gestão municipal eleita, e reeleita em 2012, iniciou a reforma da atenção primária priorizando a Estratégia Saúde da Família, em parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). A partir de seus eixos de planejamento, em 2016, a ESF alcançou 70% de cobertura populacional, com investimentos desde a infraestrutura, a qualificação profissional, até a avaliação de resultados dos serviços prestados à população e remuneração por desempenho (SORANZ et al., 2016).

O aumento do número de equipes de saúde da família e o padrão das clínicas da família passaram a ser reconhecidos local e nacionalmente, servindo, inclusive, de exemplo para outras localidades do país. Dentre os eixos de planejamento da reforma da atenção primária no município, pode-se destacar o aumento no número de vagas na residência em medicina de família e comunidade e, conseqüentemente, no número de profissionais formados com esse perfil, melhoria na remuneração profissional, reorganização do sistema de regulação e investimentos em tecnologia da informação e comunicação. Tais mudanças se refletiram na melhoria de indicadores de saúde, como, por exemplo, reduzindo internações por condições sensíveis à APS (SANTOS et al., 2018).

Em 2017, assumiu-se uma nova gestão municipal e, no mesmo ano, publicou-se uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB de 2017 fragilizou os princípios da universalidade, integralidade e equidade, para tanto, propondo mudanças que

priorizam a demanda espontânea, reduzem incentivos à equipe multiprofissional e enfraquecem o cuidado com o enfoque territorial e comunitário (GIOVANELLA et al., 2020).

Com a mesma orientação da política federal, os gestores anunciaram déficit no orçamento municipal, e a saúde do município do Rio de Janeiro enfrentou grave crise com fragilização dos vínculos profissionais, atrasos salariais, demissões, greves de trabalhadores, assédio moral, reduções do horário de funcionamento de unidades e sucateamento estrutural (SILVA, 2020).

Nesse cenário, como forma de resistência, surgiu um movimento de trabalhadores da rede municipal denominado “Nenhum serviço de saúde a menos”, representado por profissionais da APS e da saúde mental. Foram realizadas manifestações e ações em órgãos sindicais, legislativos e judiciários. Além de mobilização por meio de greves e interrupção parcial do funcionamento dos serviços durante vários meses (MELO et al., 2019).

Em meados de 2018, um documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos”, pautado na PNAB 2017, previa, dentre outras medidas, a extinção de Equipes de Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, propondo novo formato de equipes com menor número de profissionais e alto número de usuários por equipe. Com a justificativa da crise financeira e da expansão acelerada da ESF com fins eleitorais no último ano da gestão anterior, a Casa Civil apresentou tal proposta como estratégia para qualificar e otimizar os serviços. Diante disso, O Conselho Municipal de Saúde (CMS) deliberou pela não redução de Equipes de Estratégia Saúde da Família (MELO et al., 2019).

Além dos esperados impactos no acesso, um dos efeitos prováveis desse processo foi a evasão de profissionais, principalmente, médicos de família e comunidade, para outros municípios/estados e para o setor privado, além de deixar de ser um município atrativo para chegada de novos profissionais. Tal fato culminou com desassistência, marcada pela vacância profissional e redução da cobertura populacional pelo modelo de Estratégia Saúde da Família.

Em uma APS já fragilizada, a pandemia de Covid-19, iniciada no município por volta de março de 2020, dificultou ainda mais o acesso da população aos cuidados de saúde, dessa forma, reduzindo significativamente o acompanhamento de condições crônicas por parte das equipes da ESF, visto que a APS teve papel central no atendimento de casos leves da doença, monitoramento territorial dos casos diagnosticados e seus contactantes, além de participação em massa na campanha de vacinação a partir de janeiro de 2021 (MEDINA et al., 2020).

Foi nesse cenário oscilante de expansão da Estratégia Saúde da Família que ocorreu a implementação da Rede Cegonha no município do Rio de Janeiro. Muitos fatores influenciaram

na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde, portanto, eles precisam ser levados em consideração para análise dos dados encontrados.

## 2.6 PROGRAMA CEGONHA CARIOCA

No período de expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro e concomitantemente à regulamentação da Rede Cegonha em âmbito nacional, em 2011, surgiu o Programa Cegonha Carioca. Trata-se de um projeto pioneiro, que objetiva a redução da morbimortalidade materno-infantil, para tanto, humanizando e garantindo o melhor cuidado para a gestante e para o recém-nascido. Sua implementação se iniciou pela Rocinha e por Santa Cruz e, em 2012, já cobria toda a cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2021).

Esse programa é composto por três módulos: pré-natal, acolhimento e transporte. No que diz respeito ao pré-natal, hoje, 19 maternidades municipais, estaduais, federais e universitárias fazem parte do programa; toda gestante que realiza pré-natal em uma unidade pública de saúde, no município do Rio de Janeiro, fica sabendo, já em suas primeiras consultas, qual a sua maternidade de referência para intercorrências obstétricas e para o parto.

No terceiro trimestre de gestação são agendadas visitas à maternidade de referência para atividades educativas e ciência do trajeto casa-maternidade, ações fundamentais para ampliação da rede de segurança da paciente ao chegar o momento do parto. Ademais, a gestante ainda recebe um enxoval cegonha, com itens que garantem as roupas que o bebê usará ainda na maternidade, o que, para muitas delas, é de grande relevância.

Quanto ao acolhimento, diversos profissionais enfermeiro obstetriz, agora vinculadas ao programa cegonha carioca, estão incorporados às emergências das maternidades e atuam aumentando a humanização do atendimento das urgências e emergências nas maternidades, qualificam o trabalho classificando o risco das pacientes no atendimento inicial, incorporando um cuidado integral, oportuno e efetivo, ofertado por uma equipe multiprofissional (SENTO SÉ et al., 2016).

Outro serviço relacionado ao programa diz respeito ao transporte. Existem ambulâncias tripuladas por profissionais formados em enfermagem obstétrica à disposição para serem acionadas tanto por Unidades Básicas de Saúde quanto pela própria gestante ou por seus familiares, quando a paciente entra em trabalho de parto. As ambulâncias têm profissionais treinados para o auxílio ao parto, quando necessário, e transportam a gestante em segurança para a maternidade de referência estabelecida durante o seu acompanhamento de pré-natal.

Antes do programa, muitas eram as gestantes que, em situação de extrema vulnerabilidade, não tinham meio de transporte adequado para esse momento do parto.

A regulamentação desse programa foi uma mudança fundamental no sentido da redução da peregrinação das gestantes por múltiplas unidades de saúde, quando em trabalho de parto; um problema recorrente no município que, por vezes, chegou a ocupar manchetes de jornais. A peregrinação era consequência de um sistema fragmentado, com uma rede de atenção desestruturada e sem a coordenação do cuidado bem-estabelecida.

