



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária

RELATÓRIO DE AIR

ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO PROGRAMA CUIDA MAIS BRASIL

FEVEREIRO

2022

SUMÁRIO

[1. SUMÁRIO EXECUTIVO.. 2](#)

[2. DO PROBLEMA REGULATÓRIO.. 4](#)

[2.1. DA MORTALIDADE MATERNA.. 4](#)

[2.2. DA MORTALIDADE INFANTIL. 12](#)

[QUADRO 1. SÍNTESE DO ALCANCE DOS INDICADORES CONSIDERADOS PARA O
PAGAMENTO POR DESEMPENHO – PREVINE BRASIL. 14](#)

[3. MAPEAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS: SAÚDE MATERNO-INFANTIL 18](#)

[4. AGENTES ECONÔMICOS, USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DEMAIS AFETADOS.. 23](#)

[5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.. 24](#)

[6. OBJETIVO.. 26](#)

[7. DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS ALTERNATIVAS DE AÇÃO.. 26](#)

[QUADRO 2 - DESCRIÇÃO E ASPECTOS-CHAVE PARA CADA ALTERNATIVA LEVANTADA E JUSTIFICATIVAS.. 29](#)

[8. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DE RISCOS.. 31](#)

[9. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO.. 33](#)

[9.1. DA COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS.. 33](#)

[9.2. DA METODOLOGIA SELECIONADA.. 34](#)

[9.3. DA APLICAÇÃO DO MÉTODO SELECIONADO.. 35](#)

[9.4. RESULTADOS DA COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA OS CRITÉRIOS AVALIADOS.. 36](#)

[10. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DA ALTERNATIVA DE SOLUÇÃO ESCOLHIDA.. 45](#)

[10.1. ESPECIFICAÇÃO DO ATO NORMATIVO PROPOSTO.. 45](#)

[10.2. DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E EXECUÇÃO FINANCEIRA.. 46](#)

[10.3. DO MÉTODO DE CÁLCULO DO INCENTIVO FINANCEIRO.. 47](#)

[10.4. CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE DOS ENTES BENEFICIÁRIOS.. 48](#)

[11. RESULTADOS ESPERADOS.. 50](#)

[12. CONCLUSÃO.. 52](#)

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. Preliminarmente, importante registrar, que o presente Relatório de Análise de Impacto Regulatório - AIR foi elaborado em atendimento ao disposto no Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, que regulamenta a análise do impacto regulatório, com efeitos para a administração pública federal a partir de 14 de outubro de 2021.

1.2. A Atenção Primária à Saúde - APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Estas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

1.3. A APS é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS e está presente nos 5.569 (cinco mil quinhentos e sessenta e nove) municípios brasileiros e Distrito Federal, constituindo-se como a ordenadora dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde - RAS, sendo capaz de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

1.4. Devido ao cenário preocupante do aumento expressivo das taxas de mortalidade materna e infantil, é urgente e necessário o envolvimento de sistemas de saúde e comunidades, em todo o mundo, na abordagem de fatores políticos, econômicos, sociais, técnicos e ambientais que contribuam para redução dessas taxas^[1].

1.5. Nesse sentido faz-se necessária a adoção de ações estratégicas no âmbito da APS voltadas ao atendimento da saúde das mulheres e da atenção a saúde das crianças, garantindo a ampliação do acesso às políticas públicas de saúde, com vistas a integralidade e a continuidade do cuidado.

1.6. No que se refere as estratégias de atenção à saúde materna, os esforços em vários países do mundo estão concentrados em identificar precocemente e avaliar sistematicamente as mulheres que apresentem fatores de risco ou desvios da fisiologia saudável, baseados nas principais causas de mortalidade e em fatores que possam impactar no resultado da morbidade materna.^[2]

1.7. Além disso, intensificando os cuidados ao público infantil, garantir-se-á desde a atenção qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, acompanhamento do desenvolvimento durante a infância, assegurando-lhes a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral e, ainda, eficiência em diagnósticos mais precisos e cuidados efetivos a esta faixa etária, impactando na redução da mortalidade infantil.

1.8. O objetivo desejado com a proposta de intervenção é aprimorar as ações estratégicas assistenciais de integração da APS na RAS, com enfoque na saúde da mulher e na saúde materno-infantil.

1.9. Dentre as opções regulatórias e não regulatórias entendidas como passíveis de atender ao objetivo pretendido, avaliou-se a pertinência de induzir a organização e a qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança na APS, por meio de ações que possibilitem a avaliação desse público alvo por profissionais médicos pediatras e ginecologistas-obstetras no âmbito da APS. Essas ações seriam induzidas mediante incentivo financeiro repassado para municípios entendidos como referências regionais, respeitando-se o processo de regionalização do SUS.

1.10. Para tanto, dentro das práticas de coordenação federativa e organização do SUS, a alternativa mais adequada identificada é a normativa. Avaliou-se que manter sem regulamentação conforme demonstram os dados que serão apresentados a seguir, pode acarretar na continuidade do aumento das taxas de mortalidade materna e infantil principalmente do público alvo usuários dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

2. DO PROBLEMA REGULATÓRIO

2.1. DA MORTALIDADE MATERNA

2.1.1. As principais causas de mortalidade materna são hemorragia, distúrbios hipertensivos e infecção. Internacionalmente, os fatores que dificultam ou impedem o acesso das mulheres a cuidados adequados parecem variar de acordo com a disponibilidade de recursos e a estrutura do sistema de saúde, entre eles estão: vulnerabilidade econômica, social e cultural; distância entre a residência e o serviço de saúde adequado ao seu risco; desconhecimento sobre a importância das ações em saúde na prevenção e detecção de agravos; existência de serviços de qualidade inadequada para o manejo das intercorrências do período gravídico.

2.1.2. O primeiro problema regulatório identificado diz respeito ao aumento da taxa da relação de mortalidade materna – RMM para além da meta estabelecida de 70 (setenta) casos por 100.000 (cem mil) nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna do Brasil, em 2019, foi de 55,3 para cada 100.000 (cem mil) nascidos vivos. A previsão para 2020 foi do acréscimo da taxa para 67,9/100.000 e em 2021, de 291/100.000.

2.1.3. Algumas políticas públicas, para reduzir a mortalidade materna, incluem o desenvolvimento de estratégias em etapas, como o estímulo à implementação de serviços organizados para garantir que o pré-natal seja prestado de forma acessível a todas as mulheres da área adscrita, os quais devem atingir os grupos vulneráveis e populações em áreas rurais com necessidades de saúde antes não atendidas. Garantir que todas as mulheres recebam atendimento qualificado é considerada uma das estratégias-chave para reduzir a mortalidade materna em todo o mundo.^[3]

2.1.4. A Organização Mundial da Saúde - OMS descreveu as principais intervenções eficazes para o cuidado materno e infantil, especialmente para países com limitação de recursos ^[4].

2.1.5. Essas recomendações incluem: definição de protocolos locais acordados nacionalmente para implementação de serviços integrados de pré-natal, com capacidade de gerenciamento de complicações e encaminhamento oportuno; fortalecimento de políticas que abordem fatores financeiros que afetam o acesso ao cuidado; qualificação de profissionais de saúde e ampliação do uso de dados para melhoria do cuidado.

2.1.6. A morbidade materna grave (MMG) resulta de complicações que acontecem durante ou depois da gestação e do parto. A maioria dessas complicações desenvolve-se e se agrava durante a gravidez, a maior parte delas pode ser prevenida ou tratada. A MMG é variavelmente definida, mas geralmente refere-se a eventos de impacto na saúde e com risco de vida, podendo preceder ou estar associada à mortalidade materna, sendo evento de ocorrência mais comum: aproximadamente, 70 (setenta) casos de morbidade

grave ocorrem para cada morte materna nos Estados Unidos^[5].

2.1.7. Para o cenário mais específico do Brasil e o que se observa atualmente na APS, pode-se fazer alguns destaques mais detalhados sobre o desempenho da APS e a presença de maior integração na APS com profissionais especializados, em especial médicos ginecologistas-obstetras e pediatras.

2.1.8. Observando-se o desempenho médio das equipes de Saúde da Família - eSF nos indicadores de pré-natal considerados para o pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil, por meio das informações sistematizadas no estudo de Projeções CNES e SISAB (0024689396), identifica-se diferenças nos resultados das equipes que possuem médicos ginecologistas obstetras em comparação com as que não têm esses profissionais vinculados diretamente.

2.1.9. O desempenho no indicador relacionado a quantidade de consultas de pré-natal é 25% (vinte e cinco por cento) maior em equipes que possuem médicos ginecologistas-obstetras em comparação com as que não possuem esses profissionais. O desempenho no indicador referente a realização de exames de sífilis e HIV no pré-natal é 15% maior em equipes que possuem médicos ginecologistas-obstetras em comparação com as que não têm esses profissionais.

2.1.10. Vale destacar que mesmo considerando somente os municípios que contam com médicos-ginecologistas vinculados às equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, as diferenças entre as equipes desses municípios que possuem esses profissionais e as que não possuem se mantém.

2.1.11. No indicador de quantidade de consultas de pré-natal o desempenho é 43% (quarenta e três por cento) maior e no indicador referente a realização de exames o desempenho é 38% (trinta e oito por cento) maior nas que possuem vinculação com os médicos ginecologistas.

2.1.12. Dessa forma, tais dados indicam a importância da presença do médico ginecologista-obstetra para a oferta de um pré-natal mais qualificado no âmbito da APS.

2.1.13. Porém, é notória a incipiência desse profissional na APS, tendo em vista o quantitativo de mais de 48 (quarenta e oito mil) equipes da APS custeadas pelo Ministério da Saúde, entre equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, somente 2.339 (duas mil trezentas e trinta e nove) equipes contam com ginecologistas-obstetras vinculados diretamente a elas. Entretanto, esse número pode ser maior caso se considere os profissionais ginecologistas-obstetras que estão em Unidades Básicas de Saúde sem vínculo em equipe específica, que atinge o potencial atual de 7.441 (sete mil quatrocentos e quarenta e uma) equipes, considerando 5.350 (cinco mil trezentos e cinquenta) ginecologistas-obstetras disponíveis na APS.

2.1.14. Médicos, pesquisadores e organizações governamentais utilizam a MMG como um indicador de potenciais problemas de sistemas de saúde que podem ser estudados e abordados como estratégias. Em uma revisão sobre MMG, em todo o estado em Illinois, 22% (vinte e dois por cento) dos casos foram considerados potencialmente evitáveis, e outros 20% (vinte por cento) foram considerados não evitáveis, porém com necessidade de melhoria no cuidado^[6]. Em um estudo dos Estados Unidos, aproximadamente 15% (quinze por cento) dos casos de MMG desenvolveram em semanas após a alta do parto^[7].

