

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS**

Proposta de alocação de recursos do PROESF em ações do “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”

1-APRESENTAÇÃO

A proposta do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica, segundo os princípios da estratégia Saúde da Família, e o fortalecimento de sua implantação e consolidação nos grandes centros urbanos.

A reorganização da atenção básica e de seu primeiro nível de referência (apoio diagnóstico e rede hospitalar) permitirá reforçar as ações de planejamento familiar, de cuidado pré-natal, do parto e nascimento, de atenção na primeira semana de vida e ao puerpério.

Os 231 municípios do Proesf reúnem 60% da população do Brasil, concentrando também a atenção especializada aos problemas de saúde. Esses grandes centros urbanos apresentam maior concentração populacional, heterogeneidade das condições econômico-sociais, acesso desigual e utilização dos serviços de saúde.

Nestas áreas, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, há que ressaltar as limitações quanto à qualidade e capacidade de respostas dos serviços. Tais limitações se refletem em importantes indicadores de saúde como mortalidade materna e neonatal que se mantêm em patamares acima do ideal.

Frente a esta situação a proposta visa a utilização de recursos Proesf na intensificação de ações de qualificação da atenção a mulher e ao recém nascido propostas pelo “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, provenientes de municípios¹ que optaram por não aderir ao Proesf. Ações estas coerentes com o escopo original do Projeto.

Esta proposta de utilização de recursos do PROESF, para alguns destes municípios, objetiva a priorização de intervenções voltadas para redução da mortalidade materna e neonatal, nestes centros urbanos, de forma a garantir a integralidade do cuidado com a mulher e o recém nascido, incluindo também a atenção humanizada ao aborto legal e inseguro.

2-RECURSOS DISPONÍVEIS

Os referidos recursos disponíveis (US\$ 10 milhões -R\$ 31.179.000, taxa de câmbio de 3,1179 definida pelo PROESF), estão alocados no Componente 1 do Proesf. A sua distribuição foi elaborada a partir de um conjunto de indicadores visando definir municípios prioritários para esta intervenção, para evitar pulverização desse montante, conforme metodologia a seguir.

¹ 18 Municípios excluídos do Proesf segundo informação da Coordenação do Proesf/DAB em 17/05/04: Cascavel, Bauru, Franco do Rocha, Moji das Cruzes, Presidente Prudente, Suzano, Toledo, Valparaíso, Itapeçica da Serra, Itu, Nova Friburgo, Pinhais, Ribeirão Pires, Santos, São Bernardo do Campo, Sorocaba, Taubaté, Uruguaiana

3-METODOLOGIA

3.1-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA RECEBIMENTO DOS RECURSOS

A distribuição foi elaborada a partir de um conjunto de indicadores epidemiológicos visando definir municípios prioritários, dentre os previstos no PROESF, para esta intervenção.

Elenco de indicadores:

- Taxa de letalidade materna hospitalar (ano 2003) (Número de óbitos maternos por cem mil partos hospitalares, estima o risco de uma mulher morrer durante o parto; taxas elevadas estão geralmente relacionadas a precárias condições de planejamento familiar e da atenção obstétrica)
- Taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) (2002) (Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos por cem mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; estima o risco de um nascido vivo morrer no período considerado; taxas elevadas estão em geral relacionadas a insatisfatórias condições sócio- econômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal ao parto e ao recém nascido)
- Taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) (2002) (Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos por cem mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; estima o risco de um nascido vivo morrer no período considerado; taxas elevadas estão em geral relacionadas a más condições de saúde da mãe, e a insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e principalmente ao recém nascido)
- Taxa de mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) (2002) (Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos por cem mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado; estima o risco de morte dos nascidos vivos no período considerado; taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico).

Considerando que os indicadores medem diferentes fenômenos, para facilitar a comparação entre eles, se definiu um critério visando atribuir uma pontuação a cada município: o desvio do indicador do município em relação ao conjunto dos municípios PROESF para esse indicador (indicador do município abaixo ou acima do indicador do “grupo PROESF”:

- **com 2 pontos** se a taxa do município é **maior** do que a taxa média do grupo ²
- **com 1 ponto** se é **igual ou menor** do que a taxa média do grupo.

Somando os pontos dos 4 indicadores, os municípios poderiam receber a **pontuação máxima** total de **8** pontos, e **pontuação mínima** de **4** pontos. Significando, portanto a Maior pontuação, pior situação epidemiológica.

Para esta proposta foram considerados prioritários: as capitais, independente de sua pontuação, tendo em vista sua importância na organização da rede de referência e contrarreferência em cada estado e os municípios com pontuação 7 e 8.

3.2- RESULTADO DO RANKING DE MUNICÍPIOS

A partir da aplicação da metodologia descrita foram selecionados 78 municípios, que representam 33% do total dos municípios do PROESF e concentram 53.057.966 habitantes ou 59 % da população PROESF.

² População total PROESF: 90.076.688 habitantes - Taxas PROESF: NNP (Mortalidade Neonatal Precoce): 9,18 / 1000 nasc vivos – NNT (Mortalidade Neonatal Tardia): 3,13 / 1000 nasc vivos – PNN (Mortalidade Pós Neonatal): 5,35 / 1000 nasc vivos . Fonte: SIM/SINASC 2002.– Letalidade Hospitalar Materna: 24,91 / 100.000 partos. Fonte: SIH 2003.

3.3-CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS

Definiu-se uma distribuição per capita na população que será foco das intervenções do Pacto:

- Menores de 1 ano;
- Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Foi determinado que o per capita dos Municípios com 8 ou 7 pontos é o dobro do per capita das Capitais com menos de 7 pontos, tendo sido caracterizado por grupo da distribuição de recursos segundo quadro abaixo:

Proporção do per capita [Município 8-7 pontos] / [Capital < 7 pontos]		2
Municípios com 8 ou 7 pontos		
População <1a e MIF		8.878.885
per capita	R\$	2,20
Recurso total	R\$	19.503.499,26
Capitais com menos de 7 pontos		
População <1a e MIF		10.630.444
per capita Capitais	R\$	1,10
Recurso total	R\$	11.675.500,74

Fonte: DATASUS