## 2.7 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação de políticas públicas em saúde perpassa pela avaliação da qualidade e seus indicadores. Segundo Donabedian (1966), podemos dividir os indicadores de qualidade em três componentes: "estrutura", que inclui os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na organização e no financiamento; o "processo", que diz respeito às atividades que constituem a atenção à saúde, envolvendo a interação de profissionais de saúde e população assistida; e os "resultados", que se referem às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (PORTELA, 2000).

A análise de indicadores em saúde é fundamental tanto para diagnosticar fragilidades do sistema quanto para avaliar a implementação de novas estratégias políticas. Os dados produzidos em formato de indicadores são os norteadores da gestão, desde o gerenciamento dos recursos até a normatização de protocolos clínicos, capazes de direcionar a melhor atuação pública com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

Com base na importância desses indicadores em saúde para a gestão, a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, determinou como matriz diagnóstica da Rede Cegonha quatro grupos de indicadores: Indicadores de Mortalidade e Morbidade; Indicadores de Atenção; Situação da Capacidade Hospitalar Instalada; Indicadores de Gestão – sendo esses indicadores ferramentas de análise do impacto da implementação de tal política pública.

A partir da correlação dos indicadores da matriz diagnóstica com a APS, destacam-se os que refletem a qualidade do pré-natal e o seguimento de puericultura, entre eles: Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida), Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal), Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município, Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo idade gestacional (< 37 semanas), Percentual de óbitos infantis-fetais investigados, Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados, Número de nascidos vivos e

percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal, Cobertura de Equipes de Saúde da Família, Idade da mãe, Percentual de gestantes captadas até a 12<sup>a</sup> semana de gestação, Percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses, Percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada, Percentual de gestantes com todos os exames preconizados.

A Atenção Primária à Saúde apresenta papel central nos cuidados materno-infantis, com alto potencial para melhoria de grande parte dos indicadores definidos pela matriz diagnóstica da portaria da Rede Cegonha. Diante disso, a análise de indicadores de saúde relativos à melhoria da qualidade dos serviços prestados pela APS e sua relação temporal com a implementação da Rede Cegonha pode auxiliar na avaliação indireta da efetividade da implementação de políticas públicas para essa população.

## 2.8 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

Ao pensar em instrumentos capazes de mensurar a qualidade dos serviços de saúde prestados pela atenção primária, destaca-se um indicador hospitalar chamado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Esse indicador demonstra a quantidade de internações possivelmente evitáveis caso a APS ofereça um serviço de qualidade, resolutivo, o qual vem sendo utilizado também em outros países como medida indireta do funcionamento de sistemas de saúde fundamentados nesse modelo de atenção (BRASIL, 2008).

Estudos nacionais recentes demonstram que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem impactado positivamente nesse indicador de saúde em algumas cidades, assim, diminuindo a taxa das internações por essas causas (FERNANDES et al., 2009; ALBRECHT et al., 2013; SANTOS et al., 2018). Ainda assim, a taxa de internações por condições sensíveis à APS no Brasil se encontrava acima da observada em países que também possuem acesso universal e sistema de saúde ordenado pela APS, como Espanha e Austrália (CASTRO et al., 2015).

No Brasil, na Portaria n.º 221, de 17 de abril de 2008, publicou-se a lista de internações por condições sensíveis à APS, considerando as listas equivalentes já existentes em outros países e as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional. A lista contém 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos de doenças, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme descrito no quadro a seguir (BRASIL, 2008).

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID-10</b>
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	Coqueluche	A37
	Difteria	A36
	Tétano	A33 a A35
	Parotidite	B26
	Rubéola	B06
	Sarampo	B05
	Febre Amarela	A95
	Hepatite B	B16
	Meningite por <i>Haemophilus</i>	G00.0
	Meningite Tuberculosa	A17.0
	Tuberculose miliar	A19
	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
	Outras Tuberculoses	A18
	Febre reumática	I00 a I02
	Sífilis	A51 a A53
	Malária	B50 a B54
Ascaridíase	B77	
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	Desidratação	E86
	Gastroenterites	A00 a A09
3. Anemia	Anemia por deficiência de ferro	D50
4. Deficiências Nutricionais	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico-calórica	E40 a E46
	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	Otite média supurativa	H66
	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
	Sinusite aguda	J01
	Faringite aguda	J02
	Amigdalite aguda	J03
	Infecção Aguda VAS	J06
	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6. Pneumonias bacterianas	Pneumonia Pneumocócica	J13
	Pneumonia por <i>Haemophilus influenzae</i>	J14
	Pneumonia por <i>Streptococcus</i>	J15.3, J15.4
	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
	Pneumonia lobar NE	J18.1
7. Asma	Asma	J45, J46
Grupo	Diagnósticos	CID-10
8. Doenças pulmonares	Bronquite aguda	J20, J21
	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
	Bronquite crônica não especificada	J42
	Enfisema	J43

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID-10</b>
	Bronquiectasia	J47
	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9. Hipertensão	Hipertensão essencial	I10
	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10. Angina	Angina <i>pectoris</i>	I20
11. Insuficiência Cardíaca	Insuficiência Cardíaca	I50
	Edema agudo de pulmão	J81
12. Doenças Cerebrovasculares	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes mellitus	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no Rim e Trato Urinário	Nefrite tubulointersticial aguda	N10
	Nefrite tubulointersticial crônica	N11
	Nefrite tubulointersticial NE aguda crônica	N12
	Cistite	N30
	Uretrite	N34
	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	Erisipela	A46
	Impetigo	L01
	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
	Celulite	L03
	Linfadenite aguda	L04
	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	Salpingite e ooforite	N70
	Doença inflamatória do útero, exceto o colo	N71
	Doença inflamatória do colo do útero	N72
	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
	Doenças da glândula de Bartholin	N75
	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
Grupo	Diagnóstico	CID-10
18. Úlcera gastrointestinal	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
	Sífilis congênita	A50
	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Quadro 1 - Lista de códigos considerados sensíveis à atenção primária.  
Fonte: Brasil (2008)

Segundo revisão bibliográfica realizada em 2013 sobre o tema, grande parte dos estudos publicados no Brasil até o momento demonstra que uma APS com maior efetividade diminui o número de ICSAP. Além disso, alguns estudos associaram essa melhoria à estratégia de saúde da família, assim, sugerindo investimento e expansão por parte de ações governamentais (ALBRECHT et al., 2013).

Estudos mais recentes sobre o tema, realizados no município do Rio de Janeiro e em outros do Brasil, também, demonstram relação entre expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família, redução de ICSAP e, de forma indireta, o quanto uma APS eficiente pode reduzir a sobrecarga do sistema hospitalar (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014; BRASIL; COSTA, 2016; SANTOS et al., 2018; PINTO et al., 2019).