2.1.15. Vários estudos têm explorado a associação entre condições médicas pré-existentes específicas e MMG^[8]. Abaixo são apresentados alguns exemplos de intervenções, direcionadas ao público materno com risco maior que o habitual, que podem reduzir morbimortalidade materna, a partir do fortalecimento da assistência e monitoramento dos casos por médicos ginecologistas-obstetras incluídos na APS:

I - Avaliação e monitoramento dos distúrbios hipertensivos. As alterações hipertensivas estão como a primeira causa direta de morte materna no Brasil. Nas mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia, a detecção precoce e o manejo adequado, antes do agravamento do estado materno, são elementos essenciais para a redução de MMG, podendo evitar em torno de 70% (setenta por cento) dos casos de eclâmpsia^[9].

II - Intervenções especializadas precoces. Prescrições médicas de baixo custo como a aspirina e cálcio, em ensaios randomizados de mulheres com risco moderado a alto de desenvolver o transtorno hipertensivo, teve um impacto na redução do risco de pré-eclâmpsia, bem como de outros desfechos adversos da gravidez, como, por exemplo, parto prematuro e restrição do crescimento fetal^[10].

III - Vigilância de quadros infecciosos. A sepse resulta em 10 (dez) a 12% (doze por cento) das mortes em países em

desenvolvimento^[11]. Dentre os problemas relacionados às infecções, incluem más práticas de prescrição de antibióticos, superlotação de instalações, número insuficiente de profissionais de saúde qualificados e compreensão insuficiente de problemas básicos de controle de infecções^[12]. Ações qualificadas de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno são as estratégias relacionadas com a redução da morbimortalidade por essa causa.

IV - Assistência ao HIV/AIDS. O HIV/AIDS contribui para elevação das taxas de mortalidade materna em países com recursos limitados [32,33]^[13]. O HIV materno está também associado ao aumento do risco de morte por endometrite, pneumonia, tuberculose e malária^[14]. O diagnóstico oportuno, a instituição do tratamento e o monitoramento durante o pré-natal e parto, eficientes na redução das taxas de transmissão vertical, são as estratégias para reduzir a morbidade tanto materna quanto fetal/infantil.

V - Avaliação qualificada dos extremos de faixa etária reprodutiva. Nos Estados Unidos, a MMG é maior em pacientes com menos de 20 (vinte) anos, depois reduz na faixa etária de 20 (vinte) a 29 (vinte e nove) anos, e, em seguida, aumenta com a idade, com as maiores taxas identificadas entre os pacientes com 40 (quarenta) anos ou mais^[15]. Esse risco aumentado tem se mostrado estendido até o período pós-parto^[16]. Uma associação semelhante entre a idade materna e o aumento do risco para MMG tem sido relatada em outros países com grande oferta de recursos^[17]. Já em países com recursos limitados, a idade acima de 30 (trinta) anos tem sido associada a casos de MMG^[18].

VI - Acesso ao cuidado e monitoramento frequente de minorias raciais e étnicas. O status de minoria racial e étnica parece ser um importante fator de risco e tem sido consistentemente associado à MMG. A exposição ao longo da vida ao racismo sistêmico e à discriminação tem sido identificada como uma das possíveis explicações ao aumento do risco de MMG em indivíduos minoritários^[19].

VII - Acesso ao cuidado e monitoramento frequente de populações vulneráveis economicamente. O nível socioeconômico pode ser um fator de risco entre as gestantes nos Estados Unidos e em outros países^[20]. Um estudo identificou que viver nos bairros mais pobres aumentou ainda mais o risco de MMG entre mulheres negras em Nova York^[21].

VIII - Identificação e gestão oportuna de comorbidades médicas. Estudos no Canadá, Austrália e Estados Unidos relataram associação entre condições pré-existentes e risco para MMG^[22]. O risco aumenta conforme o número crescente de comorbidades. Em um estudo, 45% (quarenta e cinco por cento) das pacientes negras apresentaram pelo menos uma condição em comparação com 33% (trinta e três por cento) das pacientes brancas, 32% (trinta e dois por cento) das pacientes hispânicas e 28% (vinte e oito) das pacientes asiáticas^[23].

IX - Informação e intervenções qualificadas em hábitos de vida. Foi relatada associação entre alto ganho de peso gestacional e MMG^[24]. Um estudo dos Estados Unidos observou que as pessoas grávidas que tiveram ganho de peso gestacional superior às diretrizes da Academia Nacional de Medicina estavam em risco aumentado de MMG em comparação com aquelas que atingiram faixas-alvo de ganho de peso^[25].

X - Vigilância e avaliação qualificada dos casos com maior potencial de encaminhamento a atenção hospitalar. A pandemia de covid-19 deixou claro a associação entre infecção pela COVID-19 e complicações maternas^[26]. Dos pacientes que necessitam de internação para COVID-19 durante a gravidez, a literatura sugere que aproximadamente 10% (dez por cento) necessitavam de cuidados intensivos, com uso de ventilação mecânica em aproximadamente 8% (oito por cento). A gravidez no cenário de pelo menos uma comorbidade médica tem sido associada ao aumento do risco de morbidade materna e mortalidade^[27].

XI - Avaliação qualificada dos intervalos gestacionais. Um estudo que inclui mais de 14.000 (quatorze mil) pacientes com MMG, tanto espaços de tempos curtos (<6 meses) quanto longos (≥60 meses) entre gestações foram significativamente associados

à MMG^[28].

XII - Avaliação de eventos obstétricos pregressos. História anterior de parto de natimorto e anemia estão associadas a um risco aumentado para MMG, particularmente entre gestantes com condições médicas pré-existentes^[29].

2.1.16. A literatura descreve que a avaliação dos fatores de risco deve ser realizada de forma abrangente, perpassando o período pré-gestacional, a primeira consulta e sendo mantida de forma contínua e qualificada durante todo o pré-natal, apresentando vantagem quando incluída a avaliação no período puerperal e no período entre gestações. O acompanhamento pré-natal precoce, qualificado e frequente, principalmente de gestantes com fatores de risco para MMG, é uma das principais estratégias para redução de mortalidade grave.

2.1.17. A MMG também é diretamente associada ao risco de mortalidade infantil. Estima-se que aproximadamente 2,7 milhões de recém-nascidos morreram em 2015 e houve outros 2,6 milhões de natimortos. Um estudo canadense identificou aumento expressivo da mortalidade infantil quando ocorre morbidade materna grave (8.9 a cada 1.000 nascidos vivos) quando comparado com casos que os fatores de risco, quando existentes, são identificados e atenuados, prevenindo a morbidade materna grave (2.8 a cada 1.000 nascidos vivos)^[30].

2.1.18. Nesse caso, para além do fomento para o provimento desses profissionais, faz-se necessário qualificar a inserção e atuação conjunta de profissionais ginecologistas-obstetras junto as equipes da APS.

2.2. DA MORTALIDADE INFANTIL

2.2.1. Outro problema regulatório identificado se refere ao cenário de retração de atendimentos às crianças de 0 a 11 anos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Com a mudança no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, e passado o período de transição para implantação do atual modelo, identificou-se aumento de 15% (quinze por cento) no número de equipes da APS custeadas com o cofinanciamento federal.

2.2.2. Após análise dos dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, conforme informações sistematizadas por meio da Planilha Projeções CNES e SISAB (0024689396), que consolidam as informações sobre os atendimentos realizados por equipes da APS, e considerando as informações de registro de atendimentos na população em geral, especificamente aqueles realizados nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2019 e 2021, identifica-se um aumento de 15% (quinze por cento) no percentual do número de atendimentos.

2.2.3. Entretanto, quando são estratificadas as informações, os dados recentes de atendimentos do SISAB, com recorte para a faixa etária de 0 a 11 anos (crianças), constata-se uma redução do percentual de atendimento a essa população nos serviços da APS de 12% (doze por cento).

2.2.4. Cabe destacar que esse comportamento de redução dos atendimentos às crianças não ocorre em todas as equipes, ao passo que nas equipes que contam com profissionais médicos pediatras vinculados, identifica-se um aumento no percentual dos atendimentos de cerca de 53% (cinquenta e três por cento).

2.2.5. Ademais, a fim de se garantir uma análise mais apurada, se considerado somente os municípios que contam com pediatras vinculados às equipes, identifica-se que as equipes que não possuem essa categoria profissional nesses municípios, registram um aumento de 4% (quatro por cento) nos atendimentos às crianças, mantendo-se o aumento de 53% (cinquenta e três por cento) quando se analisa as equipes que possuem pediatras. Tais dados sugerem a importância da presença do médico pediatra para a oferta de atendimentos a crianças e, consequentemente, ao aumento da resolubilidade APS.

2.2.6. Porém, a presença do médico pediatra ainda é incipiente na APS. Em um campo de mais de 48 (quarenta e oito mil) equipes da APS custeadas pelo Ministério da Saúde, entre equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, somente 2.264 (duas mil duzentos e sessenta e quatro) contam com pediatras vinculados diretamente a elas. Esse número pode ser maior, caso se considere Unidades Básicas de Saúde que têm, pelo menos, um pediatra vinculado ao estabelecimento sem vinculação a uma equipe específica esse potencial hoje é de 8.176 (oito mil cento e setenta e seis) equipes, considerando 5.699 (cinco mil seiscentos e noventa e nove) pediatras, vinculados em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Primária custeadas pelo Ministério da Saúde.

2.2.7. Nesses cenários, para além da inclusão desta categoria profissional, faz-se necessário qualificar a inserção e atuação conjunta de profissionais pediatras junto as equipes da APS.

2.2.8. O cenário de retração de atendimentos às crianças de 0 a 11 anos merece atenção e por esse motivo é identificado como o segundo problema regulatório a ser enfrentado. Além disso, tem sido identificado um aumento da taxa de mortalidade infantil, que em 2019, foi de 12,4 casos por 1.000 nascidos vivos; a previsão para 2020, de 11,5/1.000 e em 2021, de 29.1/1.000 nascidos vivos, correspondendo a um aumento substancial em relação aos números já alcançados no país.^[31]

2.2.9. Na perspectiva do conceito de curso de vida^[32], as diferentes etapas na vida dos indivíduos (gestação, infância, adolescência, idade adulta e idade avançada) são impactadas longitudinalmente, de forma que o período de pré-natal a primeira infância oferecem oportunidades singulares para influenciar os percursos de saúde dos indivíduos.

2.2.10. Portanto, um olhar específico para o pré-natal e seu impacto em cadeia na infância deve ser considerado, dado o impacto geral que isso tende a gerar nos indivíduos mesmo quando adultos e em idade mais avançada.

