



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO MULTIDISCIPLINARIDADES EM SAÚDE-
ÊNFASE EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINA DE OLIVEIRA AZIM SCHILLER

Validação do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à
Saúde Materno-infantil (Iarami)

**CURITIBA
2017**

CAROLINA DE OLIVEIRA AZIM SCHILLER

Validação do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à
Saúde Materno-infantil (Iarami)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Doutora em Odontologia, Área de Concentração
Multidisciplinaridades e Saúde,
Ênfase em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone Tetu Moysés
Coorientadores: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Prof^a. Dra. Renata Iani Werneck
Prof. Dr. Sergio Aparecido Ignácio

CURITIBA
2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

S334v 2017	<p>Schiller, Carolina de Oliveira Azim</p> <p>Validação do instrumento de avaliação de redes de atenção à saúde materno-infantil (Iarami) / Carolina de Oliveira Azim Schiller ; orientadora, Simone Tetu Moysés ; coorientadores, Samuel Jorge Moysés, Renata Iani Werneck, Sergio Aparecido Ignácio. – 2017. 91 f. : il. ; 30 cm</p> <p>Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017 Inclui bibliografias</p> <p>1. Atenção à saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Indicadores de saúde. 4. Odontologia. I. Moysés, Simone Tetu. II. Moysés, Samuel Jorge. III. Werneck, Renata Iani. IV. Ignácio, Sergio Aparecido. V. Pontifícia Universidade Católica Do Paraná. Programa de Pós-Graduação Odontologia. VI. Título.</p> <p>CDD 22. ed. – 617.6</p>
---------------	---

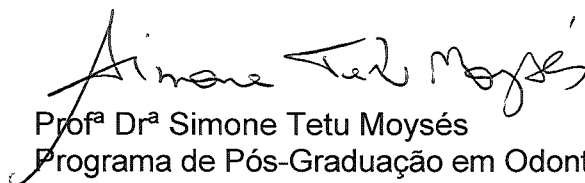
TERMO DE APROVAÇÃO


CAROLINA DE OLIVEIRA AZIM SCHILLER

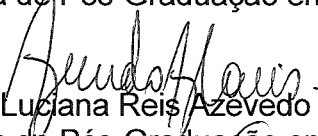
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL (IARAMI)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

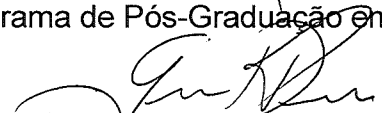
Orientador (a):


Prof^a Dr^a Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


~~Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés~~
~~Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR~~


Prof^a Dr^a Luciana Reis Azevedo Alanis
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof^a Dr^a Marcia Helena Baldoni Pinto
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UEPG


Prof^a Dr^a Giovana Daniela Pecharki Vianna
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR

Curitiba, 17 de novembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Dulce Mara e Antônio Carlos, pelo amor e dedicação à família.

Aos meus irmãos, Cristiane, Karina e Carlos Augusto, que de alguma forma me ajudaram nesse processo.

Ao meu marido, Mauro, pela cumplicidade e incentivo à conclusão do doutorado.

À minha filha, Eduarda, pela oportunidade de vivenciar o amor incondicional e de despertar em mim a vontade de me tornar uma pessoa melhor a cada dia.

À minha orientadora, Simone Tetu Moysés, pela qual tenho enorme carinho, respeito e admiração.

Aos coorientadores Samuel Jorge Moysés, Renata Iani Werneck e Sérgio Aparecido Ignácio, pelas conversas e esclarecimentos fundamentais para a construção desta pesquisa.

Aos colegas, pelas trocas de experiências, pelos momentos de descontração e pela amizade.

Ao professor Léo Kriger, a quem sou eternamente grata, pelo seu exemplo e incentivo à realização do doutorado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
ARTIGO 1	10
Resumo.....	10
Introdução	11
Material e método.....	12
Resultados	16
Discussão.....	32
Conclusão	34
Referências	34
ARTIGO 2	37
Resumo.....	37
Introdução	38
Material e método.....	40
Resultados	41
Discussão.....	46
Conclusão	47
Referências	48
ARTIGO 3	50
Resumo.....	50
Introdução	51
Material e método.....	55
Resultados	56
Discussão.....	57
Conclusão	58
Referências	58
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	65

RESUMO

A melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil é uma preocupação global e um desafio para os governantes e gestores em saúde. A organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde (RAS) se apresenta como uma estratégia para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde materno-infantil e qualificar a gestão do cuidado. Para avaliar essas redes, faz-se necessário um instrumento válido e confiável. Os objetivos deste estudo foram validar o Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami), adaptado do instrumento de avaliação de redes de atenção à saúde desenvolvido por Mendes (2011), e realizar uma análise sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense. O processo de validação foi composto de validação de face e de constructo. A metodologia utilizada incluiu a adaptação semântica do instrumento, a análise por um painel de especialistas, por meio da técnica e-Delphi de consenso modificada, aplicação em uma amostra de 136 municípios do estado do Paraná e análises de consistência interna, confiabilidade e dimensionalidade. Devido à importância da atenção em saúde bucal na rede de atenção materno-infantil, foi também realizada uma análise sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal em 136 municípios no estado do Paraná com a aplicação do Iarami. Foram analisadas duas perguntas do instrumento relativas à atenção secundária em saúde bucal. O Iarami apresentou consistência interna, confiabilidade e validade para o contexto proposto. O instrumento demonstrou ser uma ferramenta que pode auxiliar gestores e trabalhadores da saúde no planejamento, gestão e avaliação do grau de integração da rede de atenção materno-infantil. A organização da atenção secundária em saúde bucal foi identificada na maioria dos municípios avaliados (80,80%), porém, apenas 13,13% apresentaram ótima integração entre os serviços de atenção secundária e a atenção primária. Essa integração se faz necessária para que a organização da atenção em rede possibilite a ampliação da resolutividade e qualidade do cuidado em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense.

Palavras-chave: atenção à saúde, serviços de saúde, avaliação em saúde.

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde em redes foi descrita e apresentada pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, tendo como objetivo organizar os serviços de saúde de modo a prover atenção integral à população. Dentre os serviços ofertados estavam os centros primários de saúde, serviços domiciliares, centros secundários de saúde, serviços complementares e hospitais-escola. Embora as redes de saúde não tenham sido implantadas na época, o relatório serviu como base para organizações futuras de serviços de saúde em nível mundial (Opas, 1964).

A implantação das redes de atenção à saúde se apresenta como uma estratégia para superar o modelo hegemônico, fragmentado e hierarquizado da organização dos serviços de saúde. Os sistemas fragmentados são aqueles nos quais a atenção à saúde se organiza por meio de um conjunto de pontos isolados e incomunicáveis e há uma deficiente atenção primária à saúde, incapaz de prestar atenção contínua às pessoas e de responsabilizar-se por uma população determinada. Em oposição, os sistemas integrados são aqueles nos quais a atenção se organiza por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, a partir da atenção primária, na qual se presta uma atenção contínua a uma população definida e se responsabiliza por ela (Mendes, 2002).

A organização dos serviços de saúde em “redes” é uma estratégia para alcançar a atenção integral, com qualidade e equidade, e, assim, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Com o objetivo de qualificar a atenção à saúde nos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a organização de serviços integrados de saúde e os conceitua como sendo “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (Opas, 2010, p. 29).

Numa perspectiva regional, nas Américas, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) propõe a Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) e a define como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (Opas, 2010, p. 31).

No contexto brasileiro, com a denominação redes de atenção à saúde (RAS), as redes foram definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

Os serviços integrados, as redes de serviços de saúde ou de atenção à saúde representam a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações existentes para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico-sanitária (Santos; Andrade, 2013). É considerado um instrumento de garantia do direito à saúde, ampliando acesso e diminuindo desigualdades (Kuschnir; Chorny, 2010).

A organização e estruturação dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu a partir da publicação da portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no SUS, e do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que, em seu artigo 7º, determina que as redes de atenção à saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, sendo esse o marco legal (Brasil, 2010; Brasil, 2011a).

Dentre as redes de atenção à saúde prioritárias, o Ministério da Saúde destaca a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, denominada Rede Cegonha. Esta rede, instituída em 2011, propõe a organização da atenção materno-infantil em todo o território nacional. A Rede Cegonha visa assegurar, à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério,

bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011b).

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná prioriza a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, denominada Rede Mãe Paranaense. Essa prioridade está baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentam uma redução lenta e desigual entre as regiões de saúde do estado, o elevado percentual de mortes evitáveis e a ausência de organização em todos os pontos de atenção para atender adequadamente as gestantes e as crianças no estado do Paraná (Paraná, 2012).

No processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil, a avaliação de seu grau de integração e organização é apontada como estratégica para apoiar a tomada de decisão pela gestão. Essa ação de avaliar, compreendida como a valoração de práticas e disponibilização de conhecimentos construídos a partir da análise de seu processo de desenvolvimento e de seus resultados, deve, portanto, guiar as decisões sobre sua continuidade, ampliação, correção ou mesmo suspensão (Contandriopoulos, 2006).

A validação do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami) teve como base o instrumento proposto por Mendes (2011) denominado Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde. O instrumento permite a identificação do perfil da rede, da sua estruturação e do grau de organização e integração, podendo a rede apresentar-se como fragmentada a integrada a partir de seus componentes: população/território, atenção primária, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistema logístico, sistema de governança e modelo de atenção à saúde.

A validação do Iarami permite confirmar sua confiabilidade e pertinência (Goes; Fernandes; Lucena, 2006), características essenciais de instrumentos avaliativos que se proponham a oferecer uma análise mais aprofundada e baseada em evidências de efetividade, dando suporte à tomada de decisão. É uma ferramenta para ser utilizada para a avaliação das diversas redes de atenção materno-infantil distribuídas no território nacional.

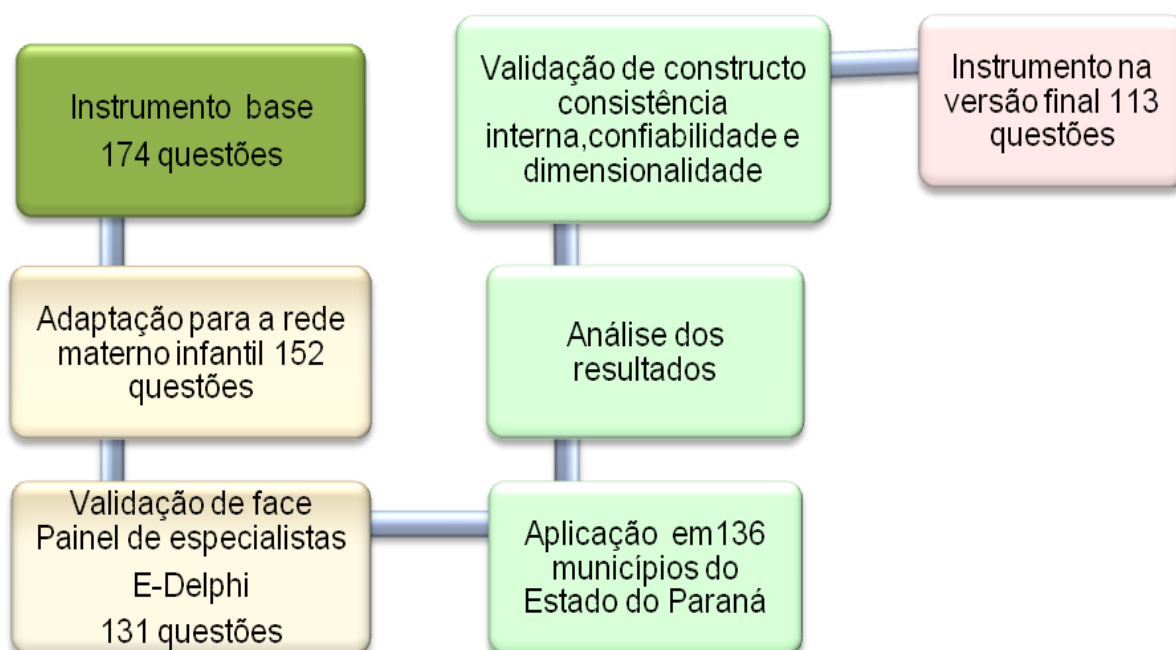
O objetivo geral desta tese foi validar o Iarami.

Seus objetivos específicos foram:

1. Proceder a validação de face do Iarami.
2. Realizar a validação de construto do Iarami (consistência interna, confiabilidade e dimensionalidade) após sua aplicação em 136 municípios no estado do Paraná.
3. Analisar a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense em 136 municípios no estado do Paraná, utilizando o Iarami.

O processo de validação do Iarami foi realizado em duas etapas, sintetizadas na Figura 1.

Figura 1: Etapas do processo de validação do Iarami



A primeira etapa consistiu na validação de face do Iarami por meio de análise conceitual, cultural e semântica do instrumento. Os resultados dessa etapa são apresentados no artigo 1 desta tese, com o título “Validação de face do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami)”.

Após a validação de face do instrumento, ele foi aplicado em uma amostra de municípios do Paraná envolvidos na implantação da Rede Mãe Paranaense. A segunda etapa da pesquisa foi então conduzida por meio da validação de

constructo, incluindo a análise de consistência interna, confiabilidade e dimensionalidade do instrumento.

Esse processo balizou o desenvolvimento do formato final do instrumento de avaliação. Os resultados dessa etapa são apresentados no artigo 2 desta tese, com o título “Validação de constructo do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami)”.

Considerando a importância da inserção da saúde bucal nas redes de atenção à saúde materno-infantil, o artigo 3 desta tese, intitulado “A atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense”, apresenta uma análise sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense em 136 municípios no estado do Paraná.

ARTIGO 1

VALIDAÇÃO DE FACE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL (IARAMI)

Resumo

A melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil é uma preocupação global e um desafio para os governantes e gestores em saúde. A organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde (RAS) se apresenta como uma estratégia para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde materno-infantil e qualificar a gestão do cuidado. Para avaliar essas redes, faz-se necessário um instrumento válido e confiável. O objetivo deste estudo foi validar o Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami), adaptado do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde desenvolvido por Eugênio Villaça Mendes. A metodologia utilizada incluiu a adaptação conceitual e semântica do instrumento e a análise por um painel de especialistas, por meio da técnica e-Delphi de consenso modificada. Do total de 174 perguntas do instrumento original, 152 compuseram a versão inicial. Destas, seis tiveram seu texto modificado, 22 foram excluídas e uma nova questão foi acrescentada, sendo a versão final do instrumento composta por 131 perguntas. O Iarami foi validado e mostrou ser uma ferramenta que pode auxiliar gestores e trabalhadores da saúde no planejamento, gestão e avaliação do grau de integração da rede de atenção materno-infantil.

Palavras-chave: sistemas de saúde, atenção à saúde, avaliação, avaliação em saúde.

Abstract

The improvement of maternal and child health indicators is a global concern and a challenge for health managers. The organization of health systems in Health Care Networks (HCN) presents itself as a strategy to overcome the fragmentation of maternal and child health actions and services and to qualify care management. In order to evaluate these networks, a valid and reliable instrument is necessary. The objective of this study was to validate the Instrument for Evaluation of Maternal and Child Health Care Networks (Iarami), adapted from the evaluation tool of Health Care Networks developed by Eugênio Villaça Mendes. The methodology used included the conceptual and semantic adaptation of the instrument and the analysis by a panel of experts, through the modified consensus e-Delphi technique. Of the total of 174 questions from the original instrument, 152 made up the initial version. Of these, 6 had their text modified, 22 were deleted, and a new question was added, the final version of the instrument being composed of 131 questions. Iarami was validated and has proved to be a tool that can help managers and health professionals in planning, managing and evaluating the degree of integration of the maternal and child care network.

Keywords: health systems, health care, health evaluation.

Introdução

A melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil é uma preocupação global e um desafio para os governantes e gestores em saúde. Para fomentar esse processo, diversos movimentos internacionais têm reconhecido a importância do cuidado com esses grupos populacionais para a vida plena e saudável^{1,2,3}, tanto por meio de políticas sociais quanto pela organização de serviços de saúde efetivos. Recentemente, as Nações Unidas incluíram, nos objetivos para o desenvolvimento sustentável, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades por meio da redução, até 2030, da taxa de mortalidade materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos.²

A organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde (RAS), efetiva para a atenção às condições agudas e crônicas, se apresenta como uma estratégia para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde materno-infantil e qualificar a gestão do cuidado. As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.⁴ Sua operacionalização depende da interação entre a população atendida, o modelo de atenção proposto e a estrutura operacional, que compreende a organização da atenção primária, secundária e terciária e os sistemas de apoio, logístico e de governança.^{5,6}

No processo de implementação das redes de atenção à saúde materno-infantil, a avaliação da estruturação da rede por meio de um instrumento confiável e válido é fundamental para apoiar a tomada de decisão pela gestão. Avaliar redes de atenção significa valorar práticas e construir conhecimentos a partir da análise de seu processo de desenvolvimento e resultados que suportem as decisões sobre sua continuidade, ampliação, correção ou mesmo suspensão.⁷

Considerando a importância da avaliação das redes de atenção à saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) publicou em 2011 o *Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde* desenvolvido por Mendes⁶. Com base nesse instrumento, um novo Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami) foi validado para avaliar as redes de atenção à saúde materno-infantil. Até o presente momento, não há descrição na literatura de um instrumento específico para avaliação dessas redes que considere a complexidade de sua estruturação. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi conduzir a validação de face do Iarami.