Um estudo recente, realizado no município do Rio de Janeiro, analisou os dados de ICSAP e cada um dos 19 grupos no período de expansão da ESF e subsequente à PNAB 2017. Ao verificar o total de ICSAP, observou-se uma queda nas taxas conforme se deu a reforma da APS no município. Nos anos subsequentes à PNAB, a tendência de declínio se manteve, porém com menor expressão (GUIMARÃES et al., 2021).

Já na análise individual dos grupos, observou-se comportamentos diferentes entre eles. O acesso aos serviços de saúde é um fator que pode auxiliar, de forma imediata, na redução de internações por causas influenciadas por determinantes sociais.

Por sua vez, condições que requerem atenção especializada apresentam menor impacto imediato perante a expansão da ESF. Outras condições como anemia e infecções de nariz, ouvido e garganta não tiveram mudanças significativas, o que reforça evidências que sugerem essas causas como não sensíveis a mudanças nesse nível de atenção. Por sua vez, as condições obstétricas apresentaram uma tendência crescente de internações no período estudado (GUIMARÃES et al., 2021).

A avaliação dos cuidados primários em saúde relacionados à gestação ainda enfrenta dificuldades técnicas e administrativas que impactam na qualidade do atendimento de pré-natal, apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família, que vem acontecendo no país, ao longo das últimas décadas (PITILIN; PELLOSO, 2017).

No que diz respeito às internações por condições sensíveis à APS, o item 19 se refere às doenças relacionadas ao pré-natal e parto, destacando-se infecção do trato urinário na gravidez, sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita. Contudo, são poucos os estudos que abordam especificamente esse tema.

Dentre essas três condições, a rubéola congênita é a de menor expressão, porque com a ampliação da cobertura vacinal, proporcionada pela atuação da APS, e com o auxílio de ampla

divulgação de campanhas de vacinação por todo o país, de 2009 até os dias atuais, não foram confirmados mais casos de rubéola no Brasil, assim, indicando a interrupção da transmissão autóctone do vírus da rubéola, denominado 2B, segundo dados do Ministério da Saúde que foram atualizados em 29/04/2021 (BRASIL, 2021).

Já a sífilis gestacional e a sífilis congênita seguem sendo problemas de saúde pública no estado do Rio de Janeiro, com elevadas taxas de incidência, tendo o estado o pior desempenho entre todas as unidades da federação, conforme o boletim epidemiológico de sífilis publicado em 2020 (BRASIL, 2021a). Na figura a seguir, observa-se que, apesar da elevada taxa de detecção de sífilis na gestação, o estado do Rio de Janeiro segue com a maior taxa de detecção de sífilis congênita, restando muito acima da média brasileira.

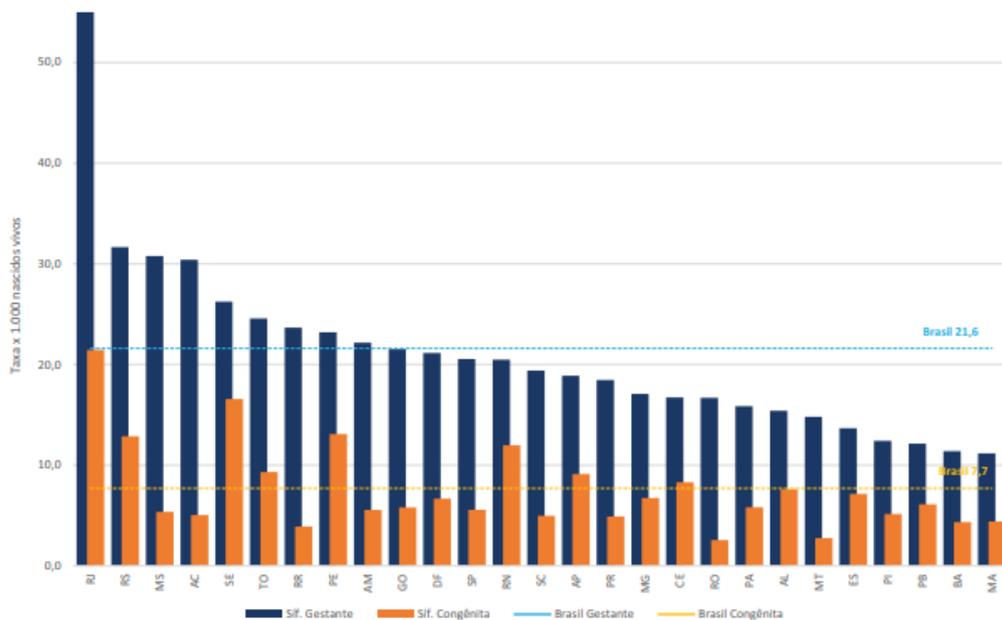


Gráfico 1 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos, segundo Unidade da Federação.

Fonte: BRASIL (2021a) Boletim epidemiológico de Sífilis 2021 – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/202.

No que diz respeito à infecção do trato urinário na gestação, outra condição sensível à APS do grupo 19, um estudo realizado em um município do centro-oeste paranaense observou como principal causa de ICSAP em gestantes a infecção do trato urinário, principalmente, no segundo e terceiro trimestres. Além disso, indicou que a não realização do número mínimo de consultas ajustadas conforme a idade gestacional aumentou o risco de internar por uma condição sensível à APS. Portanto, um acompanhamento precoce e qualificado poderia

identificar fatores de risco, assim, evitando possíveis desfechos desfavoráveis (PITILIN; PELLOSO, 2017).

Muitos podem ser os fatores relacionados com as internações por tais condições, incluindo limitadores, entre eles: acessibilidade, efetividade dos serviços prestados pela APS, determinantes sociais do território em que o usuário está inserido e outros de difícil mensuração. Diante disso, o indicador de ICSAP é considerado uma ferramenta de avaliação indireta da APS (BROCH et al., 2019).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o impacto da implantação da Rede Cegonha nas Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a série temporal das taxas de Internações por condições sensíveis à APS relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro, mensalmente, no período de 2001 a 2021.
- Analisar a tendência das taxas de Internações por condições sensíveis à APS relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro, no período de 2001 a 2021.
- Estimar o efeito da implementação da Rede Cegonha para as internações por condições sensíveis à APS relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro, na série histórica de 2001 a 2021.

#### 4 JUSTIFICATIVA

Indicadores de saúde são capazes de nortear as principais fragilidades e necessidades do sistema, direcionando, portanto, a implementação de políticas públicas. Diante das elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil, apesar da elaboração de diversas políticas direcionadas à saúde da mulher nos últimos anos, infere-se que ainda se faz necessário iniciativas que visem à melhoria da qualidade do serviço prestado a essa população.