2.2.11. O impacto no aumento dos percentuais de alcance dos indicadores monitorados para o pagamento por desempenho no escopo do Programa Previne Brasil, conforme disposto pela Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, das equipes que possuem profissionais médicos pediatras e/ou ginecologista e obstetra pode ser apresentado conforme quadro abaixo:

QUADRO 1. SÍNTESE DO ALCANCE DOS INDICADORES CONSIDERADOS PARA O PAGAMENTO POR DESEMPENHO – PREVINE BRASIL

Médias de análise / Indicadores Previne Brasil	Pré-Natal (6 consultas) (%)	Pré-Natal (Sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cobertura Citopatológico (%)	Hipertensão (PA Aferida) (%)	Diabetes (Hemo Glicada) (%)
Média Global	31,80	38,77	28,35	13,02	8,97	17,86
Média sem profissionais especializados	31,65	38,68	28,25	12,90	8,78	17,69
Média – MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	39,60	44,15	33,44	16,30	15,58	24,14
Média – MÉDICO PEDIATRA	34,81	39,69	29,74	16,72	13,87	22,83

(FONTE: PLANILHA PROJEÇÕES CNES SISAB0024689396)

2.2.12. Cumpre destacar que para o estudo apresentado na presente análise não considerou as informações sobre o alcance do indicador de cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente em função da alteração do método de mediação na ficha de qualificação em curso, fato que implicaria na defasagem da informação atual.

2.2.13. Nesse sentido, observando-se estudos sobre consultas de pré-natal^[33], mortes evitáveis na infância^{[34][35]}, perfil sobre mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido e a atenção à saúde da criança e determinantes sobre a mortalidade infantil, reforçam a importância do incremento da participação dos profissionais pediatras e ginecologistas-obstetras para um melhor desempenho assistencial no escopo da APS, em especial na Estratégia Saúde da Família.

2.2.14. Todos esses aspectos são especialmente relevantes nas ações de redução das mortalidades materna e infantil, problemática histórica do processo de implantação do Sistema Único de Saúde para assistência em saúde à população brasileira, em um contexto em que, embora tenha havido redução nas últimas décadas dos indicadores de mortalidade no Brasil ainda não se alcançou o patamar desejado.

2.2.15. Outrossim, conclui-se que diversos são os grupos populacionais que se beneficiam de avaliações por médicos especialistas. A estratégia de ampliação do acesso à população materno-infantil ao cuidado especializado na APS, objetiva impactar diretamente no atraso para a avaliação médica especializada, durante o período gestacional e infantil, nos quais tanto a não identificação de riscos quanto a gestão inadequada deles impactam diretamente na mortalidade desse público e em outros agravos a longo prazo.

2.2.16. A estratégia de intensificar os cuidados ao público com risco maior que o habitual teria como resultado esperado a longo prazo, a redução da mortalidade materna e infantil; a médio prazo, a redução de casos relacionados diretamente a MMG e a curto prazo, a qualificação e a intensificação do cuidado perinatal brasileiro.

2.2.17. A presença desses profissionais pode apoiar na organização da linha do cuidado perinatal, qualificando e fortalecendo a identificação e o

monitoramento de pacientes com risco de MMG; na criação e implementação do plano terapêutico compartilhado e na oportuna referência ao serviço de alto risco, quando necessário, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado.

2.2.18. Os 1000 (mil) primeiros dias que vão da concepção até o fim do segundo ano de vida (a soma dos 270 dias da gestação aos 730 dias até que o bebê complete dois anos de idade) é um crucial período para intervenções que garantam nutrição e desenvolvimento saudáveis que trarão benefícios em todo o ciclo de vida. "As crianças devem receber alimentação adequada, por meio de nutrição pré-natal adequada, aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, adição de alimentos complementares adequados e continuação da amamentação até os dois anos"^[36].

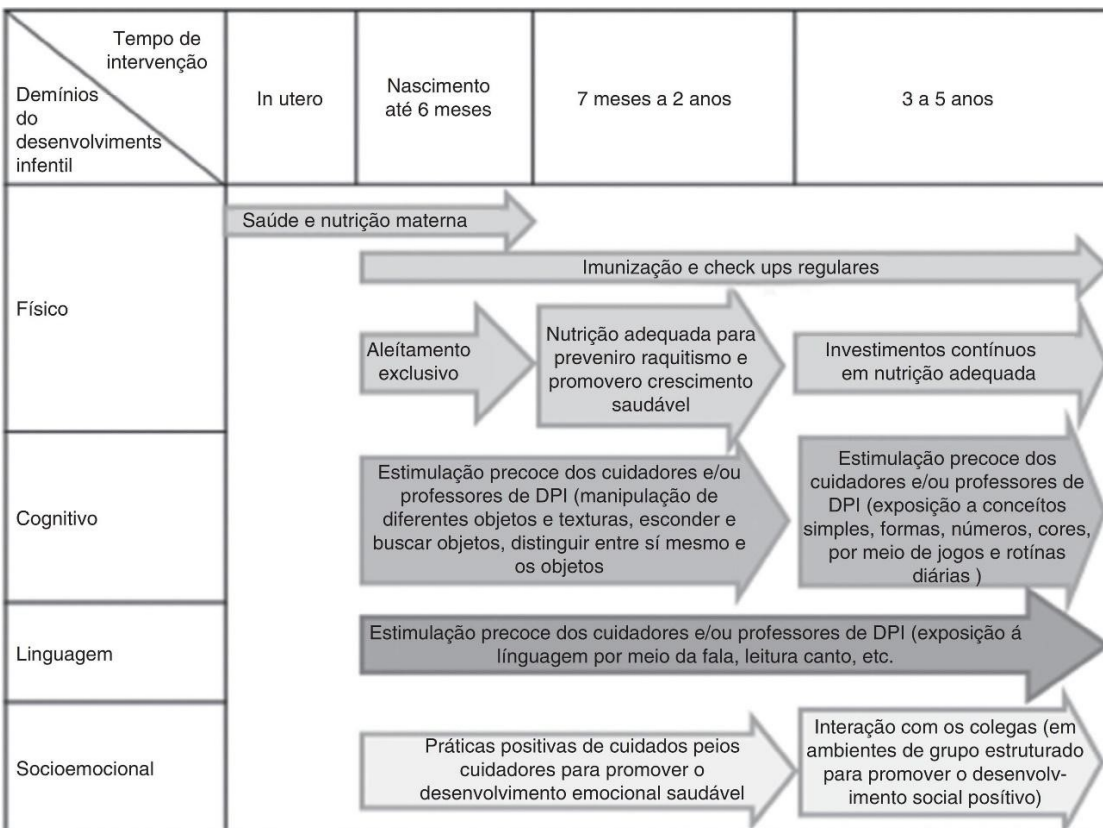
2.2.19. O fato da contagem dos primeiros mil dias começar na gravidez é exatamente porque a gestação impacta na saúde física e emocional do feto, como por exemplo a alimentação e medicamentos ingeridos pela mãe. Essa janela de oportunidade para melhorar a saúde dos indivíduos também propõe que haja prioridade na alocação de recursos.

2.2.20. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC^[37] e seus sete eixos de atuação, pode-se destacar que a melhoria do acesso à atenção obstétrica e neonatal para além de orientações constantes em cadernetas e manuais a profissionais que acabam por não possuir o completo e especializado conhecimento acerca do processo saúde-doença em mortalidade materno-infantil é o ponto essencial para que se alcance a real efetividade na prestação de ações e serviços de saúde.

2.2.21. É nesse sentido que se ressalta o papel do médico obstetra e pediatra em relação aos mil dias como fundamental quanto à educação dos pais e responsáveis, implantação de intervenções curativas, preventivas e promotoras da saúde por meio de suas práticas profissionais especializadas em adição às equipes atuantes na Atenção Primária à Saúde. Segundo Cunha, Leite e Almeida:

"O pediatra poderia atuar integradamente com outros profissionais, no desenvolvimento e na condução de estudos e investigações e na elaboração e publicação de artigos científicos e de divulgação, que destaquem a importância de ações e intervenções com ênfase no conceito dos primeiros mil dias, enfatizem a busca pela nutrição e o desenvolvimento saudáveis e contribuam para a transferência de conhecimentos científicos para apoiar políticas e práticas de saúde".

2.2.22. Os autores citados acima ainda destacam o quadro abaixo acerca das intervenções necessárias ao período crucial dos mil dias, segundo domínios do desenvolvimento infantil:



2.2.23. Dessa maneira, apesar de pessoas com maior risco sanitário incorrerem em óbito de forma mais atingível, a grande zona da mortalidade baseia-se na gestão de riscos que por muita das vezes faz com que os riscos de mortalidade não sejam atenuados por falta, inclusive, de identificação. Para se possuir a gestão adequada dos riscos é necessário que se compreendam todos

os fatores que compõe a ameaça.

2.2.24. O processo ineficiente de gestão de riscos, de se ordenar e coordenar o cuidado na Atenção Primária, motiva o direcionamento da demanda à atenção especializada. Por isso, a estratificação do risco de forma correta, destinando à Atenção Especializada somente quem precisa de cuidados que demandam a utilização de tecnologia.

2.2.25. Assim, a Atenção Primária realizando a gestão de risco por meio de médicos especialistas contribuiria para a fixação das mulheres e crianças no tempo necessário ao acompanhamento, gerando redução da morbimortalidade. Essa é a estratégia visada, especializar o atendimento primário por meio de médicos obstetras e pediatras com foco na observação de alterações agudas e sub-agudas que possam resultar em doenças crônicas ou condições que possam levar ao redirecionamento evitável às demais Redes de Atenção à Saúde - RAS.

2.2.26. Enfim, é preciso investir na estruturação organizacional da atenção primária, na qualificação dos profissionais de saúde, além de priorizar os processos de monitoramento e avaliação constante dos riscos, atuando diretamente na prevenção de agravos e mortalidade, tanto materna quanto infantil.

3. MAPEAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS: SAÚDE MATERNO-INFANTIL

3.1. A temática da assistência à saúde materno-infantil, por ser bastante complexa dentro dos sistemas de saúde, merece uma análise ampla e geral. Assim, tem-se que políticas públicas são adotadas em todo o mundo tendo como objetivo a melhor prestação da assistência à saúde.

3.2. No âmbito internacional, a partir da década de 70, organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), incentivaram debates acerca da universalização do cuidado.

3.3. A partir do aumento das taxas de mortalidade materna e infantil, é necessário o envolvimento de sistemas de saúde e comunidades, em todo o mundo, na abordagem de fatores políticos, econômicos, sociais, técnicos e ambientais que contribuam para reduzir essas altas taxas.

3.4. No cenário da América Latina o cuidado com a assistência à saúde materno-infantil mostra-se essencial na medida das respectivas taxas de mortalidade.

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA ^[38] (ÓBITOS / CEM MIL NASCIDOS VIVOS)	ANO
Guiana	667	2017
Bolívia	155	2017
Venezuela	125	2017
Suriname	120	2017
Peru	88	2017
Paraguai	84	2017
Colômbia	83	2017
Equador	59	2017
Argentina	39	2017
Uruguai	17	2017
Chile	13	2017

* dados atualizados até Jan/2020.