Material e método

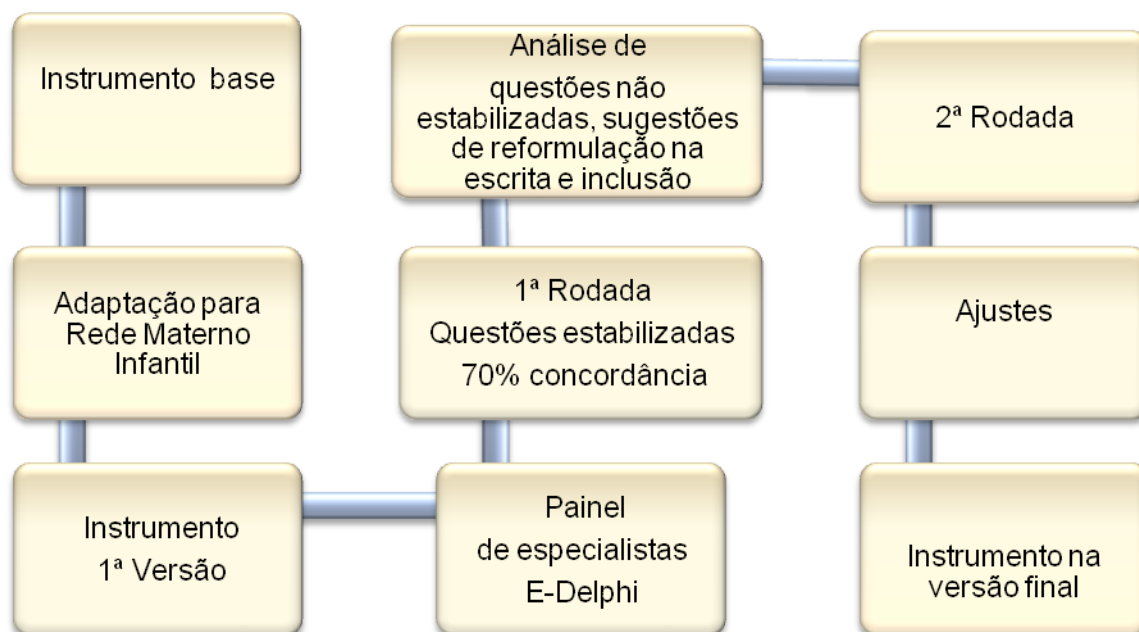
Este é um estudo quanti-qualitativo de validação do Iarami. O processo de validação de face envolveu a participação de uma equipe multidisciplinar de pesquisadores e profissionais da área de saúde materno-infantil para que fosse realizada a análise conceitual e semântica do instrumento-base⁸, possibilitando sua adequação à avaliação de redes de atenção à saúde materno-infantil.

O instrumento-base desenvolvido por Mendes⁶, utilizado no processo de validação do Iarami, contempla 174 questões organizadas em sete dimensões teóricas ou componentes: população, atenção primária, atenção secundária e terciária, sistema de apoio, sistema logístico, sistema de governança e modelo de atenção à saúde. Na aplicação do instrumento, o respondente atribui, às questões, notas com valores de 0 a 3, onde 0 corresponde à não existência do que está sendo perguntado; 1 – existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente; 2 – existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; 3 corresponde à sua existência em operação de forma ótima. Após cálculo do escore do instrumento pela soma dos valores atribuídos, o resultado pode ser interpretado do seguinte modo: 0 a 130 - incapacidade para a operação de RAS: sistema fragmentado; 131 a 260 - capacidade básica para operar RAS: rede de atenção à saúde incipiente; 261 a 390 - capacidade razoavelmente boa para operar RAS: rede de atenção à saúde avançada; 391 a 522 - capacidade ótima para operar RAS: redes integradas de atenção à saúde. Além dessa análise quantitativa, pode-se fazer uma análise qualitativa, selecionando-se os escores de cada questão inferiores a 3, mas especialmente os valores 0 e 1. Esses pontos críticos deverão estar presentes no plano de desenvolvimento institucional da rede de atenção à saúde.

Os resultados desta avaliação possibilitam a identificação de áreas críticas do desempenho da rede de atenção à saúde. A partir da identificação dessas áreas, gestores e trabalhadores de saúde poderão instituir estratégias que permitam fortalecer e qualificar a rede de atenção à saúde materno-infantil para sua integração.

Com base nos procedimentos metodológicos proposto por Fernandes¹⁰, o processo de validação de face do Iarami é descrito na Figura 1.

Figura 1: Etapas da validação de face do Iarami.



O processo de validação de face iniciou com uma adaptação preliminar do instrumento-base realizada pelos pesquisadores para o contexto da Rede de Atenção Materno-infantil. Após adaptação, essa versão foi apresentada ao autor do instrumento-base para análise e correções necessárias. Após consenso, o instrumento passou a ter 152 questões, dentro das mesmas sete dimensões teóricas.

A etapa seguinte compreendeu a composição de um painel de especialistas na área de atenção à saúde materno-infantil, incluindo 16 participantes (gestores estaduais e municipais, consultores independentes e pesquisadores vinculados a universidades) para realização da validação de face do Iarami.

Para conduzir o processo de validação de face do instrumento foi utilizada a técnica de consenso e-Delphi modificado, que é uma ferramenta de pesquisa qualitativa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de determinado tema.⁹ Essa técnica foi escolhida por apresentar algumas vantagens, como o anonimato nas respostas, o que elimina a influência de fatores como o "status" acadêmico ou profissional do respondente ou sua capacidade de oratória, o que pode influenciar o grupo. Alguns fatores indesejáveis da dinâmica de grupo também são reduzidos com a utilização dessa técnica, como a omissão de participantes e a manipulação política. A técnica e-Delphi substitui a utilização dos

correios pelos formulários on-line, o que reduz os custos e o tempo necessário para a realização da pesquisa, e utiliza uma mídia mais atraente e flexível, tornando o preenchimento do questionário mais eficiente. Contudo, apresenta a possibilidade de introdução de viés pela seleção do painel de especialistas.⁹ No entanto, foram selecionados especialistas de diferentes regiões do estado do Paraná e de outros estados com amplo conhecimento sobre a implantação das redes de atenção à saúde materno-infantil para minimizar ou anular essa possibilidade de viés.

Assim, os especialistas responderam um formulário on-line composto por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informações gerais sobre a pesquisa, sendo convidados a analisar o instrumento a ser validado na sua primeira versão. Caso o especialista concordasse em participar da pesquisa, antes de iniciar o preenchimento do instrumento, seriam solicitadas informações como idade, sexo, formação profissional, instituição de vinculação e função na instituição.

Os especialistas avaliaram cada item do instrumento por meio de uma escala Likert, pontuando de 0 a 4 sobre sua importância, onde 0 significava nada importante – não vejo a menor necessidade de incluir esse tópico; 1 pouco importante, mas pode ser incluído; 2 importante, mas se tiver que cortar alguma coisa, esse poderia ser excluído; 3 muito importante – seria muito bom incluir; 4 essencial – deve ser incluído, obrigatoriamente. Os especialistas ainda podiam apresentar sugestões de alteração ou inclusão de nova pergunta.

A consulta aos especialistas foi realizada em duas rodadas. Em cada rodada, o consenso foi confirmado pela estabilização das questões, considerando 70% de concordância sobre a importância de cada uma delas no instrumento. Foram mantidas ou estabilizadas as questões consideradas pelo painel de especialistas muito importantes e essenciais. Questões não estabilizadas na primeira rodada foram reavaliadas numa segunda rodada. As questões que tiveram sugestão de alteração na escrita foram submetidas a uma segunda rodada para análise dos especialistas para a escolha entre a versão original ou a versão reformulada.

Após exclusões, adaptações e inclusões sugeridas pelos especialistas, foi obtida uma versão final do instrumento que se destina a gestores e trabalhadores de saúde envolvidos com a implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAAE 18587013.0.0000.0020/ parecer 459.400), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Hospital do Trabalhador (CAAE

33811014.8.3001.5225 / parecer 770.375) e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CAAE: 18587013.0.0000.0020 / Protocolo nº 40/2014).