Estima-se que a normatização de boas práticas de pré-natal, parto e puerpério bem como estruturação e expansão da rede de saúde que atua no cuidado materno e infantil e as orientações normatizadas pela Rede Cegonha proporcionem um impacto na qualidade do cuidado ofertado pela atenção primária e, conseqüentemente, na redução das ICSAP no que tange ao pré-natal, parto e puerpério.

Com a observação dos impactos da implementação de políticas públicas, abre-se espaço para uma discussão acerca da importância dessas iniciativas do âmbito federal, que são capazes de disponibilizar recursos financeiros, proporcionar educação continuada para qualificação profissional, sistematizar fluxos que garantam uma rede coesa de assistência à saúde. Além de normatizar a matriz diagnóstica para avaliação e continuidade das medidas implementadas, sendo esse conjunto de medidas capaz de proporcionar melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e, conseqüentemente, refletir melhores indicadores de saúde.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico.

### 5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa teve como amostra os dados das Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde relacionadas ao pré-natal e parto, no município do Rio de Janeiro, que tiveram como código de causa básica, conforme CID-10: O23 (Infecção no trato urinário na gravidez), A50 (Sífilis congênita) e P35.0 (Síndrome da Rubéola congênita) e as variações dos respectivos CID-10 que se referem às mesmas condições de saúde, como descrito no Quadro 2.

<b>Causa básica</b>	<b>CID-10</b>
Infecção no trato urinário na gravidez	O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5, O23.9
Sífilis congênita	A50, A50.0, A50.1, A50.2, A50.3, A50.4, A50.5, A50.6, A50.7, A50.9
Síndrome da rubéola congênita	P35.0

Quadro 2 - Causas Básicas de Internações por condições sensíveis do grupo 19 e seus respectivos códigos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Fonte: BRASIL (2021). Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

### 5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O período analisado estendeu-se de 2001 a 2021.

### 5.4 FONTE DE DADOS

Os dados referentes às internações foram acessados por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASSUS). Foram analisadas as autorizações de internações hospitalares (AIH), do município do Rio de Janeiro, de todo o período e

selecionadas as que continham os códigos de doença CID-10 correspondentes à população do estudo, descritas no Quadro 1, como causa principal ou secundária para a internação.

Já os dados demográficos para a construção das taxas foram acessados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando as estimativas populacionais das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro para o período de estudo.

Por fim, os dados de estimativa da população coberta pela Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro foram extraídos a partir do acesso ao portal e-Gestor Atenção Básica, que contém dados de informação e gestão da atenção básica. Cabe ressaltar que esses dados disponíveis no portal são apenas a partir do ano de 2010.

## 5.5 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

A análise foi dividida em duas etapas. A primeira etapa consistiu em uma análise descritiva da Taxa de Internações por condições sensíveis à APS correspondente ao grupo 19, ao longo dos meses do período de 2001 a 2021. Na segunda etapa, houve análise de série temporal interrompida que correlaciona a tendência da taxa de ICSAP do grupo 19 e os marcos políticos que aconteceram no período, sendo o foco central da análise a Rede Cegonha.

A análise de séries temporais interrompidas é uma metodologia que vem sendo estudada e tem se demonstrado uma abordagem alternativa e complementar a ensaios clínicos randomizados no que diz respeito a análises de efeitos longitudinais de intervenções em saúde. (PINTO, Rafael et al., 2022) Assim como todo desenho de estudo tem desvantagens e vantagens. Há risco de viés nas análises, uma vez que o resultado encontrado pode sofrer influência de outros fatores além da intervenção sob avaliação. Por outro lado, é um estudo de menor custo e maior velocidade de execução. (FRETHEIM et al., 2013, FRETHEIM et al., 2015)

Inicialmente, foi elaborada a série histórica do período, através de gráficos de linha. Para isso, foi calculado o número de internações por condições sensíveis do grupo 19 e sua respectiva taxa mensal, segundo a fórmula a seguir:

$$Tx_{ICSAP} = \frac{n^{\circ} \text{ de internações por CSAP do grupo 19}}{\text{Habitantes do Sexo feminino}} \times 100.000 \quad (1)$$

Sendo o numerador o número de internações por condições sensíveis ao grupo 19 e o denominador a estimativa da população do sexo feminino por ano, segundo dados do IBGE para o município do Rio de Janeiro.

Para comparar a magnitude da taxa pelo grupo de internações relacionadas ao pré-natal e parto, no início e no fim da série, foi calculada a variação no período, de acordo com a fórmula:

$$\frac{\text{Variação} = TI_{2021} - TI_{2001}}{TI_{2001}} \quad (2)$$

Sendo:

$TI_{2001}$  = Taxa de Internação pelo grupo de causa 19 em 2001

$TI_{2021}$  = Taxa de Internação pelo grupo de causa 19 em 2021

Em razão de os números de rubéola congênita encontrados serem nulos ou próximos a isso, ao longo dos anos estudados, considerou-se irrelevante a análise de sua taxa e aplicação desses dados na série temporal estudada.

Na segunda etapa, utilizou-se o modelo de regressão linear em série temporal interrompida (ITS), em que as taxas mensais de internações pelas causas do grupo 19, referentes ao período de 2001 a 2021, foram o principal desfecho.

Na estimativa dos efeitos, os modelos ITS ajustaram-se à tendência no período anterior à mudança de política. As intervenções consideradas no período em questão foram: PNAB 2006, PNAB 2011, Rede Cegonha e PNAB 2017. As intervenções foram escolhidas para serem somadas à análise temporal, por corresponderem a marcos norteadores das ações da atenção básica, no período estudado, que podem interferir diretamente na implementação da Rede Cegonha.

Considerou-se como período de implementação de cada uma das políticas um ano após a publicação das portarias em diário oficial da união, sendo o ano subsequente a publicação de cada uma das políticas retirado da análise. O período de implementação pode variar entre uma política e outra, foi escolhido para esse estudo o período de 12 meses, pois no município do Rio de Janeiro a cegonha carioca só teve sua rede estruturada no ano de 2012, cerca de 12 meses após a publicação da Portaria Rede Cegonha em diário oficial da união.

Os modelos de regressão linear segmentada foram construídos usando o comando `prais` no STATA v12. Em análises preliminares, os modelos incluíram todos os quatro marcos políticos descritos anteriormente. No entanto a segunda intervenção (PNAB 2011) e a Rede

Cegonha apresentaram nível colinear, o que inviabilizou a geração da variável beta do modelo. Dessa forma, a intervenção PNAB 2011 foi excluída do modelo analítico final, visto que o trabalho objetiva a análise, principalmente, da Rede Cegonha e seus impactos.