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL ^[39] (MORTES/1.000 NASCIMENTOS NORMALES)	ANO
Bolívia	32	2020
Venezuela	28	2020
Guiana	28	2020
Suriname	22	2020
Paraguai	17	2020
Peru	17	2020
Equador	15	2020
Colômbia	12	2020
Argentina	9	2020
Uruguai	8	2020
Chile	6	2020

* dados atualizados até Jan/2020.

3.5. Conforme já dito, a taxa de mortalidade materna do Brasil, em 2019, foi de 55,3 a cada 100.000 nascidos vivos. A previsão para 2020, a partir de

dados preliminares, é de acréscimo para 67,9/100.000 e em 2021, de 291/100.000. A taxa de mortalidade infantil, em 2019, foi de 12,4/1.000; a previsão para 2020, por meio de dados preliminares, é de 11,5/1.000 e em 2021, de 29.1/1.000 nascidos vivos^[40].

3.6. Como exemplo de perspectivas sobre políticas públicas realizadas nos últimos anos em países da América do Sul para tentar diminuir com as taxas de mortalidade em referência^[41], pode-se citar uma maior participação financeira de entes privados em saúde, ampliação de programas nacionais de saúde materna e infantil, bem como um maior incremento de gastos públicos em saúde.

3.7. Ademais, pode-se observar que durante anos anteriores as taxas de mortalidade acima referidas já foram bem superiores, todavia, observa-se que tais taxas ainda são elevadas quando se comparada a países desenvolvidos. Neste instante cumpre trazer à baila os seguintes dados:

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA ^[42] (ÓBITOS / CEM MIL NASCIDOS VIVOS)	ANO
Estados Unidos	19	2017
Canadá	10	2017
Estônia	9	2017
França	8	2017
Portugal	8	2017
Reino Unido	7	2017
Eslovênia	7	2017
Alemanha	7	2017
Japão	5	2017
Países Baixos	5	2017
Irlanda	5	2017
Luxemburgo	5	2017
Áustria	5	2017
Bélgica	5	2017
Dinamarca	4	2017
Islândia	4	2017
Espanha	4	2017
Grécia	3	2017
Israel	3	2017
Itália	2	2017
Noruega	2	2017
Polónia	2	2017

* dados atualizados até Jan/2020.

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL ^[43] (MORTES/1.000 NASCIMENTOS NORMALES)	ANO
Estados Unidos	5	2020
Letônia	5	2020
Hungria	5	2020
Canadá	4	2020
Polónia	4	2020
Reino Unido	4	2020
Estônia	4	2020
Grécia	4	2020
Irlanda	4	2020
Países Baixos	3	2020
Luxemburgo	3	2020
Áustria	3	2020
Alemanha	3	2020
Bélgica	3	2020
Espanha	3	2020
Itália	3	2020
França	3	2020
Dinamarca	3	2020
Finlândia	3	2020
Israel	3	2020
Portugal	3	2020
Noruega	3	2020

Islândia	2	2020
Japão	2	2020
Eslovênia	2	2020

* dados atualizados até Jan/2020.

3.8. Cumpre destacar que na América do Norte as menores taxas são encontradas no Canadá, uma vez que as taxas de Mortalidade Materna e Infantil são, respectivamente, de 9 e 4 mortes por cada mil nascidos vivos.

3.9. Os esforços em saúde para reduzir a mortalidade, em vários países do mundo, estão concentrados em identificar precocemente e avaliar sistematicamente os pacientes que apresentem fatores de risco, baseados nas principais causas de mortalidade^[44].

3.10. As taxas de mortalidade que se observam nos demais países do mundo são influenciadas, ainda, por fatores como, por exemplo, acesso ao saneamento básico, grau de instrução dos cidadãos, acompanhamento das gestantes e recém-nascidos, acesso ao serviço hospitalar, desnutrição, existência de políticas públicas, entre outros^[45].

3.11. Nessa perspectiva, a aplicação de políticas públicas para a assistência à saúde materna e infantil, além de necessária, deve respeitar as peculiaridades financeiras, culturais, sociais e populacionais de cada país, não havendo modelo pronto e imutável, pelo contrário, experiências devem ser entendidas como aprendizado.

4. AGENTES ECONÔMICOS, USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DEMAIS AFETADOS

4.1. A partir do problema discutido, recomendações científicas e experiências internacionais elencadas nas seções anteriores, atuar no processo de reversão do aumento expressivo das taxas de mortalidade materna e infantil pode requerer o envolvimento de múltiplos atores:

a) A população de crianças e mulheres deve ser compreendida como grupo dos usuários dos serviços prestados no tema em discussão;

b) No SUS, vale destacar que a atuação majoritária na assistência à população, em especial na Atenção Primária à Saúde, é de responsabilidade de municípios e Distrito Federal. Portanto, qualquer iniciativa deve levar em consideração esse grupo, especialmente se estivermos tratando de intervenções que abordem repasse de recursos, regulados por normativa específica;

c) Para além dos municípios, vale destacar o papel dos estados. O processo de organização da Rede de Atenção à Saúde nas Unidades da Federação e mais a atuação complementar onde se requer organização de serviços entre municípios fica a cargo dos estados;

d) Complementarmente, o Ministério da Saúde exerce seu papel de coordenação nacional do SUS prestando apoio técnico e financeiro a estados e municípios, e muitas vezes na articulação interestadual. Vale destacar que a União aplica mais recursos na saúde pública do que o conjunto de municípios, por exemplo;

e) No âmbito da APS, a estratégia principal de atendimento à população é por meio das equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde e organizadas localmente por municípios e DF. A composição mínima das eSF é: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde.

f) Além destes profissionais, os profissionais médicos ginecologista obstetra e pediatras podem ser compreendidos como atores relevantes para o recrudescimento das taxas de mortalidade materna e infantil e estão presentes na APS em algumas localidades e equipes, ainda que de maneira incipiente;

g) No mais, parte das estratégias de apoio realizadas pelo Ministério da Saúde envolvem as universidades, especialmente se considerarmos os mecanismos recorrentes de capacitação e telemedicina, que podem ter alguma contribuição no tema.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- Art. 18 a 21 do Anexo I do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE;
- Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Política Nacional de Atenção Básica - PNAB;
- Anexo X da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC;
- Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Rede Cegonha;
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 28 de setembro de 2017.
- Portaria GM/MS nº 2.221, de 24 de agosto de 2020, habilita leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19 e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo Coronavírus (COVID 19), a ser disponibilizado ao Estado de São Paulo e Município de Santo André.
- Portaria GM/MS nº 731, de 16 de abril de 2021, institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.
- Portaria GM/MS nº 2.222, de 25 de agosto de 2020, institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.
- Portaria GM/MS nº 2.358, de 2 de setembro de 2020, institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.

6. OBJETIVO

6.1. Frente às constatações observadas nas seções anteriores, necessidade de alguma intervenção, fundamentação legal que ampara a atuação do Ministério da Saúde no sentido de reversão das taxas de mortalidade materna e infantil, é necessária alguma medida.

6.2. Após discussões internas no âmbito da SAPS, entendeu-se que qualquer que seja a opção regulatório ou não regulatório definida, ela deve buscar o seguinte objetivo:

Aprimorar as ações estratégicas assistenciais de integração da APS na RAS, com enfoque na saúde da mulher e na saúde materno-infantil.

6.3. É considerando esse objetivo que devem ser estudadas alternativas de ação, tema das próximas seções.

7. DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS ALTERNATIVAS DE AÇÃO

7.1. Como alternativas de intervenção em saúde para resolução do problema apontado e considerando o objetivo acima, foram elencadas alternativas voltadas para qualificação das ações de saúde tendo como público crianças e mulheres na APS.

7.2. A partir de discussões internas no âmbito da SAPS, identificou-se as possíveis oito opções a seguir.

OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD. Opção não regulatória em que o foco seria em um Programa de qualificação EAD para profissionais da APS voltado para mortalidade materna infantil.

OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS. Opção regulatória em que o foco seria em viabilizar Repasses de recursos financeiros a estados e municípios para compra de equipamentos para maternidades.

OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS. Opção regulatória em que o foco seria em repassar recursos para todos os municípios para co-financiar a contratação de profissionais médicos especializados.

OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS. Opção regulatória em que o foco seria em repassar recursos para grupo delimitado de municípios que funcionariam como referências regionais para contratar profissionais especializados e ofertar atendimento em um grupo maior de municípios, obedecendo a lógica de regionalização no SUS.

OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS. Opção regulatória em que o foco seria em repassar recursos para estados conduzirem o processo de qualificação da APS, conforme as particularidades de cada estado.

OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO. Opção regulatória em que o foco seria em repassar recursos para municípios conforme o desempenho deles em indicadores voltados para resultado na temática da saúde da criança e da mulher.

OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA. Opção não regulatória em que o foco seria em fortalecer iniciativas anteriores e já em curso de implementação de telemedicina no país, por meio de parcerias com universidades que ofertariam suporte e atendimento a equipes da APS.

OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR. Opção não regulatória em que não agir na tentativa de resolução do problema também é uma opção.

7.3. Vale destacar que, em uma análise preliminar, as oito opções, em maior ou menor grau, respondem positivamente às seguintes indagações recomendadas em AIR:

- 1) baixa viabilidade técnica;
- 2) dificuldade de implementação por parte da secretaria ou do MS;
- 3) dificuldade de conformidade por parte dos regulados;
- 4) possibilidade de insegurança jurídica;
- 5) inadequação, atraso ou rigidez com relação aos desenvolvimentos tecnológicos, o que pode tornar a ação obsoleta rapidamente;
- 6) conflito com direitos básicos dos cidadãos;
- 7) conflito ou inconsistências com outras regulações da própria agência, órgão ou entidade ou regulações de outras instituições;
- 8) alto grau de complexidade na elaboração do normativo em função da necessidade de tratamentos diferenciados de acordo com o tamanho ou natureza dos atores, da região, etc; e
- 9) possibilidade de oposição significativa, a ponto de comprometer os resultados esperados.