Resultados

O perfil do painel de especialistas do estudo é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil do painel de especialistas participantes do e-Delphi

Painel de especialistas (n=16)	
	n
Sexo	
Feminino	9
Masculino	7
Idade média	40 anos
Formação profissional	
Cirurgiões-dentistas	8
Enfermeiros	5
Farmacêuticos	2
Fisioterapeutas	1
Vínculo institucional	
Secretarias Estaduais de Saúde - SES (superintendentes, chefes de divisão, chefes de departamento, diretores de regionais e técnicos de divisões vinculados à implantação das redes de atenção materno-infantil)	11
Secretarias Municipais de Saúde - SMS (coordenadores e técnicos vinculados à implantação das redes de atenção materno-infantil)	1
Universidades (pesquisadores da área de atenção à saúde materno-infantil)	3
Consultores independentes que prestam assessoria às SMS e SES na implantação das redes de atenção materno-infantil	1

A validação de face do instrumento ocorreu em junho de 2014, compreendendo duas rodadas de consultas aos especialistas, com intervalo de 15 dias entre elas.

Das 152 questões contidas na primeira versão do instrumento, 38 (25%) não foram estabilizadas na primeira rodada e oito (5,26%) tiveram sugestão de reformulação na sua escrita. Essas questões foram novamente encaminhadas numa segunda rodada para a análise do painel de especialistas. Das oito questões que tiveram sugestão de alteração da escrita, duas delas, apesar de terem sido

estabilizadas na primeira rodada, foram eliminadas por abordarem conceitos específicos e complexos para serem compreendidos por gestores locais, tais como “a organização dos serviços pautada em princípios de economia de escala” e “integração horizontal por meio de fusões ou alianças estratégicas”, e uma delas foi mantida na versão inicial. Ao final do processo, após as duas rodadas de análise pelo painel de especialistas, foram eliminadas 22 questões e uma questão foi incluída, totalizando 131 questões distribuídas nas sete dimensões teóricas, conforme o instrumento-base.

A Tabela 2 apresenta os resultados do processo de validação de face com base no consenso do painel de especialistas.

Tabela 2: Versão inicial, avaliação do painel de especialistas e versão final do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami).

Versão inicial	Painel de especialistas						Versão final
	1ª rodada			2ª rodada			
Dimensão: População							
	Nada ou pouco importante	Importante	Muito importante ou essencial	Nada ou pouco importante	Importante	Muito importante ou essencial	
1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da Rede Materno-infantil (RMI)?	6,25%	6,25%	87,50%				1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da Rede Materno-infantil (RMI)?
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde desta população que compreende gestantes e crianças menores de dois anos?	6,25%	6,25%	87,50%				2. Há uma clara definição das necessidades de saúde desta população que compreende gestantes e crianças menores de dois anos?
3. A estrutura operacional da RMI é formatada em função dessas necessidades?	0%	6,25%	93,75%				3. A estrutura operacional da RMI é formatada em função dessas necessidades?
4. Há um processo de territorialização da RMI?	0%	0%	100%				4. Há um processo de territorialização da RMI?
5. A RMI está inserida no Plano Diretor de Regionalização?	0%	6,25%	93,75%				5. A RMI está inserida no Plano Diretor de Regionalização?
6. Na RMI estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	0%	6,25%	93,75%				6. Na RMI estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?
7. A população de responsabilidade da RMI está adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe da ESF?	0%	6,25%	93,75%				7. A população de responsabilidade da RMI está adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe da ESF?
8. As gestantes e crianças menores de dois anos estão cadastradas na APS por unidade familiar?	6,25%	6,25%	87,50%				8. As gestantes e crianças menores de dois anos estão cadastradas na APS por unidade familiar?
9. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	0%	0%	100%				9. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?
10. A população está subdividida por fatores de risco proximais?	6,25%	25,0%	68,75%	0%	0%	100%	10. A população está subdividida por fatores de risco proximais, aqueles relacionados a

							comportamentos e estilos de vida individuais? <i>Alteração na escrita</i>
Dimensão: Atenção Primária							
11. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização pelas gestantes e crianças menores de dois anos residentes no território?	0%	6,25%	93,75%				11. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização pelas gestantes e crianças menores de dois anos residentes no território?
12. Na APS há uma equipe multiprofissional, onde cada membro possui responsabilidades claras no cuidado das gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	12,50%	87,50%				12. Na APS há uma equipe multiprofissional, onde cada membro possui responsabilidades claras no cuidado das gestantes e crianças menores de dois anos?
13. Essas responsabilidades são orientadas pela linha-guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				13. Essas responsabilidades são orientadas pela linha-guia/diretrizes da RMI?
14. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde na condição crônica não agudizada?	0%	25%	75%				14. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para a RMI? <i>Alteração na escrita</i>
15. As relações entre APS e os demais níveis de atenção estão claramente definidos?	0%	0%	100%				15. As relações entre APS e os demais níveis de atenção estão claramente definidos?
16. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, relativas às gestantes e crianças menores de um ano (ex.: carteira da gestante, cartão da criança, Siab, Sispre-natal, etc)?	0%	6,25%	93,75%				16. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, relativas às gestantes e crianças menores de um ano (ex.: carteira da gestante, cartão da criança, Siab, Sispre-natal, etc)?
17. Há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	0%	6,25%	93,75%				17. Há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?
18. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS, as gestantes e suas famílias?	0%	12,50%	87,50%				18. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS, as gestantes e suas famílias?
19. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou os eventos de agudização das condições crônicas de sua	12,50%	6,25%	81,25%				19. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou os eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade,

responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?							de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?
20. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos, segundo a linha-guia/diretrizes da RMI?	0%	6,25%	93,75%				20. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos, segundo a linha-guia/diretrizes da RMI?
21. O prontuário clínico utilizado da APS está estruturado por família?	0%	43,75%	56,25%	10%	10%	80%	21. O prontuário clínico utilizado da APS está estruturado por família?
22. As equipes da APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	0%	68,75%	31,25%	20%	20%	40%	<i>Excluída</i>
23. A APS realiza estratificação de risco das gestantes e crianças menores de dois anos, segundo a linha guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				22. A APS realiza estratificação de risco das gestantes e crianças menores de dois anos, segundo a linha guia/diretrizes da RMI?
24. A APS realiza o plano de cuidado para cada gestante e criança menor de dois anos, conforme a linha guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				23. A APS realiza o plano de cuidado para cada gestante e criança menor de dois anos, conforme a linha guia/diretrizes da RMI?
25. A APS monitora a adesão ao plano de cuidado de cada gestante e criança menor de dois anos?	0%	0%	100%				24. A APS monitora a adesão ao plano de cuidado de cada gestante e criança menor de dois anos?
26. A APS viabiliza o acesso da gestante de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária (pré-natal de alto risco e intermediário), conforme linha-guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				25. A APS viabiliza o acesso da gestante de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária (pré-natal de alto risco e intermediário), conforme linha-guia/diretrizes da RMI?
27. A APS viabiliza o acesso da criança menor de dois anos de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária, conforme linha-guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				26. A APS viabiliza o acesso da criança menor de dois anos de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária, conforme linha-guia/diretrizes da RMI?
28. A APS vincula a gestante de acordo com o grau de risco à maternidade de referência, conforme preconiza a linha-guia/diretrizes da RMI?	0%	0%	100%				27. A APS vincula a gestante de acordo com o grau de risco à maternidade de referência, conforme preconiza a linha-guia/diretrizes da RMI?
29. As equipes da APS monitoram o comparecimento das gestantes de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial	0%	0%	100%				28. As equipes da APS monitoram o comparecimento das gestantes de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial

secundária?							secundária?
30. As equipes de APS monitoram o comparecimento das crianças menores de dois anos de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial secundária?	0%	0%	100%				29. As equipes de APS monitoram o comparecimento das crianças menores de dois anos de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial secundária?
31. As equipes da APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias para a melhoria da atenção à gestante e criança?	0%	37,50%	62,50%	10%	10%	80%	30. As equipes da APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias para a melhoria da atenção à gestante e criança?
32. Os ACS estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes da APS e as organizações comunitárias?	0%	25%	75%				31. Os ACS estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes da APS e as organizações comunitárias?
33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da atenção à gestante e criança?	0%	37,50%	62,50%	0%	40%	60%	<i>Excluída</i>
Dimensão: Atenção Secundária e Terciária							
34. No desenho da RMI há para cada região de saúde a definição do(s) ponto(s) de atenção responsável(is) pela atenção ambulatorial secundária para atenção às gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco?	0%	0%	100%				32. No desenho da RMI há para cada região de saúde a definição do(s) ponto(s) de atenção responsável(is) pela atenção ambulatorial secundária para atenção às gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco?
35. No desenho da RMI há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e região, terciários e macrorregião)?	0%	6,25%	83,75%				33. No desenho da RMI há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e região, terciários e macrorregião)?
36. No desenho da RMI considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	6,25%	43,75%	50,00%	0%	50%	50%	<i>Alteração na escrita após primeira rodada e excluída</i>
37. No desenho da RMI considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	12,50%	31,25%	56,25%	0%	50%	50%	<i>Alteração da escrita após primeira rodada e excluída</i>
38. No desenho da RMI há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	12,50%	12,50%	75,00%				34. No desenho da RMI há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?
39. No desenho da RMI há um movimento de substituição hospitalar?	12,50%	25,00%	62,50%	0%	50%	50%	<i>Excluída</i>
40. No desenho da RMI há um movimento	0%	25,00%	75,00%				35. No desenho da RMI há um movimento

de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS? Ou seja, o pré-natal de baixo risco e intermediário deve ser na APS?							de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS? Ou seja, o pré-natal de baixo risco e intermediário deve ser na APS?
41. Na RMI há atenção ambulatorial secundária em suficiência para as gestantes de alto risco e intermediário e crianças menores de dois anos de alto risco?	0%	12,50%	87,50%				36. Na RMI há atenção ambulatorial secundária em suficiência para as gestantes de alto risco e intermediário e crianças menores de dois anos de alto risco?
42. Na RMI há atenção hospitalar em suficiência para as gestantes e crianças menores de dois anos, de acordo com o grau de risco?	0%	6,25%	93,75%				37. Na RMI há atenção hospitalar em suficiência para as gestantes e crianças menores de dois anos, de acordo com o grau de risco?
43. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?	0%	0%	100%				38. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?
44. A maternidade de alto risco opera de forma integrada com a APS?	0%	0%	100%				39. A maternidade de alto risco opera de forma integrada com a APS?
45. Há maternidade de baixo risco para os cuidados às gestantes de baixo risco?	0%	6,25%	93,75%				40. Há maternidade de baixo risco para os cuidados às gestantes de baixo risco?
46. A maternidade de baixo risco opera de forma integrada com a APS?	0%	6,25%	93,75%				41. A maternidade de baixo risco opera de forma integrada com a APS?
47. Há maternidade de risco intermediário para os cuidados às gestantes de risco intermediário?	6,25%	6,25%	87,50%				42. Há maternidade de risco intermediário para os cuidados às gestantes de risco intermediário?
48. A maternidade de risco intermediário opera de forma integrada com a APS?	6,25%	6,25%	87,50%				43. A maternidade de risco intermediário opera de forma integrada com a APS?
49. A gestante visita a maternidade onde vai parir, antes do parto?	0%	37,50%	62,50%	10%	20%	70%	44. A gestante visita a maternidade onde vai parir, antes do parto?
50. Há uma clara definição da vinculação da gestante às maternidades segundo risco?	0%	0%	100%				45. Há uma clara definição da vinculação da gestante às maternidades segundo risco?
51. Há casa de apoio à gestante e à puérpera, especialmente para gestantes de alto risco e intermediário?	6,25%	6,25%	87,50%				46. Há casa de apoio à gestante e à puérpera, especialmente para gestantes de alto risco e intermediário?
52. A casa de apoio à puérpera é articulada com a maternidade de alto risco e intermediário?	6,25%	12,50%	81,25%				47. A casa de apoio à puérpera é articulada com a maternidade de alto risco e intermediário?
53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças menores de dois anos?	6,25%	0%	93,75%				48. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças menores de dois anos?

54. Os serviços hospitalares operam de forma integrada com a APS?	6,25%	6,25%	87,50%				49. Os serviços hospitalares operam de forma integrada com a APS?
55. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?	6,25%	6,25%	87,50%				50. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?
56. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?	6,25%	18,75%	75%				51. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?
57. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?	6,25%	12,50%	81,25%				52. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?
58. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?	6,25%	18,75%	75%				53. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?
59. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?	6,25%	12,50%	81,25%				54. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?
60. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?	6,25%	6,25%	87,50%				55. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?
61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos?	6,25%	12,50%	81,25%				56. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos?
62. Os serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos operam de forma integrada com a APS?	6,25%	18,75%	75%				57. Os serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos operam de forma integrada com a APS?
63. Há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os	6,25%	18,75%	75%				58. Há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à

cuidados à saúde bucal?							saúde bucal?
64. Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a APS?	0%	25%	75%				59. Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a APS?
65. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (plano de cuidado)?	6,25%	6,25%	87,50%				60. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (plano de cuidado)?
66. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo a linha guia/diretrizes da RMI?	6,25%	18,75%	75%				61. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo a linha guia/diretrizes da RMI. Ou seja, em cada ponto de atenção foi estabelecido insumos e equipamentos necessários para a atenção à gestante e à criança? <i>(Alteração na escrita)</i>
67. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	0%	25%	75%				62. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?
68. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	6,25%	6,25%	87,50%				63. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?
69. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	0%	18,75%	81,25%				64. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?
Dimensão: Sistema de Apoio							
70. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir da linha guia ou protocolos clínicos para as gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	6,25%	93,75%				65. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir da linha guia ou protocolos clínicos para as gestantes e crianças menores de dois anos?
71. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades das gestantes e crianças menores de dois anos adscritas à RMI?	6,25%	12,50%	81,25%				66. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades das gestantes e crianças menores de dois anos adscritas à RMI?
72. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	25%	31,25%	43,75%	10%	40%	50%	<i>Excluída</i>
73. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	25%	18,75%	56,25%	20%	50%	30%	<i>Excluída</i>

74. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	18,75%	31,25%	50%	20%	60%	20%	Excluída
75. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoconomia?	31,25%	31,25%	37,50%	40%	40%	20%	Excluída
76. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	25%	18,75%	56,25%	20%	40%	40%	Excluída
77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica para as gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	18,75%	81,25%				67. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica para as gestantes e crianças menores de dois anos?
78. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos para as gestantes e crianças menores de dois anos?	6,25%	31,25%	62,50%	30%	10%	60%	Excluída
79. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão das gestantes e crianças menores de dois anos aos tratamentos medicamentosos?	6,25%	25%	68,75%	10%	30%	60%	Excluída
80. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	31,25%	6,25%	62,50%	30%	20%	50%	Excluída
81. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RMP, da coleta das amostras?	0%	18,75%	81,25%				68. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RMP, da coleta das amostras?
82. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	0%	18,75%	81,25%				69. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?
Dimensão: Sistema Logístico							
83. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais relativas às gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	12,50%	87,50%				70. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais relativas às gestantes e crianças menores de dois anos?
84. Há uma base de dados única que incorpora as gestantes e crianças menores de dois anos e as estratifica por grau de risco?	6,25%	18,75%	75%				71. Há uma base de dados única que incorpora as gestantes e crianças menores de dois anos e as estratifica por grau de risco?

85. Há um cartão de identificação das gestantes e crianças menores de dois anos com um número único, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	0%	25%	75%				72. Há um cartão de identificação das gestantes e crianças menores de dois anos com um número único, articulado com a identificação da família e do território sanitário?
86. Há um prontuário familiar único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da RMI?	0%	25%	75%				73. Há um prontuário familiar único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da RMI?
87. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial secundária, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	6,25%	31,25%	62,50%	20%	10%	70%	74. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial secundária, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?
88. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	18,75%	37,50%	43,75%	40%	30%	30%	<i>Excluída</i>
89. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos a situações de saúde definidas?	0%	50%	50%	20%	20%	60%	<i>Excluída</i>
90. A equipe da APS agenda diariamente as consultas de pré-natal de alto risco e intermediário na atenção ambulatorial secundária?	0%	18,75%	81,25%				75. A equipe da APS agenda diariamente as consultas de pré-natal de alto risco e intermediário na atenção ambulatorial secundária?
91. A equipe da APS agenda diariamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0%	18,75%	81,25%				76. A equipe da APS agenda diariamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?
92. Há carteira da gestante no município?	0%	0%	100%				77. Há carteira da gestante no município?
93. A carteira da gestante é preenchida pelos profissionais?	6,25%	6,25%	87,50%				78. A carteira da gestante é preenchida pelos profissionais?
94. A carteira da gestante é utilizada rotineiramente?	0%	0%	100%				79. A carteira da gestante é utilizada rotineiramente?
95. Há carteira da criança no município?	0%	0%	100%				80. Há carteira da criança no município?
96. A carteira da criança é preenchida pelos profissionais?	6,25%	6,25%	87,50%				81. A carteira da criança é preenchida pelos profissionais?
97. A carteira da criança é utilizada rotineiramente?	0%	0%	100%				82. A carteira da criança é utilizada rotineiramente?
98. Há um sistema de atendimento às urgências e às emergências obstétricas?	0%	0%	100%				83. Há um sistema de atendimento às urgências e às emergências obstétricas?