Os modelos finais de ITS avaliaram o impacto da PNAB 2006, Rede Cegonha e PNAB 2017, incluindo quatro segmentos, com 64, 63, 75 e 48 observações mensais, respectivamente. O segmento de linha de base foi ajustado com um intercepto e uma tendência de estimativa variável. Cada efeito da política foi estimado por uma variável representando a mudança no nível do resultado imediatamente após a política e uma segunda representando a mudança de tendência do segmento pós-política. Todos os parâmetros foram mantidos nos modelos. Para refletir os efeitos das políticas, foram calculadas estimativas percentuais das mudanças relativas nos resultados em relação aos valores esperados baseados em tendências anteriores, em abril de 2007, julho de 2012 e outubro de 2018, cerca de um ano após cada uma das intervenções estudadas.

Após a estimativa das tendências foi aplicado o teste de Durbin-Watson e o teste estatístico AIC e BIC e não foi identificada autocorrelação nos resíduos.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico STATA versão 12.

Para fins de discussão, foram extraídos dados da estimativa da população coberta pela Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2020, e construído um gráfico correlacionando temporalmente os dados encontrados com a série temporal das taxas de ICSAPS do grupo 19.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada exclusivamente com dados secundários, agregados e de acesso público, sem qualquer tipo de identificação individual dos registros, portanto, de acordo com as condutas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, previstas nas Resoluções 466, de 2012; e 510, de 2016. Dessa forma, ficou isenta da necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

## 6 RESULTADOS

Na Tabela 1, apresenta-se a série histórica do número de internações e taxas de internações por condições sensíveis do grupo 19 e suas respectivas causas básicas, distribuídas por ano. A frequência de internações demonstrou irrelevância na condição de rubéola congênita como contribuição para o número de ICSAP do grupo 19, assim, revelando valores próximos a zero ao longo do período, sendo, portanto, desconsiderada para o restante da análise estatística. Verificou-se que as taxas de internações por sífilis congênita apresentam valores próximos às taxas de internações por infecção do trato urinário. Além disso, as taxas não indicaram grandes diferenças no padrão ao longo da série, ambas, inicialmente, em uma curva crescente, atingindo o pico dos valores entre os anos 2010 e 2016. Fato que se reflete na taxa de ICSAP do grupo 19, que atingiu seu maior valor em 2015. Nos anos 2016, 2017 e 2018 começou a ocorrer redução das taxas, no entanto observou-se um aumento nos anos 2019 e 2020.

Ao analisar a variação dos indicadores, para tanto, tomando por base o primeiro e o último ano da série, individuou-se um incremento de 22% na taxa de ICSAP do grupo 19, 35% na taxa de sífilis congênita e 4% na taxa de infecção do trato urinário durante a gestação. A partir desses dados, observou-se que a taxa de infecção do trato urinário, apesar de ter alcançado valores elevados ao longo da série, chegou a 2021 com um valor muito próximo ao de 2001.

Tabela 1 - Número absoluto, taxa das internações por condições sensíveis do grupo 19 e suas respectivas causas básicas e população feminina residente, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021.

Ano	NºICSAP <sub>19</sub>	Taxa ICSAP <sub>19</sub>	Nº Sífilis Congênita	Taxa Sífilis Congênita	Nº Infecção Trato Urinário	Taxa Infecção Trato Urinário	Nº Rúbéola	Taxa Rubéola	Populaçã
2001	1114	34.73	620	19.33	493	15.37	1	0.0	
2002	990	30.61	514	15.89	475	14.68	1		
2003	890	27.30	448	13.74	442	13.56	0		
2004	1027	31.26	509	15.49	517	15.74			
2005	1054	31.85	520	15.72	533	16.11			
2006	1136	34.10	698	20.95	436	13.			
2007	1189	35.46	555	16.55	632				
2008	1046	30.99	399	11.82	643				
2009	1397	41.10	541	15.92					
2010	1555	45.44	592	17.30					
2011	1893	55.08	901	26					
2012	2185	63.30	1090						
2013	2412	69.58	1232						
2014	2425	69.65							
2015	2481	70.93							
2016	2170	61.							
2017	1802								
2018	1613								
2019									
2020									
2021									

Na

Fonte: Autoria própria com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS); IBGE (BRASIL,2021)

No Gráfico 2, apresenta-se a série histórica de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e as taxas de ICSAP do grupo. Observou-se que ocorreu um aumento na cobertura de ESF até 2015 e, concomitantemente, um aumento nas internações por condições sensíveis a atenção primária do grupo 19. Ao atingir o percentual de 60% de cobertura ESF no município, as taxas de ICSAP do grupo 19 iniciaram um declínio e, com a subsequente redução da cobertura, nos anos seguintes, atingiram percentual próximo ao mesmo valor, assim, as taxas voltaram a ascender.

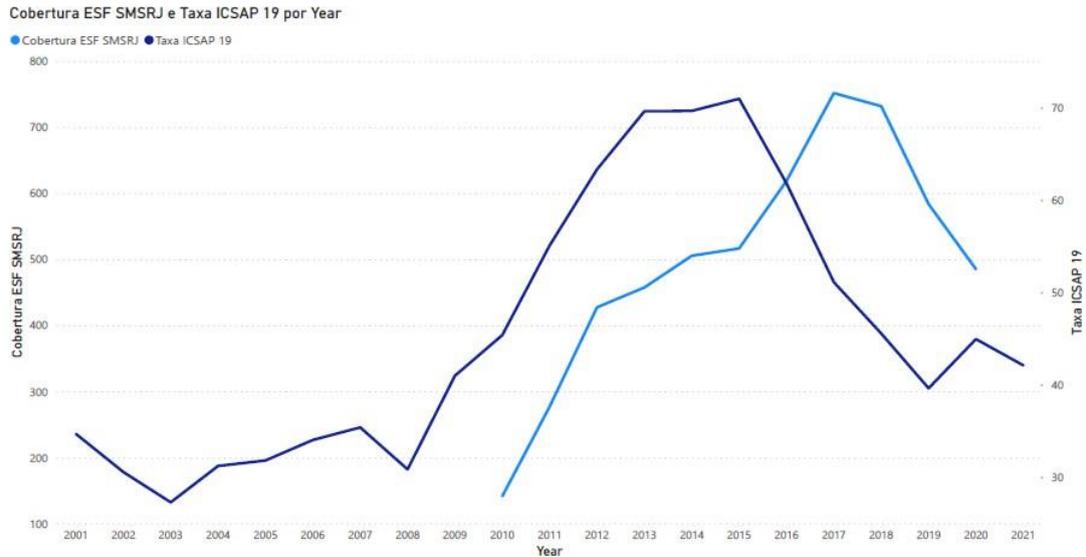


Gráfico 2 - Taxa Mensal de ICSAP do grupo 19 e Cobertura ESF no município do Rio de Janeiro, 2001 e 2021. Fonte: Autoria própria a partir de dados extraídos do Site Saúde RJ e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).