7.4. De forma mais específica, o quadro abaixo sistematiza os pontos centrais preliminares identificados para cada uma das oito opções frente aos nove critérios elencados acima:

QUADRO 2 - DESCRIÇÃO E ASPECTOS-CHAVE PARA CADA ALTERNATIVA LEVANTADA E JUSTIFICATIVAS

ALTERNATIVA	DESCRIÇÃO	ASPECTOS NEGATIVOS PARA OS NOVE CRITÉRIOS-CHAVE	ASPECTOS POSITIVOS PARA OS NOVE CRITÉRIOS-CHAVE
	Opção não regulatória em que o foco seria em um		Por outro lado, essa opção trabalharia com a manutenção do papel da

OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD.	que o foco seria em um Programa de qualificação EAD para profissionais da APS voltado para mortalidade materna infantil.	Alguns pontos críticos seriam: a complexidade na socialização de um conteúdo complexo; e o tempo longo e necessário para surtir efeito.	manutenção do papel de cada profissional da APS, em especial das eSF, porém, de forma mais qualificada e direcionada para o problema em questão.
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS.	O foco seria em viabilizar Repasses de recursos financeiros a estados e municípios para compra de equipamentos para maternidades.	Alguns pontos críticos seriam: as incertezas quanto à real capacidade dessa opção solucionar problemas; e a complexidade e tempo longo para surtimento de efeitos, dados os prazos para apresentação de propostas pelos entes, análises pelo MS, liberação de recursos, e aquisição de fato pelo ente beneficiário do repasse.	Por outro lado, ainda que não se tenha certeza sobre a capacidade de se resolver o problema em análise, a opção poderia melhorar a estrutura da rede materno-infantil resolvendo outros problemas relacionados à falta de infraestrutura.
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.	O foco seria em repassar recursos para todos os municípios para co-financiar a contratação de profissionais médicos especializados.	Alguns pontos críticos seriam: a amplitude de municípios recebendo recursos levaria a um baixo valor por município, demandando uma contrapartida maior por parte dos municípios; um recurso pequeno não permitiria a contratação em locais mais isolados, frustrando a iniciativa; esse modelo não conta com apoio da representação dos municípios por conta desses problemas.	Por outro lado, incentivos para municípios é algo muito usual na SAPS e seria algo de fácil operacionalização.
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.	O foco seria em repassar recursos para grupo delimitado de municípios que funcionariam como referências regionais para contratar profissionais especializados e ofertar atendimento em um grupo maior de municípios, obedecendo a lógica de regionalização no SUS.	Alguns pontos críticos seriam: as incertezas relacionadas a financiar referências regionais, por não ser usual financiamentos nesse sentido no âmbito da APS; e a dependência das pactuações regionais em que municípios definem o município referência não respeitando às vezes critérios desejáveis.	Por outro lado, a opção otimizaria os recursos disponíveis permitindo recursos adequados para a contratação de profissionais, além de ser a opção a contar com maior apoio por parte da representação dos municípios.
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS.	O foco seria em repassar recursos para estados conduzirem o processo de qualificação da APS, conforme as particularidades de cada estado.	Alguns pontos críticos seriam: a dificuldade de monitorar e avaliar a aplicação dos recursos repassados, dada a diversidade de possibilidades de um incentivo sem objeto muito claro; e a dificuldade em delimitar o papel de municípios na APS e do estado como apoiador técnico e financeiro, colocando essa opção numa situação de incertezas perante um vasto conjunto de normas que regulam a APS.	Por outro lado, traria para o debate a inserção das secretarias estaduais na busca de soluções para o trabalho desenvolvido pelos municípios do seu território.
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO.	O foco seria em repassar recursos para municípios conforme o desempenho deles em indicadores voltados para resultado na temática da saúde da criança e da mulher.	Alguns pontos críticos seriam: a possibilidade concreta de privilegiar quem já conta com profissionais especializados e uma boa infraestrutura na APS, levando a uma situação de só reforçar desigualdades de acesso hoje já existentes, sem perspectiva de melhora de indicadores, às vezes, onde mais precisa.	Por outro lado, essa opção seria de fácil operacionalização e acompanhamento.
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA.	Opção não regulatória em que o foco seria em fortalecer iniciativas anteriores e já em curso de implementação de telemedicina no país, por meio de parcerias com universidades que ofertariam suporte e atendimento a equipes da APS.	Alguns pontos críticos seriam: a inviabilidade da proposta em localidades que ainda possuem dificuldades de acesso à internet; e os processos longos e ainda muito incertos de parcerias junto às universidades nesse tema.	Por outro lado, essa opção trabalharia com a manutenção do papel de cada profissional da APS, em especial das eSF, porém, de forma mais qualificada e direcionada para o problema em questão.
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR.	Opção não regulatória em que não agir na tentativa de resolução do problema também é uma opção.	O ponto crítico seria o cenário que se aproxima de aumento da mortalidade materna infantil e consequentemente de inércia frente aos problemas constatados, reforçando-se uma série de desigualdades hoje já existentes, e que penalizam às vezes a população que mais precisa.	Não se aplica.

7.5. Diante deste cenário preliminar e considerando que os nove critérios acima podem ser melhor aproveitados em uma análise comparada das soluções

baseada em métodos qualitativos, optou-se por prosseguir com uma análise mais aprofundada desses critérios, adaptando-os às especificidades do tema em questão. A seção voltada para comparação das alternativas de solução especificará o método e análises realizadas.

8. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DE RISCOS

8.1. Ultrapassada a análise da necessidade de uma melhor assistência de saúde materno-infantil sob o contexto internacional faz-se necessária uma breve análise do contexto brasileiro sobre o tema em referência, considerando inclusive os efeitos da pandemia de COVID-19 no aumento das taxas de morte materna.

8.2. Deste modo, destaca-se que o [Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz](#)^[46], divulgado em 4 de junho de 2021, constatou que as gestantes e puérperas vêm despontado como um grupo de grande preocupação, diante da evolução da morte materna a níveis extremamente elevados.

8.3. Segundo este boletim, especialistas alertam que as gestantes podem evoluir para formas graves da Covid-19, com descompensação respiratória, em especial, aquelas que estão em torno de 32 ou 33 semanas de gestação. Em muitos casos, há necessidade de antecipar o parto.

8.4. A partir de meados de 2020, começaram a ser publicados artigos sobre a morte de gestantes e puérperas em decorrência da Covid-19 no Brasil, alertando para a necessidade de preparação e organização de toda a rede de atenção em saúde.

8.5. De acordo com o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), os óbitos maternos em 2021 já superaram o número notificado em 2020. No ano de 2020, foram 544 óbitos em gestantes e puérperas por Covid-19 no país, com média semanal de 12,1 óbitos, considerando que a pandemia se estendeu por 45 semanas epidemiológicas. Até 26 de maio de 2021, transcorridas 20 semanas epidemiológicas, foram registrados 911 óbitos, com média semanal de 47,9 óbitos, denotando um aumento preocupante.

8.6. No Relatório "Mulheres grávidas e puérperas diante do coronavírus"^[47] publicado pelo Instituto Patrícia Galvão e pela Locomotiva pesquisa e estratégia, com o apoio da ONU Mulheres e em parceria com o United Nations Population Fund - UNFPA e United Nations Children's Fund - UNICEF, foram apresentados os resultados de pesquisas realizada com 2.753 mulheres (1.713 grávidas e 1.040 puérperas), onde consta o dado de que 1 em cada 3 mulheres reduziram a frequência de realização de exames e consultas presenciais. Acredita-se que essa diminuição no acompanhamento está causando o aumento do risco à saúde das mulheres, podendo causar danos irremediáveis.

8.7. Por tudo que fora exposto, tem-se que os estudos e dados supramencionados deixam explícita a necessidade de atuação de médicos ginecologistas obstetras na atenção primária como forma de realizar o melhor acompanhamento das mulheres, obedecendo princípios e diretrizes do SUS, bem como evitar resultados fatais ou o agravamento de doenças.

8.8. Por outro lado, destaca-se que em 2020, por meio de dados preliminares, identifica-se 11,5 mortes infantis, a cada 1000 (um mil) nascimentos, número inferior ao quantitativo de 13,3 hábitos de 2019, nos termos do Boletim Epidemiológico nº 37, da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, publicado em outubro 2021^[48]. No entanto, o receio está atrelado ao fato de que

8.9. Diante disso, um dos desafios mais importantes enfrentados pelos profissionais da saúde que trabalham com crianças é identificar anormalidades, distinguir as doenças frequentes das manifestações iniciais de doenças e transtornos menos frequentes, mas potencialmente importantes. A crescente população de crianças com patologias crônicas é outro desafio importante.

8.10. Por isso, o primeiro nível de atenção deve ser considerado um nível de alta complexidade, não relacionado com o manuseio de equipamento ou tecnologia, mas sim com a formação exigida quando é necessário considerar múltiplas variáveis para tomar as decisões adequadas no momento oportuno, oferecendo uma atenção de qualidade e com a utilização criteriosa dos recursos necessários.

8.11. Assim, os estudos demonstram a causa de tamanha preocupação em proporcionar um acompanhamento próximo e adequado a gestantes, puérperas e crianças, bem como a importância da atuação desses profissionais médicos pediatras e médicos ginecologistas-obstetras e outros profissionais de nível superior que contribuam em processos de trabalho voltados para a redução das mortalidades materna e infantil na APS.

8.12. Pelos dados apresentados, seja no âmbito internacional como no âmbito interno, vê-se que a assistência à saúde materno-infantil deve ser tratada como prioridade, haja vista que o risco de não se ter um aprimoramento da assistência à saúde poderá interromper com o processo de diminuição das

taxas de mortalidade materna e infantil.

9. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

9.1. DA COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

9.1.1. A seção anterior evidencia a necessidade de intervenções. Anteriormente, um conjunto de alternativas foi elencado e preliminarmente, analisou-se aspectos negativos e positivos relacionadas a cada alternativa a fim de se especificar as características de cada alternativa elencada.

9.1.2. Porém, o exercício feito anteriormente não é suficiente para a escolha da(s) alternativa(s) mais indicada(s).

9.1.3. É nesse sentido que o Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, que regulamenta a análise do impacto regulatório, indica a necessidade de se utilizar alguma metodologia de aferição da razoabilidade das opções disponíveis.

9.1.4. O mesmo dispositivo do decreto prevê em seu § 2º a possibilidade de o órgão utilizar-se de alguma metodologia mais aplicada ao caso específico em análise, desde que justificada.

9.2. DA METODOLOGIA SELECIONADA

9.2.1. Nesse ponto, vale destacar que a introdução dos processos de AIR no âmbito do Ministério da Saúde ainda está em desenvolvimento inicial. Os problemas com os quais a coordenação nacional do SUS lida possui uma complexidade evidente, especialmente, quando se observa a necessidade de coordenação intergovernamental para tanto.

9.2.2. Mesmo estratégias de indução vertical, ainda que consideradas de sucesso como o caso da implantação da Estratégia Saúde da Família, podem ter resultados limitados, em análises mais específicas que considerem a interferência de fatores diversos locais sejam eles socioeconômicos, políticos ou regionais^[49] ^[50] ^[51]. A explicação para esse fenômeno relaciona-se com o fato de o município, principal executor de programas e políticas da APS, ser um ente autônomo e a construção e implementação do SUS naturalmente obedece a esse aspecto de razoável autonomia^[52].