99. Há um sistema de transporte eletivo em saúde integrado de gestante e crianças menores de dois anos com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	0%	18,75%	81,25%				84. Há um sistema de transporte eletivo em saúde integrado de gestante e crianças menores de dois anos com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?
100. O SAMU transporta gestante e crianças em situação de urgência e emergência?	0%	0%	100%				85. O SAMU transporta gestante e crianças em situação de urgência e emergência?
101. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	0%	25%	75%				86. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?
Dimensão: Governança							
102. Existe uma estrutura organizacional de governança da RMI? Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	0%	12,50%	87,50%				87. Existe uma estrutura organizacional de governança da RMI? <i>Alteração na escrita</i>
103. A RMI tem um plano estratégico? Ele contempla um plano de médio e longo prazo e um plano operativo de curto prazo? Existe um mapa estratégico?	6,25%	12,50%	81,25%				88. A RMI tem um plano estratégico? (mapa estratégico)? 89. Ele contempla um plano de operativo de curto, médio e longo prazo? <i>Alteração na escrita- dividido em 2 questões</i>
104. A missão, a visão, e os valores da RMI são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	18,75%	12,50%	68,75%	10%	0%	90%	90. A missão, a visão, e os valores da RMI são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?
105. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RMI?	0%	0%	100%				91. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RMI?
106. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0%	0%	100%				92. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?
107. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção primária?	6,25%	25%	68,75%	0%	30%	70%	93. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção primária?
108. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção secundária?	6,25%	25%	68,75%	0%	30%	70%	94. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção secundária?
109. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção terciária?	6,25%	25%	68,75%	0%	30%	70%	95. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção terciária?
110. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	0%	18,75%	81,25%				96. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?
111. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RMI e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	0%	18,75%	81,25%				97. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RMI e contém incentivos para o alcance desses objetivos?

112. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RMI?	6,25%	12,50%	81,25%				98. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RMI?
113. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RMI?	0%	6,25%	93,75%				99. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RMI?
114. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3; por capitação ajustada)?	0%	37,50%	62,50%	20%	20%	60%	<i>Excluída</i>
115. A RMI conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	6,25%	18,75%	75%				100. A RMI conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?
Dimensão: Modelo de Atenção							
116. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção à saúde?	0%	6,25%	93,75%				101. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção à saúde?
117. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções em saúde?	0%	25%	75%				102. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções em saúde?
118. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	6,25%	31,25%	62,50%	10%	20%	70%	103. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?
119. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	6,25%	43,75%	50%	10%	30%	60%	<i>Excluída</i>
120. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	12,50%	18,75%	68,75%	20%	20%	60%	<i>Excluída</i>
121. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	0%	12,50%	87,50%				104. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?
122. As ações de autocuidado objetivam empoderar no autocuidado as gestantes usuárias da RMI?	0%	6,25%	93,75%				105. As ações de autocuidado objetivam empoderar no autocuidado as gestantes usuárias da RMI?
123. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas gestantes usuárias da RMI?	0%	18,75%	81,25%				106. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas gestantes usuárias da RMI?
124. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	25%	31,25%	43,75%	0%	40%	60%	<i>Excluída</i>

125. A RMI dispõe de linha guia/diretrizes para as condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	12,50%	87,50%				107. A RMI dispõe de linha guia/diretrizes para as condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos?
126. A linha guia/diretrizes da RMI é comunicada adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	6,25%	0%	93,75%				108. A linha guia/diretrizes da RMI é comunicada adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?
127. Essa linha guia/diretrizes organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	0%	0%	100%				109. Essa linha guia/diretrizes organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
128. Essa linha guia/diretrizes estratifica por riscos as gestantes e crianças menores de dois anos com uma condição de saúde estabelecida?	0%	0%	100%				110. Essa linha guia/diretrizes estratifica por riscos as gestantes e crianças menores de dois anos com uma condição de saúde estabelecida?
129. No município existe uma programação do cuidado com o planejamento quantitativo por gestante e crianças menores de dois anos?	0%	18,75%	81,25%				111. No município existe uma programação do cuidado com o planejamento quantitativo por gestante e crianças menores de dois anos?
130. A linha guia/diretrizes da RMI é revisada periodicamente?	6,25%	6,25%	87,50%				112. A linha guia/diretrizes da RMI é revisada periodicamente?
131. Essa linha guia/diretrizes é complementada por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	6,25%	0%	93,75%				113. Essa linha guia/diretrizes é complementada por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
132. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para gestantes e crianças menores de dois anos?	0%	6,25%	93,75%				114. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para gestantes e crianças menores de dois anos?
133. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários de saúde?	0%	12,50%	87,50%				115. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários de saúde, ou seja, àqueles relacionados a condições de vida e de trabalho? <i>Alteração na escrita</i>
134. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	6,25%	25%	68,75%	6,25%	25%	68,75%	Excluída
135. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos com fatores de risco	0%	12,50%	87,50%				116. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos com fatores de risco proximais?

proximais?							
136. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro da RMI?	0%	31,25%	68,75%	0%	30%	70%	117. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro da RMI?
137. Há um plano de cuidado definido para cada gestante e criança menor de dois anos?	0%	6,25%	93,75%				118. Há um plano de cuidado definido para cada gestante e criança menor de dois anos?
138. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com a gestante, puérpera ou família?	0%	6,25%	93,75%				119. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com a gestante, puérpera ou família?
139. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e a gestante, puérpera ou família?	0%	25%	75%				120. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e a gestante, puérpera ou família?
140. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	0%	18,75%	81,25%				121. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?
141. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base na linha guia/diretrizes ou protocolos?	0%	25%	75%				122. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base na linha guia/diretrizes ou protocolos?
142. Esse processo de educação permanente se dá de forma continuada ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	6,25%	25%	68,75%	0%	10%	90%	123. Esse processo de educação permanente se dá de forma continuada ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?
143. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	18,75%	37,50%	43,75%	20%	20%	60%	Excluída
144. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das gestantes com base na linha guia/diretrizes ou protocolos?	6,25%	25%	68,75%	6,25%	25%	68,75%	Excluída
145. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base na linha guia/diretrizes da RMI e protocolos?	0%	31,25%	68,75%	20%	10%	70%	124. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base na linha guia/diretrizes da RMI e protocolos?
146. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	6,25%	25%	68,75%	10%	20%	70%	125. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?

147. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base na linha guia/diretrizes e nos protocolos clínicos?	12,50%	31,25%	56,25%	0%	10%	90%	126. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base na linha guia/diretrizes e nos protocolos clínicos?
148. Os comitês fazem uma investigação rotineira dos óbitos infantis e maternos?	0%	0%	100%				127. Os comitês fazem uma investigação rotineira dos óbitos infantis e maternos?
149. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	0%	31,25%	68,75%	0%	10%	90%	128. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?
150. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de <i>gestão de caso</i> para gestantes e crianças menores de dois anos com condições de saúde muito complexas?	0%	18,75%	81,25%				129. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de <i>gestão de caso</i> para gestantes e crianças menores de dois anos com condições de saúde muito complexas?
151. A linha guia/diretrizes da RMI define as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão do caso?	0%	6,25%	93,75%				130. A linha guia/diretrizes da RMI define as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão do caso?
152. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	0%	18,75%	81,25%				131. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?

Discussão

A validação de face do Iarami possibilitou a adaptação do instrumento-base para a rede de atenção à saúde materno-infantil. No processo de validação com a utilização da técnica e-Delphi de consenso modificada, o painel de especialistas sugeriu a remoção de alguns termos, como economia de escala, integração horizontal dos serviços, fusões e alianças estratégicas, farmacoeconomia e farmacovigilância, e esclarecimento de outros, como fatores de risco proximais, modelagem do ponto de atenção, determinantes sociais intermediários de saúde, para melhor compreensão do instrumento por parte dos gestores locais. Outras questões removidas por sugestão dos especialistas por serem avaliadas como pouco ou nada importantes parecem avaliar aspectos essenciais da rede de atenção, porém, com um detalhamento desnecessário, como é o caso das questões relacionadas ao componente *sistema de apoio*, que compreende questões referentes à assistência farmacêutica.