No Gráfico 3, indica-se a série temporal e sua correlação com os marcos políticos destacados, PNAB 2006, Rede Cegonha, PNAB 2011, PNAB 2017 e Pandemia de Covid-19. Verificou-se um aumento nas taxas após a PNAB 2006, manutenção do crescimento após Rede Cegonha, aparente estabilização seguida por queda dos valores após um ano da publicação da portaria e da PNAB 2011, voltando a apresentar um aumento pouco tempo depois da PNAB 2017 e culminando com a pandemia de Covid-19, que instituiu *lockdown* da cidade em março de 2020. Detectou-se, ainda, uma redução nas taxas entre os anos de 2016 e 2017, após a Rede Cegonha e antes da PNAB de 2017. Esse período, no município do Rio de Janeiro, coincidiu com o final do governo que se dedicou à reforma da atenção primária.

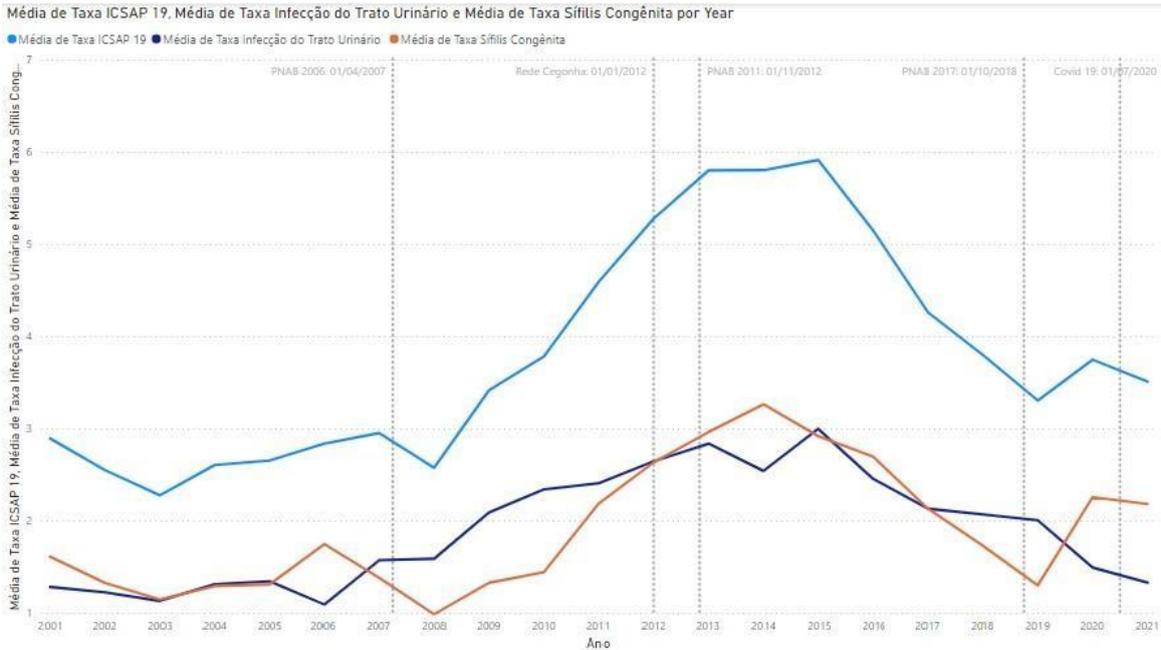


Gráfico 3 - Taxas mensais de ICSAP do grupo 19, infecção do trato urinário e sífilis congênita e marcos políticos, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021.

Fonte: Autoria própria a partir de dados extraídos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).

Após a análise das taxas, aplicou-se o modelo estatístico e foram encontrados resultados significativos, considerando p-valor e intervalo de confiança para tendência da PNAB 2006, assim, identificando-se coeficiente de aumento de 4,5% na taxa de ICSAP; e, para tendência da Rede Cegonha, com coeficiente de redução em 0,6% na taxa em questão.

Quando os subgrupos do grupo 19 foram analisados separadamente, identificou-se que a taxa de internação por sífilis congênita, após PNAB 2006, apresentou coeficiente de aumento em 2,2% em sua tendência, redução de 2,7% na tendência da Rede Cegonha e aumento de 4,1% na tendência da PNAB 2017. Taxa de infecção do trato urinário, por sua vez, assinalou aumento de 2,3% na tendência da PNAB 2006, redução de 3,3% na tendência da Rede Cegonha e redução de 1,8% na tendência de PNAB 2017 (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultado da aplicação do modelo estatístico Prais no STATA v.12 correlacionando as taxas de ICSAP do grupo 19 e as intervenções considerando nível e tendência, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021.

Taxas	Intervenções	Coefficiente	Erro Padrão	T	P> T	95% Conf.	Intervalo
Taxa ICSAP <sub>19</sub>	PNAB 2006 Nível	-0.198	0.356	-0.560	0.579	-0.900	0.504
	PNAB 2006 Tendência	<b>0.045</b>	0.010	4.630	<b>0*</b>	0.026	0.064
	Rede Cegonha Nível	<b>1.066</b>	0.377	2.830	<b>0.005*</b>	0.323	1.810
	Rede Cegonha Tendência	<b>-0.060</b>	0.010	-6.190	<b>0*</b>	-0.079	-0.041
	PNAB 2017 Nível	<b>-1.270</b>	0.379	-3.350	<b>0.001*</b>	-2.018	-0.523
	PNAB 2017 Tendência	0.023	0.013	1.770	0.077	-0.003	0.049
	tempo	-0.003	0.006	-0.480	0.634	-0.014	0.009
	_cons	<b>2.691</b>	0.211	12.720	<b>0*</b>	2.274	3.108
Taxa Sífilis Congênita	PNAB 2006 Nível	-0.237	0.274	-0.870	0.388	-0.778	0.303
	PNAB 2006 Tendência	<b>0.022</b>	0.007	3.010	<b>0.003*</b>	0.008	0.037
	Rede Cegonha Nível	<b>1.032</b>	0.290	3.550	<b>0*</b>	0.460	1.604
	Rede Cegonha Tendência	<b>-0.027</b>	0.007	-3.590	<b>&lt;0,01*</b>	-0.042	-0.012
	PNAB 2017 Nível	<b>-1.218</b>	0.292	-4.180	<b>&lt;0,01*</b>	-1.793	-0.643
	PNAB 2017 Tendência	<b>0.041</b>	0.010	4.130	<b>&lt;0,01*</b>	0.021	0.061
	tempo	-0.004	0.004	-0.980	0.330	-0.013	0.004
	_cons	<b>1.482</b>	0.163	9.100	<b>&lt;0,01*</b>	1.161	1.803
Taxa Infecção Trato Urinário	PNAB 2006 Nível	0.042	0.211	0.200	0.843	-0.374	0.457
	PNAB 2006 Tendência	<b>0.023</b>	0.006	3.950	<b>&lt;0,01*</b>	0.011	0.034
	Rede Cegonha Nível	0.033	0.223	0.150	0.882	-0.407	0.473
	Rede Cegonha Tendência	<b>-0.033</b>	0.006	-5.820	<b>&lt;0,01*</b>	-0.045	-0.022
	PNAB 2017 Nível	-0.042	0.224	-0.190	0.851	-0.485	0.400
	PNAB 2017 Tendência	<b>-0.018</b>	0.008	-2.380	<b>0.018*</b>	-0.033	-0.003
	tempo	0.001	0.003	0.430	0.670	-0.005	0.008
	_cons	<b>1.213</b>	0.125	9.710	<b>&lt;0,01*</b>	0.967	1.459

\*Considerando significativo se  $P < 0,05$

Fonte: Resultado da pesquisa.