9.2.3. Nesse sentido, as metodologias para comparação de alternativas de ordem mais econométricas exigem um tratamento diferenciado frente ao modelo federativo de organização do SUS, especialmente, quando o tema em questão exigir um maior processo de coordenação nacional por parte do Ministério da Saúde. Dado o desenvolvimento inicial da AIR no Ministério da Saúde, avalia-se que metodologias de ordem mais qualitativa podem gerar efeitos positivos para escolha de alternativas em processos de AIR.

9.2.4. O uso desse tipo de método não é novidade no âmbito da saúde. O Guia de AIR da Anvisa esclarece alguns aspectos básicos para análises de ordem qualitativa^[53].

9.3. DA APLICAÇÃO DO MÉTODO SELECIONADO

9.3.1. Considerando o uso de técnicas qualitativas, o exercício feito para avaliação das alternativas consistiu na formatação de um questionário online para avaliação de cada uma das oito opções dadas, mediante dez critérios básicos.

9.3.2. Os respondentes deveriam responder 10 questões (uma para cada critério), avaliando cada uma das opções regulatórias e não regulatórias, e considerando uma escala de 1 a 5 (em que: 1 equivalia a discordo totalmente; e 5 equivalia a concordo plenamente).

9.3.3. Com base nessa orientação, os respondentes responderam para cada alternativa (opção) as seguintes questões: 1. [...] você considera as opções viáveis? 2. [...] você considera que as opções não acarretam dificuldade de implementação pela SAPS? 3. [...] você considera que as opções permitem que as partes envolvidas cumpram os requisitos mínimos de controle [...]? 4. [...] você considera que as opções garantem segurança jurídica para as partes envolvidas? 5. [...] você considera que as opções não se tornariam obsoletas com eventuais desenvolvimentos e inovações na APS? 6. [...] você considera que as opções permitem o adequado acesso aos direitos dos cidadãos no SUS? 7. [...] você considera que as opções não entram em conflito com outras normativas da APS e do SUS? 8. [...] você considera que as opções não são complexas e nem de difícil entendimento? 9. [...] você considera que as opções são aceitas pelas partes envolvidas? 10. [...] você considera que as opções são oportunas para o presente momento?

9.3.4. A pontuação máxima que cada respondente poderia dar para cada opção era, portanto, de 50 pontos – (notas de 1 a 5, em cada uma das 10 questões). Ao total 15 técnicos especialistas em gestão da APS responderam ao

questionário. Nesse desenho, cada opção poderia obter a pontuação máxima de 750 pontos – 15 respondentes podendo dar nota máxima de 50 pontos para cada opção.

9.4. RESULTADOS DA COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS PARA OS CRITÉRIOS AVALIADOS

9.4.1. O quadro abaixo sistematiza, os resultados alcançados a partir das 15 respostas obtidas, trazendo inicialmente a pontuação geral de cada opção, que apresenta a opção mais bem avaliada em todo o questionário. Em seguida, apresenta-se a pontuação de cada opção para cada critério avaliado. As opções mais bem pontuadas, tanto no resultado final, quanto no resultado por critério avaliado, estão destacadas com o sombreadamento na cor verde.

QUADRO 3 - COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS ELENCADAS, TANTO PONTUAÇÃO GERAL, QUANTO PONTUAÇÃO POR CADA CRITÉRIO DEFINIDO

PONTUAÇÃO GERAL - RESULTADO FINAL COM TODOS OS CRITÉRIOS		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	463	6,2
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	401	5,3
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	472	6,3
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	520	6,9
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	400	5,3
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	427	5,7
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	452	6,0
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	201	2,7
CRITÉRIO 1. VIABILIDADE DA OPÇÃO		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	44	0,6
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	36	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	45	0,6
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	57	0,8
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	42	0,6
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	46	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	47	0,6

OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	19	0,3
CRITÉRIO 2. OPÇÃO NÃO ACARRETA EM DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	47	0,6
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	35	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	43	0,6
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	47	0,6
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	40	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	47	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	41	0,5
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	33	0,4
CRITÉRIO 3. CAPACIDADE DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS DA OPÇÃO PELAS PARTES ENVOLVIDAS		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	39	0,5
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	39	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	49	0,7
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	48	0,6
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	39	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	42	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	40	0,5
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	17	0,2
CRITÉRIO 4. OPÇÃO CONTA COM SEGURANÇA JURÍDICA		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL

OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	54	0,7
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	44	0,6
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	50	0,7
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	51	0,7
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	41	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	48	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	48	0,6
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	21	0,3

CRITÉRIO 5. OPÇÃO NÃO SE TORNA OBSOLETA

OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	40	0,5
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	35	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	41	0,5
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	45	0,6
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	38	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	47	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	41	0,5
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	17	0,2

CRITÉRIO 6. OPÇÃO PERMITE O ACESSO AOS DIREITOS DOS CIDADÃOS

OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	36	0,5
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	37	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	49	0,7
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À	51	0,7

ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	51	0,7
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	40	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	39	0,5
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	42	0,6
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	17	0,2

CRITÉRIO 7. AUSÊNCIA DE CONFLITOS DA OPÇÃO EM RELAÇÃO A OUTRAS NORMAS

OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	54	0,7
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	47	0,6
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	49	0,7
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	50	0,7
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	41	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	39	0,5
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	48	0,6
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	20	0,3

CRITÉRIO 8. OPÇÃO NÃO É COMPLEXA

OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	54	0,7
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	42	0,6
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	54	0,7
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	53	0,7
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	42	0,6
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	44	0,6
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	51	0,7

OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	25	0,3
CRITÉRIO 9. ACEITABILIDADE DA OPÇÃO PELAS PARTES ENVOLVIDAS		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	54	0,7
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	50	0,7
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	48	0,6
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	59	0,8
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	38	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	37	0,5
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	46	0,6
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	16	0,2
CRITÉRIO 10. OPÇÃO COMO OPORTUNA PARA O PRESENTE MOMENTO		
OPÇÃO	PONTUAÇÃO BRUTA	NOTA OBTIDA FINAL
OPÇÃO 1. QUALIFICAÇÃO EAD	41	0,5
OPÇÃO 2. INCENTIVO FINANCEIRO PARA COMPRA DE EQUIPAMENTOS	36	0,5
OPÇÃO 3. INCENTIVO FINANCEIRO, POR MUNICÍPIO, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	44	0,6
OPÇÃO 4. INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS	59	0,8
OPÇÃO 5. INCENTIVO FINANCEIRO, POR ESTADO, PARA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES NA APS COM ESTADOS	39	0,5
OPÇÃO 6. PAGAMENTO POR DESEMPENHO COM FOCO EM INDICADORES DE RESULTADO	38	0,5
OPÇÃO 7. INDUÇÃO DE TELEMEDICINA	48	0,6
OPÇÃO 8. NÃO INTERVIR	16	0,2

9.4.2. No exercício de interpretação do quadro acima vale destacar que a pontuação bruta é o total de pontos que cada opção recebeu, tanto no resultado final, quanto por critério. E a nota obtida final é a razão entre a pontuação obtida pelo total de pontos possível (750), multiplicada por dez. Assim a nota final obtida para o resultado final poderia variar entre 0 e 10. E a pontuação final para cada critério de 0 a 1, uma vez que são dez critérios.

9.4.3. Em resumo, a opção mais bem avaliada foi a opção 4, voltada para a implementação de um "INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS". Vale destacar que essa opção foi também a mais bem avaliada em alguns critérios específicos: viabilidade, direitos dos cidadãos, aceitabilidade pelas partes envolvidas, e oportuna para o presente momento.

9.4.4. Por fim, vale um destaque para outras quatro opções que não ficaram em primeiro lugar, mas que foram mais bem pontuadas em critérios específicos.

9.4.5. A opção 3 que versava sobre o incentivo financeiro por município foi bem avaliada nos critérios: de não complexidade, capacidade de cumprimento dos requisitos mínimos pelas partes envolvidas. Na pontuação geral ela ficou em segundo lugar.

9.4.6. A opção 1, voltada para qualificação EAD (opção não regulatória) ficou em terceiro lugar na pontuação geral, e ficou bem posicionada nos seguintes critérios: não dificuldade de implementação, segurança jurídica, ausência de conflitos com outras normas, e de não complexidade.

9.4.7. Em conclusão, outras opções relativamente bem posicionadas foram a opção 7, de indução por telemedicina, e a opção 6 de pagamento por desempenho.

9.4.8. Feito esses esclarecimentos gerais sobre os resultados alcançados, o exercício realizado indica que a **opção 4, "INCENTIVO FINANCEIRO, POR REFERÊNCIA REGIONAL, PARA FOMENTO À ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS" é a alternativa recomendada para o alcance do objetivo de "Aprimorar as ações estratégicas assistenciais de integração da APS na RAS, com enfoque na saúde da mulher e na saúde materno-infantil"**.

10. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DA ALTERNATIVA DE SOLUÇÃO ESCOLHIDA

10.1. ESPECIFICAÇÃO DO ATO NORMATIVO PROPOSTO

10.1.1. Feitos esses esclarecimentos gerais sobre a opção selecionada, prossegue-se aqui ao detalhamento e especificação do ato normativo proposto.

10.1.2. Em linhas gerais, a alternativa selecionada se desdobra na criação do Programa Cuida Mais Brasil, que terá como enfoque a saúde da mulher e a saúde materno-infantil, por meio do financiamento federal de ações complementares de apoio às equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, considerando a conformação regional de organização da RAS em cada Unidade da Federação.

10.1.3. Será um programa implementado no ano de 2022, que transferirá oito parcelas mensais para os municípios indicados como referências regionais para a oferta de atendimentos a crianças e mulheres em período pré-concepcional, gestacional, puerperal, e em intervalo inter-gestacional em condições clínicas e epidemiológicas prioritárias no SISAB, por médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras.

10.1.4. O Programa contará com os seguintes objetivos específicos:

I - apoiar a organização e a oferta do cuidado na saúde da mulher e na saúde materno-infantil, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil;

II - aumentar a resolutividade da APS, por meio da qualificação dos processos de trabalho das equipes e contribuir para a integralidade do cuidado na saúde da mulher e na saúde materno-infantil;

III - apoiar e complementar as equipes da APS na condução do cuidado às condições clínicas e epidemiológicas prioritárias de atenção à saúde da criança e da saúde das mulheres em período pré-concepcional, gestacional e puerperal, e em intervalo intergestacional de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS; e

IV - proporcionar espaços de apoio técnico-pedagógico para os profissionais das equipes de APS de forma integrada aos médicos ginecologistas-obstetras e pediatras ampliando a capacidade de resposta desses profissionais.

10.1.5. Vale um destaque para o fato de que o programa, para além do incentivo financeiro, também abará a produção de Orientações técnicas para a adequada organização dos serviços e aumento da resolutividade dos serviços de atenção primária. Esse adendo relaciona-se de alguma forma com o processo de qualificação na APS, (opção 1), que contou com pontuação relevante na análise comparada de alternativas realizada na seção anterior.