A literatura sobre métodos de avaliação de redes de atenção à saúde materno-infantil apresenta estudos sobre avaliações de programas ou avaliação de um ponto de atenção, não contemplando a avaliação da rede, seus elementos constitutivos, componentes e sua complexidade^{11,12,13,14,15,16,17,18,19, 20}. Apenas dois artigos consultados expuseram métodos de avaliação de redes de atenção materno-infantil. O estudo de Alidina et al.²¹ avalia a rede de serviços de saúde materna, neonatal e infantil a partir de um painel de bordo de avaliação do programa composto por sete critérios (cuidados adequados, acessibilidade, eficácia, satisfação, cuidados integrados e coordenados, responsabilidade e viabilidade) e estabelece aproximadamente 50 indicadores mensuráveis. O estudo utiliza entrevistas com usuários e dados do sistema de informação local. No outro estudo, Huçulak et al.²² desenvolveram um painel de bordo para acompanhamento, monitoramento e avaliação da rede materno-infantil que estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: resultado para a sociedade, indicadores de processo, indicadores de gestão e indicadores relacionados ao financiamento. Para 10 objetivos estratégicos elencaram-se 23 indicadores que possibilitam o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da rede.²² Ambos os métodos permitem acompanhamento, monitoramento e avaliação da rede de atenção à saúde materno-infantil por perspectivas distintas. No entanto, para a sua utilização, são

necessários dados do sistema de informação local disponíveis e coleta de dados com usuários para mensurar a satisfação com os serviços e a atenção ofertada. Esses métodos requerem uma sistematização do processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação com uma maior organização dos serviços de saúde na coleta de dados e manutenção do sistema de informação atualizado, podendo apresentar inviabilidade em alguns contextos.

Já o instrumento de avaliação proposto neste estudo pode ser usado pelos gestores e trabalhadores da saúde sem necessidade de dados provenientes dos sistemas de informações ou inquéritos populacionais, o que pode facilitar a sua utilização. Apesar de ser um instrumento longo comparado com outros, o Iarami explora em detalhes os componentes essenciais para a estruturação de uma rede de atenção à saúde e por isso possibilita a sustentação de planos de desenvolvimento institucional para aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil. O Iarami é um instrumento que deve ser utilizado para avaliar a gestão e a estruturação da rede e não os resultados obtidos a partir disso. Ele pode ser aplicado a qualquer momento para avaliar o grau de integração da rede e em momentos distintos para avaliar se houve melhoria ou não na sua integração.

O Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami) é fundamentado em um instrumento elaborado por Mendes⁶ para avaliação das redes de atenção à saúde. É um instrumento que facilita a avaliação da integração das redes de atenção materno-infantil por meio de sua estruturação em dimensões teóricas relacionadas aos componentes das rede de atenção. Portanto, o Iarami é uma ferramenta que pode auxiliar os gestores e profissionais da saúde na avaliação do grau de integração da rede de atenção materno-infantil, apresentando um diagnóstico situacional local com suas fragilidades e potencialidades. Desse modo, pode apoiar-os na criação de planos de intervenção que tenham como objetivo estruturar e organizar a rede de atenção à saúde materno-infantil no sentido de superar a sua fragmentação. Por outro lado, num aspecto mais amplo, o instrumento também pode auxiliar gestores na elaboração de políticas públicas voltadas para a atenção materno-infantil e auxiliar trabalhadores em saúde na realização de boas práticas em saúde no cuidado da gestante e na puericultura.

Conclusão

O estudo conduziu a validação de face do IAMI, adequando o instrumento-base para o contexto da rede materno-infantil. A utilização da técnica e-Delphi de consenso modificada foi adequada ao objetivo proposto. Considerando que na literatura não havia um instrumento adequado e validado para avaliar as redes de atenção à saúde materno-infantil, este trabalho vem auxiliar os gestores e trabalhadores da saúde na melhoria da atenção à saúde materno-infantil.

Referências

1. Nações Unidas. The Millennium Development Goals Report [Internet]. 2015 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
2. Nações Unidas. Global Sustainable Development Report [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20\(final\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20(final).pdf)
3. Organização Mundial da Saúde. Social Determinants of Health [Internet]. 2017 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010; 15(5): 2297-2305.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Colet. 2006; 11(3): 705-11.

8. Goes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 390-393.
9. Giovinazzo RA. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. *Administração online*. 2001; 2(2), 1-11.
10. Fernandes LMAG. Validação de instrumento para avaliação de satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal QASSaB [tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco – UPE; 2002.
11. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4): 682-691.
12. Taleb F, Perkins J, Ali NA, Capello C, Ali M, Santarelli C, Hoque DME. Transforming maternal and newborn health social norms and practices to increase utilization of health services in rural Bangladesh: a qualitative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15: 75.
13. Yelland J, Riggs E, Szwarc J, Casey S, Dawson W, Vanpraag D, et al. Bridging the Gap: using an interrupted time series design to evaluate systems reform addressing refugee maternal and child health inequalities. *Implement Sci*. 2015; 10: 62.
14. Ahmed S, Hossain A, Khan MA, Mridha MK, Alam A, Choudhury N. Using formative research to develop MNCH programme in urban slums in Bangladesh: experiences from MANOSHI, BRAC. *BMC Public Health* 2010; 10: 663.
15. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch MJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*. 2011; 377: 1421–28.
16. Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Populations at risk across the lifespan: program evaluations. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nurs*. 2012; 29(3): 218-31.
17. Singh K, Akoto IO, Otchere F, Tettey SS, Barrington C, Huang C, et al. Ghana's National Health insurance scheme and maternal and child health: a mixed methods study Singh et al. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:108.

18. Thomas SD, Hudgins JL, Sutherland DE, Ange BL, Mobley SC. Perinatal Program Evaluations: Methods, Impacts, and Future Goals. *Matern Child Health J.* 2015; 19: 1440-6.

19. Holmes HA, Magoma M, John T, Levira F, Msemo G, Armstrong CE, et al. Tanzania's Countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015. *Lancet.* 2015; 3: 396-409.

20. Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health Soc Care Community.* 2015; 1: 35-44.

21. Alidina S, Jordan M. The challenges of evaluating health systems networks: lessons learned from an early evaluation of the Child Health Network for the Greater Toronto Area. *Healthc Manage Forum.* 2007; 20(2): 22-7.

22. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. *Rev Esp Saúde.* 2014; 15(1): 77-86.

ARTIGO 2

VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL (IARAMI)

Resumo

Gestores e governantes, nos âmbitos nacional e internacional, têm priorizado as políticas voltadas para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil e a organização de serviços de saúde efetivos voltados para esses grupos populacionais. As redes de atenção à saúde (RAS) se apresentam como uma estratégia para qualificar as ações e serviços de saúde materno-infantil. Para avaliar essas redes, faz-se necessário um instrumento válido e confiável. O objetivo deste estudo foi realizar a validação de constructo do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde à Saúde Materno-infantil (Iarami), adaptado do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde desenvolvido por Eugênio Villaça Mendes. Após sua validação de face, o Iarami foi aplicado em uma amostra de 99 municípios do estado do Paraná. A validação de constructo foi conduzida por análise de consistência interna e confiabilidade, por meio do coeficiente de correlação de Pearson e confiabilidade Alfa de Cronbach, além da dimensionalidade do instrumento, por meio de análise fatorial exploratória. O Iarami apresentou consistência interna, confiabilidade e validade para o contexto proposto. Este instrumento demonstrou ser uma ferramenta que pode auxiliar gestores e trabalhadores da saúde no planejamento, gestão e avaliação do grau de integração da rede de atenção à saúde materno-infantil.

Palavras-chave: atenção à saúde, serviços de saúde, avaliação em saúde.

Abstract

Managers and government officials at the national and international levels have prioritized policies aimed at qualifying maternal and child health care and

organizing effective health services for these population groups. The Health Care Networks (RAS) are presented as a strategy to qualify the actions and services of maternal and child health. In order to evaluate these networks, a valid and reliable instrument is necessary. The objective of this study was to carry out the construct validation of the Instrument for the Evaluation of Mother and Child Care Networks (Iarami), adapted from the evaluation tool of Health Attention Networks developed by Eugênio Villaça Mendes. After its face validation, and the Iarami was applied in a sample of 99 municipalities in the state of Paraná. The construct validation was conducted through the internal consistency and reliability analysis, using Pearson's correlation coefficient and Cronbach's alpha reliability, as well as the dimensionality of the instrument, through exploratory factorial analysis. The Iarami presented internal consistency, reliability, and validity for the proposed context. This instrument has proved to be a tool that can help managers and health workers in the planning, management and evaluation of the degree of integration of the maternal and child care network.