Após a aplicação dos modelos estatísticos foi calculada a mudança relativa quanto a cada marco político, comparando as tendências das taxas de ICSAP do grupo 19 antes e após cada uma das intervenções. Conforme descrito na Tabela 3 foram encontrados coeficientes com significância estatística para todas as intervenções, com exceção da PNAB 2006 na taxa de sífilis congênita. Todos os coeficientes encontrados demonstraram incremento nas taxas em maior ou menor percentual, sendo a intervenção Rede Cegonha a de maior impacto nas três taxas analisadas.

Tabela 3 - Comparação das tendências antes e depois de cada uma das intervenções nas taxas de ICSAP do grupo 19, município do Rio de Janeiro, 2001 a 2021

Taxas	Intervenções	Coefficiente	Erro Padrão	T	P> T	95% Conf.	Intervalo
Taxa ICSAP <sub>19</sub>	PNAB 2006	<b>1.824</b>	0.172	10.590	<b>&lt;0.01*</b>	1.485	2.164
	Rede Cegonha	<b>4.335</b>	0.178	24.360	<b>&lt;0.01*</b>	3.984	4.686
	PNAB 2017	<b>2.664</b>	0.175	15.270	<b>&lt;0.01*</b>	2.320	3.008
Taxa Sífilis Congênita	PNAB 2006	0.187	0.133	1.410	0.160	-0.074	0.449
	Rede Cegonha	<b>1.794</b>	0.137	13.090	<b>&lt;0.01*</b>	1.524	2.064
	PNAB 2017	<b>0.715</b>	0.134	5.320	<b>&lt;0.01*</b>	0.450	0.980
Taxa Infecção Trato Urinário	PNAB 2006	<b>0.637</b>	0.102	6.260	<b>&lt;0.01*</b>	0.437	0.838
	Rede Cegonha	<b>1.541</b>	0.105	14.660	<b>&lt;0.01*</b>	1.334	1.749
	PNAB 2017	<b>0.954</b>	0.103	9.250	<b>&lt;0.01*</b>	0.750	1.157

\*Considerando significativo se  $P < 0,05$ .

Fonte: Resultado da pesquisa.

## 7 DISCUSSÃO

A Rede Cegonha é uma política de grande potencial, sobretudo, no que diz respeito às normatizações do cuidado materno-infantil e à instituição de um cuidado mais humanizado à gestante. No entanto, em relação aos indicadores estudados, não demonstrou exercer o impacto esperado, visto que se estimava que a implementação da Rede Cegonha reduzisse o risco de internações por causas relacionadas ao parto e puerpério sensíveis à atenção primária.

Vale ressaltar que um estudo ecológico como este tem suas limitações. Nessa perspectiva, a análise dos dados agregados permitiu levantar hipóteses para o desfecho, mas não se pôde atribuir causalidade entre a Rede Cegonha e a taxa de ICSAP. Diversos foram os acontecimentos, ao longo da série estudada, capazes de interferir nos dados. Assim, estudos analíticos acerca do tema restam necessários.

Outro aspecto relevante foi a limitação do banco de dados extraído do sistema de internações hospitalares (SIH/SUS). Considerando-se, então, como limitador a completude, confiabilidade, consistência e validade ou, ainda, o critério de subnotificação. Os dados foram extraídos das autorizações de internação hospitalar (AIH), essas, também denominadas fichas, apresentam formatos diferentes de preenchimento entre os serviços de saúde. Alguns formatos já são informatizados, mas muitos, ainda, utilizam o preenchimento manual. Dessa forma, é necessária a transcrição para o sistema de informação por um funcionário administrativo, que, por vezes, não compreende a importância de todos os dados da ficha para fins epidemiológicos, além da possibilidade de perda de informações preenchidas na ficha ao longo do processo de transcrição.

A partir do cálculo da mudança relativa, encontrou-se um coeficiente positivo para PNAB 2006, Rede Cegonha e PNAB 2017, sendo o de maior valor a Rede Cegonha. Dessa maneira, interpretou-se que a partir da implementação da Rede Cegonha foi identificado um aumento no coeficiente da tendência da série temporal das taxas de ICSAP do grupo 19.

Diante dos resultados encontrados, surgiram algumas inquietações e questionamentos, tais como: O aumento nas taxas de internações por condições sensíveis pode ter ocorrido por causa de um aumento no número de diagnósticos, após as normatizações relacionadas ao pré-natal estabelecidas pela portaria da Rede Cegonha? Mas um maior número de diagnósticos não deveria estar correlacionado ao maior número de pacientes tratadas e não internadas? Políticas públicas conseguem ser efetivas sem uma estruturação de rede capaz de colocá-las em prática? As iniciativas de políticas que vêm sendo adotadas, até o momento, têm sido colocadas em prática para gerarem impactos positivos?

A análise de uma política de forma isolada é como simplificar um plano terapêutico singular à prescrição de um medicamento. Assim, considerando que políticas públicas só passam a ser aplicadas se houver uma rede assistencial de saúde bem-estruturada, foram levantados dados da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro ao longo do período estudado, sendo encontrados dados de 2010 a 2020, espaço de tempo que coincidiu com o maior declínio na série temporal das taxas de ICSAP do grupo 19.

Além disso, conforme o Gráfico 3, observou-se que as curvas se cruzaram no ano de 2016, quando o percentual de cobertura atingiu 62,8%. De igual maneira deu-se quando a cobertura tendeu a diminuir e atingiu, em 2019, 58%, voltando a aumentar a taxa de ICSAP do grupo 19.

A partir da análise desses dados, uma das hipóteses a ser discutida consiste na obrigação da estruturação da rede assistencial para que as políticas públicas saiam do papel e sejam colocadas em prática pelos serviços de saúde. Políticas públicas podem ter muito potencial, mas, ainda assim, não proporcionarão o impacto esperado nos indicadores se a sua implementação depender de uma rede assistencial frágil e desestruturada. A expansão da cobertura de ESF e a capacitação dos profissionais atuantes são essenciais para uma política pública relacionada à saúde materno-infantil vigorar.