10.1.6. Por fim, vale observar que, uma vez finalizadas as transferências financeiras relativas ao programa, será avaliado para fins de uma melhor

decisão acerca de eventuais aperfeiçoamentos que possam ser feitos no programa.

10.2. DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E EXECUÇÃO FINANCEIRA

10.2.1. No que tange o impacto financeiro, para o ano de 2022, o Programa Cuida Mais Brasil contará com R\$ 193.939.401,86 (cento e noventa e três milhões, novecentos e trinta e nove mil, quatrocentos e um reais e oitenta e seis centavos) para o seu financiamento e correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária à Saúde, no Plano Orçamentário/PO - 000A - Incentivo para Ações Estratégicas. Esse valor representa, percentualmente, um impacto orçamentário de apenas 0,78% no orçamento global previsto para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS na PLOA 2022 que é de 24,8 bilhões, o que resulta em uma ação de baixo impacto financeiro/orçamentário.

10.2.2. Cabe destacar que o Programa Cuida Mais Brasil não implica em aumento expressivo de custos para os atores afetados, bem como não provoca aumento expressivo na despesa orçamentária e financeira no âmbito do Ministério da Saúde, além de não imprimir repercussão substancial nas principais políticas públicas de saúde, precipuamente na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e de financiamento da APS.

10.3. DO MÉTODO DE CÁLCULO DO INCENTIVO FINANCEIRO

10.3.1. O incentivo financeiro será calculado por Região de Saúde. Os valores por região de saúde descritos no Anexo da minuta de Portaria encaminhada por meio Despacho CGFAP/DESF/SAPS/MS (0025187832), foram obtidos conforme planilha com memória de cálculo anexa ao Id. 0025218246, considerando os seguintes critérios:

- I - quantitativo populacional estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE para o ano de 2021;
- II - o perfil geográfico predominante conforme a tipologia rural-urbana do IBGE; e
- III - a proporção de médicos pediatras e médicos ginecologistas-obstetras registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

10.3.2. Cumpre informar que para definição da proporção de médicos pediatras e ginecologistas-obstetras aplicou-se maior peso às Regiões de Saúde com a menor proporção de profissionais em relação a população alvo.

10.3.3. Para o cálculo dos critérios foram aplicados os seguintes pesos:

- a)1 (um inteiro) para a estimativa populacional mais recente (divulgada para o ano de 2021) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- b)1 (um inteiro) para classificação urbano 1,45455 (um inteiro e quarenta e cinco mil, quatrocentos e cinquenta e cinco centésimos de milésimos) para classificação intermediário/rural adjacente ou 2 (dois inteiros) para classificação intermediário/rural remoto, de acordo com a predominância, por Região de Saúde, da classificação geográfica estabelecida por município ou Distrito Federal, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE;
- c)2 (dois inteiros) para menor proporção de médicos pediatras na APS por público alvo de crianças de 0 a 11 anos, por Região de Saúde; e
- d)2 (dois inteiros) menor proporção de médicos ginecologistas-obstetras na APS por público alvo de mulheres de 14 a 49 anos, por Região de Saúde.

10.3.4. A definição da pontuação para o cálculo do valor do incentivo a ser transferido deu-se a partir da multiplicação dos pesos apresentados (a, b, c, d) multiplicado pelos valores obtidos segundo os critérios descritos pelos itens I, II e III.

10.3.5. Para finalização da definição dos valores por Região de Saúde, no âmbito do Programa Cuida Mais Brasil para o ano de 2022, considerou à multiplicação da pontuação obtida pela Região de Saúde pelo valor base de R\$ 83.570,00 (oitenta e três mil quinhentos e setenta reais).

MÉTODO DE CÁLCULO SINTETIZADO PARA PONTUAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE

POPULAÇÃO REGIÃO DE SAÚDE	TIPOLOGIA PREDOMINANTE	PROPORÇÃO MÉDICO PEDIATRA	PROPORÇÃO MÉDICO MÉDICO	
---------------------------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--

CRIANÇAS (0-11 ANOS)		NEOONATOLOGISTA NA REGIÃO DE SAÚDE		PEDIATRA		GINECOLOGISTA-OBSTETRA		PONTUAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE
MULHERES (14-49 ANOS)	X	PESO 1 (URBANO)	X		X		=	
PESO 1		PESO 1,45455 (ADJACENTE)		PESO 2		PESO 2		

MÉTODO DE CÁLCULO SINTETIZADO PARA VALOR MENSAL DA REGIÃO DE SAÚDE

PONTUAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE	X	R\$ 83.570,00	=	VALOR MENSAL
------------------------------	---	---------------	---	--------------

MÉTODO DE CÁLCULO SINTETIZADO PARA VALOR ANUAL DA REGIÃO DE SAÚDE

VALOR ANUAL = VALOR MENSAL X 8 PARCELAS

10.4. CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE DOS ENTES BENEFICIÁRIOS

10.4.1. A contar da data de publicação da Portaria instituindo o Programa Cuida Mais Brasil, as Comissões Intergestores Bipartite – CIB terão o prazo de 60 (sessenta) dias para o envio de Resoluções CIB, informando os municípios considerados referências regionais e que farão jus ao recebimento do incentivo financeiro, observadas as seguintes condições:

- a) a definição dos municípios terá como referência o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI, e deverá ser aprovada pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais - CIR e CIB, publicada em Resolução e encaminhada por meio de ofício ao Ministério da Saúde;
- b) as resoluções CIB poderão indicar mais de um município como referência por região de saúde, em respeito às particularidades locais; e
- c) nas situações em que a CIB indicar mais de um município por região de saúde, deverá indicar na Resolução o valor por município, observando o montante pré-definido para a Região de Saúde, conforme valores descritos no Anexo da minuta de Portaria.

10.4.2. A lista de municípios e Distrito Federal habilitados para o recebimento do incentivo financeiro e seus respectivos valores, considerando as informações oficializadas pelas CIB, será divulgada em ato específico do Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

10.4.3. Os valores do incentivo financeiro para os municípios e Distrito Federal habilitados serão transferidos em 8 (oito) parcelas mensais, considerando os valores estabelecidos por Região de Saúde.

10.4.4. Para fins de monitoramento e avaliação do Programa Cuida Mais Brasil serão observados:

- a) indicador de recurso: o quantitativo de profissionais médicos ginecologistas-obstetras e pediatras registrados no SCNES;
- b) indicador de processo: produção de atendimentos relacionados à saúde materno-infantil, considerando o quantitativo de atendimentos às crianças e às mulheres em período pré-concepcional, gestacional, puerperal, e em intervalo intergestacional registrados pelos profissionais médicos pediatras e ginecologistas-obstetras nas aplicações do e-SUS APS (CDS, PEC e Thrift), enviados ao Ministério da Saúde e disponíveis no SISAB;
- c) indicadores de resultado: desempenho dos indicadores da saúde materno-infantil do Programa Previne Brasil a partir da inserção dos profissionais; e
- d) indicadores de impacto: mortalidade materno-infantil (Razão de mortalidade materna e Taxa de mortalidade neonatal).

10.4.5. O incentivo financeiro federal será suspenso nas seguintes hipóteses:

a) ausência de envio, por três competências consecutivas, de informações de atendimentos, por médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras, de crianças e de mulheres em período pré-concepcional, puerperal, gestacional, e em intervalo inter-gestacional em condições clínicas e epidemiológicas prioritárias no SISAB para fins de monitoramento de que trata o inciso II do art. 6º da minuta de Portaria proposta; ou

b) nos casos de constatação, por meio do monitoramento ou por órgãos de controle internos e externos de ocorrência de fraude ou informação irregular na alimentação de dados no SCNES, SISAB e outros sistemas de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

10.4.6. A opção pelo arranjo das Regiões de Saúde deve-se ao fato de possuírem potencial como uma instância fortalecedora da política de regionalização em saúde, bem como ao protagonismo institucional da CIB como espaço para validação e pactuação do PRI, em acordo com a proposição dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde, seus modelos, sistemas de governança, logísticas e apoio, conforme o estabelecido no Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.

10.4.7. Ademais é uma opção que otimiza os fundos disponíveis permitindo recursos adequados para a contratação dos profissionais médicos pediatras e ginecologistas obstetras, além de ser a opção a contar com maior apoio por parte da representação dos municípios.

11. RESULTADOS ESPERADOS

11.1. Para sua operacionalização, o Programa Cuida Mais Brasil tem como foco a indução de ações oportunas que apoiem na redução das mortalidades materna e infantil na APS, considerando a integração das ações estratégicas assistenciais no processo do trabalho e cuidado em saúde das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária com profissionais médicos pediatras e médicos ginecologistas-obstetras e outros profissionais de nível superior.

11.2. Dentre os resultados esperados para o Programa, destaca-se a qualificação da atuação de médicos pediatras e médicos ginecologistas-obstetras que já estão cadastrados em estabelecimentos da APS, uma vez que, atualmente 5.699 (cinco mil seiscentos e noventa e nove) pediatras estão na APS em um universo de 15.968 (quinze mil novecentos e sessenta e oito) profissionais cadastrados no SCNES, sendo que o modelo de financiamento do programa, por meio da aferição do desempenho de indicadores assistenciais, tende a induzir que esses profissionais atuem de forma mais qualificada junto às equipes da APS. Quanto aos ginecologistas-obstetras, 5.350 (cinco mil trezentos e cinquenta) estão na APS em um universo de 16.350 (dezesesseis mil trezentos e cinquenta) profissionais, sendo que o modelo de financiamento do programa por meio da aferição do desempenho de indicadores assistenciais, tendem a induzir que esses profissionais atuem de forma mais qualificada junto às equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária.

11.3. Analisando-se os resultados da indução do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, identifica-se que em oito meses a nota média de desempenho dos municípios aumentou em 20%. Com base nisso, avalia-se que após a execução do Programa Cuida Mais Brasil no ano de 2022 terá uma melhoria semelhante nos resultados alcançados pelas equipes dos municípios nos indicadores de assistência específicos relacionados à atuação de médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras na APS.

11.4. Em análise às informações da base SCNES de agosto de 2021, identificou-se que 2.054 (dois mil e cinquenta e quatro) municípios contam com médicos pediatras e/ou médicos ginecologistas-obstetras na APS. Com base nestes dados, projeta-se que após a operacionalização do Programa Cuida Mais Brasil no ano de 2022, seja atingido o patamar de ao menos 2.500 municípios com médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras vinculados aos estabelecimentos da APS, podendo chegar a 3.500 municípios com tais profissionais cadastrados.

12. CONCLUSÃO

12.1. Ante o exposto, verifica-se que os objetivos almejados para resolução do problema regulatório identificado podem ser alcançados por meio da instituição e implementação do Programa Cuida Mais Brasil.

12.2. Dessa forma, uma das medidas iniciais e necessárias é a normatização do citado programa mediante a publicação de normativo, definindo os objetivos, as estratégias e práticas envolvidas, o monitoramento e a avaliação, o custeio e as hipóteses de suspensão da transferência do incentivo financeiro no âmbito do programa proposto.

12.3. Cumpre ressaltar que, dentre outras medidas pertinentes à implementação do Programa Cuida Mais Brasil. para além da Portaria instituindo-o, estão a elaboração de orientações técnicas, para a adequada organização dos serviços e aumento da resolutividade dos serviços de atenção primária, Referidos documentos serão disponibilizadas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à APS.

12.4. Optou-se pelo financiamento do programa previsto inicialmente somente para o ano de 2022 para que após a transferência da última parcela do incentivo financeiro destinado aos municípios e Distrito Federal habilitados com adesão ao programa, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde possa realizar avaliação dos resultados obtidos, com o objetivo de subsidiar decisão sobre eventuais aperfeiçoamentos do programa.

[1] [Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368:1284.](#)

[Ronsmans C, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368:1189.](#)

[2] [Ronsmans C, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368:1189.](#)

[3] [Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368:1284.](#)

WHO, ICM, and FIGO. Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. WHO, Geneva 2004.

[4] [Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. \[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf\]\(http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf\).](#)

WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care.
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/WHO_MPS_10_03/en/index.html

[5] [Ahn R, Gonzalez GP, Anderson B, et al. Initiatives to Reduce Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in the United States: A Narrative Review. Ann Intern Med 2020; 173:S3.](#)

[6] [Geller SE, Garland CE, Horne AA. Statewide Severe Maternal Morbidity Review in Illinois. Obstet Gynecol 2021; 137:41.](#)

[7] [Chen J, Cox S, Kuklina EV, et al. Assessment of Incidence and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity After Delivery Discharge Among Women in the US. JAMA Netw Open 2021; 4:e2036148.](#)

[8] [Brown HK, Ray JG, Chen S, et al. Association of Preexisting Disability With Severe Maternal Morbidity or Mortality in Ontario, Canada. JAMA Netw Open 2021; 4:e2034993.](#)

[Decker BM, Thibault D, Davis KA, Willis AW. A nationwide analysis of maternal morbidity and acute postpartum readmissions in women with epilepsy. Epilepsy Behav 2021; 117:107874.](#)

[Siu SC, Lam M, Le B, et al. Morbidity in Pregnant Women with a Prosthetic Heart Valve. Am J Obstet Gynecol MFM 2020; 2:100105.](#)

[Jarlenski M, Krans EE, Chen Q, et al. Substance use disorders and risk of severe maternal morbidity in the United States. Drug Alcohol Depend 2020; 216:108236.](#)

[Guignard J, Deneux-Tharaux C, Seco A, et al. Gestational anaemia and severe acute maternal morbidity: a population-based study. Anaesthesia 2021; 76:61.](#)

[Ray JG, Davidson A, Berger H, et al. Haemoglobin levels in early pregnancy and severe maternal morbidity: population-based cohort study. BJOG 2020; 127:1154.](#)

[Murugappan G, Li S, Lathi RB, et al. Increased risk of severe maternal morbidity among infertile women: analysis of US claims data. Am J Obstet Gynecol 2020; 223:404.e1.](#)

[Thornton AT, Huang Y, Mourad MJ, et al. Obstetric outcomes among women with a liver transplant. J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34:2932.](#)

[9] [Carrolli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol 2001; 15 Suppl 1:1.](#)

[MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 2001; 97:533.](#)

[10] [Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD001059.](#)

- [11] [Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367:1066.](#)
- [12] [Hussein J, Mavalankar DV, Sharma S, D'Ambruoso L. A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality. Global Health 2011; 7:14.](#)
- [13] [Le Coeur S, Khat M, Halembokaka G, et al. HIV and the magnitude of pregnancy-related mortality in Pointe Noire, Congo. AIDS 2005; 19:69.](#)
- [Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. AIDS 2002; 16:1078.](#)
- [14] [van den Akker T, de Vroome S, Mwagomba B, et al. Peripartum infections and associated maternal mortality in rural Malawi. Obstet Gynecol 2011; 118:266.](#)
- [15] WHO, ICM, and FIGO. Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. WHO, Geneva 2004.
- [Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:297.](#)
- [16] [Wen T, Overton EE, Sheen JJ, et al. Risk for postpartum readmissions and associated complications based on maternal age. J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34:1375.](#)
- [17] [Ray JG, Davidson A, Berger H, et al. Haemoglobin levels in early pregnancy and severe maternal morbidity: population-based cohort study. BJOG 2020; 127:1154.](#)
- [18] World Health Organization. Monitoring obstetric care: A handbook. whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf
- [Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, et al. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. PLoS Med 2010; 7:e1000264.](#)
- [19] Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org. Lappen JR, Pettker CM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #54: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality. Am J Obstet Gynecol 2021; 224:B2.
- [20] WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/WHO_MPS_10_03/en/index.html
- [Ray JG, Davidson A, Berger H, et al. Haemoglobin levels in early pregnancy and severe maternal morbidity: population-based cohort study. BJOG 2020; 127:1154.](#)
- [Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, et al. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. PLoS Med 2010; 7:e1000264.](#)
- [21] [Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, et al. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. PLoS Med 2010; 7:e1000264.](#)
- [22] [Brown CC, Adams CE, George KE, Moore JE. Associations Between Comorbidities and Severe Maternal Morbidity. Obstet Gynecol 2020; 136:892.](#)
- [Wen SW, Huang L, Liston R, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. CMAJ 2005; 173:759.](#)
- [Lindquist AC, Kurinczuk JJ, Wallace EM, et al. Risk factors for maternal morbidity in Victoria, Australia: a population-based study. BMJ Open 2015; 5:e007903.](#)
- [23] [Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:297.](#)
- [24] [Freese KE, Himes KP, Hutcheon JA, et al. Excessive gestational weight gain is associated with severe maternal morbidity. Ann Epidemiol 2020; 50:52.](#)
- [25] [Platner MH, Ackerman C, Howland RE, et al. Gestational Weight Gain and Severe Maternal Morbidity at Delivery Hospitalization. Obstet Gynecol 2019; 133:515.](#)
- [26] [Savasi VM, Parisi F, Patané L, et al. Clinical Findings and Disease Severity in Hospitalized Pregnant Women With Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\). Obstet Gynecol 2020; 136:252.](#)
- [Brandt JS, Hill J, Reddy A, et al. Epidemiology of coronavirus disease 2019 in pregnancy: risk factors and associations with adverse maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2021; 224:389.e1.](#)
- [27] [La Verde M, Riemma G, Torella M, et al. Maternal death related to COVID-19: A systematic review and meta-analysis focused on maternal co-morbidities and clinical characteristics. Int J Gynaecol Obstet 2021; 154:212.](#)

[Samadi P, Alipour Z, Ghaedrahmati M, Ahangari R. The severity of COVID-19 among pregnant women and the risk of adverse maternal outcomes. Int J Gynaecol Obstet 2021; 154:92.](#)

[Lokken EM, Huebner EM, Taylor GG, et al. Disease severity, pregnancy outcomes, and maternal deaths among pregnant patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. Am J Obstet Gynecol 2021; 225:77.e1.](#)

[DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, et al. Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. Am J Obstet Gynecol 2021; 224:510.e1.](#)

[28] [Garg B, Darney B, Pilliod RA, Caughey AB. Long and short interpregnancy intervals increase severe maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 2021; 225:331.e1.](#)

[29] [Lewkowitz AK, Rosenbloom JL, López JD, et al. Association Between Stillbirth at 23 Weeks of Gestation or Greater and Severe Maternal Morbidity. Obstet Gynecol 2019; 134:964.](#)

[30] [Aoyama K, Park AL, Davidson AJF, Ray JG. Severe Maternal Morbidity and Infant Mortality in Canada. Pediatrics 2020; 146.](#)

[31] Ministério da Saúde. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/centrais-de-conteudos/paines-de-monitoramento/mortalidade/>

[32] **NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il. - Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

[33] [SILVEIRA, L., ANDRADE, F., DI DEA, B., MULLER, E., & SILVA JUNIOR, M. \(2020\). Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da atenção primária no Brasil. Arquivos Catarinenses de Medicina, 49\(2\), 29-42. Recuperado de <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/565>.](#)

[34] [MALTA, DC et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. Rev. bras. epidemiol. vol.22. São Paulo. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190014>.](#)

[35] [LANSKY, S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, vol.30, supl.1. Rio de Janeiro. 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.](#)

[36] [da Cunha AJ, Leite AJ, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. J Pediatr \(Rio J\). 2015;91:S44–51. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.07.002>](#)

[37] Instituída em 2015 pela Portaria GM/MS nº 1.130 de 05 de agosto de 2015, consolidada no Anexo X da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

[38] <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2223&r=sa&l=pt>.

[39] <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=29&r=sa&l=pt>

[40] Ministério da Saúde. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/centrais-de-conteudos/paines-de-monitoramento/mortalidade/>

[41] Saúde nas Américas, edição 2012: Volume Regional © Organização Pan-Americana da Saúde.

[42] <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=EU> / <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2223&r=eu&l=pt>

[43] <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=29&r=eu&l=pt>

[44] [Ronsmans C, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368:1189.](#)

[45] [SOARES, Laura Tavares. O Efeito das Políticas Públicas sobre a Mortalidade Infantil na América Latina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Acesso em 10 jan 2021. <<https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva/files/2019/05/OS-EFEITOS-DAS-POLÍTICAS-PÚBLICAS-NA-MORTALIDADE-INFANTIL-2018.pdf>>](#)

[46] <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>

[47] https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/10/INSTITUTOPATRICIAGALVAOLOCOMOTIVA_RelatorioGravidezCovidVersaoFinal.pdf

[48] https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf

[49] COÊLHO, DB; CAVALCANTE, P; TURGEON, M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 24, n. 58, p. 145-165, jun. 2016.

[50] SUGIYAMA, NB. Diffusion of good government: social sector reforms in Brazil. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2012.

[51] CARVALHO, GP. Difusão de programas e políticas públicas nos municípios brasileiros: fatores explicativos e implementação pró-forma em processos coercitivos conduzidos pela esfera federal / Tese (Doutorado – Doutorado em Ciências Políticas) – Universidade de Brasília, 2020.

[52] ARRETCHE M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva; 8, 331-345, 2003.

[53] ANVISA. Guia de Análise de Impacto Regulatório. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. 2019



Documento assinado eletronicamente por **Gregory dos Passos Carvalho, Coordenador(a)-Geral de Financiamento da Atenção Primária**, em 08/02/2022, às 12:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 08/02/2022, às 12:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025188649** e o código CRC **9053FFB0**.

Referência: Processo nº 25000.187399/2021-98

SEI nº 0025188649

Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária - CGFAP
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br