Para além de acesso à saúde, a população precisa de um cuidado oferecido por profissionais competentes, inseridos em uma rede de serviços qualificada para que indicadores de saúde sofram o impacto desejado. A análise de dados epidemiológicos é um reflexo do funcionamento das redes de atenção à saúde em âmbito micropolítico.

Um acontecimento importante que não fez parte do objetivo deste trabalho, no entanto seria passível de maiores estudos, é a pandemia de Covid-19, que, a partir de março de 2019, fez com que os esforços dos serviços de saúde se voltassem para uma urgência mundial, por conseguinte, reduzindo o acesso da população aos demais cuidados, entre eles a atenção ao pré-natal e a puericultura, linhas de cuidado que podem refletir em maiores taxas de ICSAP.

Apesar de a Rede Cegonha ter trazido muitas normatizações importantes para o cenário da saúde materno-infantil, políticas que visem à melhoria dos indicadores dessa linha de cuidado ainda são necessárias. Bem como estudos analíticos que correlacionem melhor a organização da rede de atenção à saúde e suas articulações com serviços primários, secundários e terciários, com isso, visando à pragmatização das políticas já existentes e o consequente impacto nos indicadores de saúde.

No ano de 2022, surgiu como iniciativa federal a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), por meio da Portaria n.º 715, de 4 de abril de 2022 (BRASIL, 2022). Com muitas

críticas ao modelo proposto nessa iniciativa, a partir de suas características biomédica, médico-obstetra centrada e hospitalocêntrica, ela tem sido considerada um retrocesso a todas as conquistas humanizadas atribuídas à Rede Cegonha. Como foi recentemente publicada, ainda, não há estudos que analisem seus impactos.

## 8 CONCLUSÃO

A Rede Cegonha é o programa mais completo já elaborado pelo governo federal, com ações voltadas para todas as etapas da vida da mulher, estendendo-se, inclusive, ao cuidado da criança até seus 2 anos de vida. Seus resultados perpassam pelo bom funcionamento de toda a rede assistencial, destacando-se para a APS a grande responsabilidade, principalmente, no que diz respeito ao componente de pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança.

Após mais de uma década de sua implementação, estudos que analisam os impactos da Rede Cegonha na saúde materno-infantil revelam que ainda se tem muito a melhorar nos indicadores de saúde. Considerando os componentes da qualidade: estrutura, processo e resultado; ainda faz-se necessário investimento na estrutura e na integração das redes assistenciais, bem como na qualificação dos profissionais atuantes para se atingir as metas desejadas em relação aos resultados.

Com o presente estudo, verificou-se que é preciso, cada vez mais, a existência de financiamentos e normatizações que visem à integração das redes de saúde para melhoria do cuidado materno-infantil. As políticas públicas, nesse sentido, precisam estar integradas à rede assistencial para que possam ser colocadas em prática. E a rede, por sua vez, necessita de investimentos para que forneça à população acesso à saúde e serviços qualificados.

Apesar dos esforços para essa linha de cuidado, políticas públicas desconexas de condições para seu pragmatismo não geram o impacto esperado. E, desse contexto, questões emergiram, tais como – A proposta federal recente estará no caminho de evolução ou retrocesso? A melhora dos indicadores de saúde materno-infantil estará mesmo relacionada a novas iniciativas federais que visem à centralização do cuidado?

Sob tal conjuntura, indica-se a reflexão sobre o quanto as políticas federais vêm afastando-se da micropolítica do cuidado e dos investimentos na estruturação de uma rede de atenção à saúde capilarizada e capaz de dar acesso universal aos seus usuários.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Marcelo; ARAÚJO, Carlos Henrique. **Bolsa-escola: educação para enfrentar a pobreza.** Brasília. UNESCO, 2002.

ALBRECHT, Rolf Henrique Moreira; DIAS, Augusto Braun; de MELO, Willian Augusto. **Condições sensíveis a atenção primária: revisão sistemática da literatura brasileira.** Cidade: Maringá editora CESUMAR, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria gm/ms nº 2.228, de 1º de julho de 2022.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228\\_01\\_07\\_2022.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html)>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de sífilis.** Brasília-DF: MS, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 8 mar. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)>. Acesso em: 3 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **CID 10.** Brasília: DATASUS, 2021. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>>. Acesso em 17 jun. 2021.

BROCH, Daiane; GASPARIN, Vanessa Aparecida; BETTI, Thais. Internações por condições sensíveis à atenção primária: avaliação das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 1038, 1º jul. 2019.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 24 jun. 2014.

CASTRO, Ana Luisa Barros de et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2353–2366, nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **A Atenção Primária e as redes de Atenção à Saúde.** Brasília-DF: CONASS, 2015.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4)., 2007.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**, n. 25, p. 127–141, Jun 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 15 nov. 2020.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. The effect of primary care policy changes on hospitalisation for ambulatory care sensitive conditions: notes from Brazil. **Public Health**, v. 201, p. 26–34, dez. 2021.

MACINKO, James et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 463-474, set. 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

OLIVEIRA, Catia Martins et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 8 de outubro de 2022

PAIM BRASIL, Vinícius; SOARES DIAS DA COSTA, Juvenal. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 10-1, jan. 2016.

PINTO, Luiz Felipe et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, jun. 2019.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

PITILIN, Érica de Brito; PELLOSO, Sandra Marisa. Primary care sensitive admissions in pregnant women: associated factors based on the prenatal care process. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200328&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200328&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Avaliação da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de saúde. **Plano Municipal de saúde**. Rio de Janeiro: SMS, 2018.

SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 178-183, jun. 2018.

SOUZA, Dandara Rayssa Silva de. **Saúde materna no brasil: estudo ecológico de avaliação da implantação da Rede Cegonha**. 2020. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, 2020.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. **Politics of health's regionalization: from the transaction rules to the pact for health.** Belo Horizonte: REME-Revista Mineira de Enfermagem, 2012.

SENTO SÉ, Carla Coutinho; PROGIANTI, Jane Márcia; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Implementation of the user embracement module from the cegonha carioca program in the city of Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3935-3944, 6 jan. 2016.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 3, p. 3579-3586, nov. 2010.

SILVA, Beatriz Zocal da. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300308, 2020.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016.

SOUSA, Fernando Augusto Cervantes Garcia de; SILVA, Lucas Ambrósio Lopes da. Limitações da Utilização das Taxas de Internações Sensíveis à Atenção Primária como Indicador do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária no Brasil. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, 24 jan. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16330>>. Acesso em: 15 jul. 2021.