Keywords: health care, health services, health evaluation.

Introdução

Gestores e governantes, nos âmbitos nacional e internacional, têm priorizado as políticas voltadas para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil e a organização de serviços de saúde efetivos voltados para esses grupos populacionais. Com o intuito de fomentar a melhoria nos indicadores globais de saúde materno-infantil, as nações unidas incluíram, nos objetivos para o desenvolvimento sustentável, assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades por meio da redução, até 2030, da taxa de mortalidade materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.¹ Essa preocupação global se apoia nas evidências de que os cuidados nos primeiros anos irão impactar na saúde dos indivíduos ao longo da vida.²

A organização dos serviços de saúde materno-infantil em redes se apresenta como uma estratégia para alcançar a atenção integral com qualidade e equidade e, assim, superar a fragmentação das ações em serviços de saúde e qualificar a

gestão do cuidado. Seu objetivo é garantir acesso, acolhimento e resolutividade dos serviços, assegurando, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério, e às crianças, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, com consequente redução da mortalidade materna e neonatal.³

Integrar serviços de saúde com base nas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção, tem sido preconizado por organismos internacionais^{4,5} e priorizado no Brasil como forma de garantir a integralidade do cuidado.⁶ As redes de atenção à saúde (RAS) representam, portanto, a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações existentes para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico-sanitária.⁷ É considerado um instrumento de garantia do direito à saúde, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.⁸

Segundo Mendes⁹, a operacionalização das RAS depende da interação entre a população atendida, o modelo de atenção proposto e a estrutura operacional, que compreende a organização da atenção primária, secundária e terciária, os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança.

A avaliação do processo de implementação das redes de atenção à saúde materno-infantil por um instrumento que avalie sistematicamente a complexidade e integração da rede, e que seja válido e confiável, é essencial para apoiar gestores e profissionais da saúde na tomada de decisão para garantia desse cuidado. Até o momento, não há na literatura um instrumento com essas características.

O objetivo deste estudo foi validar o Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami), adaptado do instrumento de avaliação de redes de atenção à saúde elaborado por Mendes⁹. Este artigo apresenta o processo de validação de constructo desse instrumento, que se propõe a avaliar o perfil de organização e a integração das redes de atenção à saúde materno-infantil.

Material e método

Este é um estudo quanti-qualitativo de validação do Iarami, que é orientado a fornecer, aos gestores e profissionais de saúde, um diagnóstico do perfil de integração em que se encontra a rede de atenção à saúde materno-infantil e da identificação da necessidade de melhoria da atenção à saúde nessa rede. O instrumento é composto por 131 questões, organizadas em sete dimensões teóricas, conforme instrumento-base proposto por Mendes⁹: população, atenção primária, atenção secundária e terciária, sistema de apoio, sistema logístico, sistema de governança e modelo de atenção à saúde. Na aplicação do instrumento, o respondente atribui, às respostas, valores de 0 a 3, onde 0 corresponde à não existência do que está sendo perguntado; 1 - existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente; 2 - existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; 3 corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Um escore total obtido pela somatória das respostas permite verificar o perfil de integração da rede de atenção à saúde materno-infantil. Com base no escore total foram definidos intervalos que permitiram avaliar o perfil da rede, caracterizada como rede fragmentada, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado ou rede integrada.

Após validação de face do Iarami, o instrumento foi aplicado em uma amostra estratificada proporcional de 136 municípios do estado do Paraná. O sorteio dos municípios foi realizado de forma sistemática e ordenada por macrorregiões, segundo o nível de gestão (municipal e estadual)¹⁰, o porte populacional (pequeno, médio e grande)¹¹ e tamanho da população.¹¹ O instrumento foi disponibilizado em uma plataforma on-line e enviado por e-mail aos gestores municipais (secretários municipais de saúde ou pessoa indicada com conhecimento sobre a organização e funcionamento da rede de atenção materno-infantil). Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após terem sido informados sobre o estudo.

Com base nos procedimentos metodológicos proposto por Fernandes¹², foi realizado o processo de validação de constructo do Iarami, conduzida por meio da análise de consistência interna e confiabilidade, além da dimensionalidade do instrumento.

O coeficiente de confiabilidade Alfa de Cronbach foi utilizado para medir a consistência interna e confiabilidade do instrumento, considerando aceitáveis valores acima de 0,7.^{13,14} Uma matriz de correlação entre os itens do instrumento foi criada com o objetivo de revisar o padrão de relacionamentos entre as variáveis (r de Pearson). Variáveis que apresentaram colinearidade (coeficientes de correlação maiores que 0,7) foram reavaliadas com o objetivo de remover as questões que poderiam estar medindo conteúdos similares e tornar o instrumento mais conciso e efetivo. Essa reavaliação foi conduzida por quatro especialistas da área, sendo um deles o autor do instrumento-base, uma consultora independente que presta assessoria à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná na organização da Rede Mãe Paranaense, um gestor do grupo condutor da Rede Mãe Curitibana, sendo todos vinculados à gestão de redes de atenção materno-infantil, e uma pesquisadora da área de atenção materno-infantil. Após os ajustes, novo Alfa de Cronbach foi conduzido para confirmação da consistência interna e confiabilidade do instrumento. A análise fatorial exploratória com método de rotação ortogonal Varimax foi utilizada para confirmar ou refutar a estrutura fatorial do instrumento¹⁵, ou seja, sua dimensionalidade.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CAAE 18587013.0.0000.0020/ parecer 459.400), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Hospital do Trabalhador (CAAE 33811014.8.3001.5225 / parecer 770.375) e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CAAE: 18587013.0.0000.0020 / Protocolo nº 40/2014).

Resultados

A coleta de dados com a aplicação do instrumento ocorreu em julho de 2014. Da amostra original de 136 municípios, 99 participaram do estudo, obtendo-se uma taxa de resposta de 72,8%. Do total de respondentes, 85 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino. A maioria (81) tinha formação profissional em enfermagem e os demais tinham formação em farmácia, odontologia, medicina, fisiologia, direito, serviço social, administração, história, filosofia, teologia, ensino fundamental e ensino médio.

A análise inicial da consistência interna do Iarami resultou em um alto valor do coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha=0,98$). A matriz de correlação entre os 131 itens do instrumento demonstrou forte correlação (r maior que 0,7) entre 70 questões. Todas foram então reavaliadas por um grupo de especialistas com o objetivo de eliminar aquelas que poderiam estar medindo conteúdos similares. Do total dessas questões, 18 foram retiradas e 52 mantidas. Dessa forma, o instrumento passou a ser composto por 113 questões. Um novo teste de confiabilidade de Alfa de Cronbach foi então conduzido após a retirada das questões e o valor do coeficiente demonstrou alteração pouco significativa ($\alpha=0,97$). Este resultado demonstra que o instrumento apresenta consistência interna. A coerência das respostas dos gestores participantes evidencia uma adequada estruturação do instrumento para medir o objeto proposto.

A análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax resultou em um agrupamento das variáveis em 29 fatores, sugerindo que o instrumento seja unidimensional. Apesar disso, o agrupamento dos itens em dimensões teóricas foi mantido conforme o instrumento-base, considerando o referencial de estrutura operacional das redes de atenção à saúde proposto por Mendes⁹.

A versão final do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (Iarami) é apresentada no Quadro 1.

Para a interpretação dos resultados do instrumento foram atribuídos intervalos de escore utilizando distribuição quartílica, conforme Quadro 2.

Quadro 1: Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami) - versão final

POPULAÇÃO
1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da Rede de Atenção Materno-infantil (RMI)?
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde desta população que compreende gestantes e crianças menores de dois anos?
3. A estrutura operacional da RMI é formatada em função dessas necessidades?
4. Há um processo de territorialização da RMI?
5. A RMI está inserida no Plano Diretor de Regionalização?
6. Na RMI estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?
7. A população de responsabilidade da RMI está adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe da ESF?
8. As gestantes e crianças menores de dois anos estão cadastradas na APS por unidade familiar?
9. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?
10. A população está subdividida por fatores de risco proximais, aqueles relacionados a comportamentos e estilos de vida individuais?
ATENÇÃO PRIMÁRIA

11. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização pelas gestantes e crianças menores de dois anos residentes no território?
12. Na APS há uma equipe multiprofissional, onde cada membro possui responsabilidades claras no cuidado das gestantes e crianças menores de dois anos?
13. Essas responsabilidades são orientadas pela diretriz/linha guia da RMI?
14. A APS é a porta de entrada para a RMI?
15. As relações entre APS e os demais níveis de atenção estão claramente definidos?
16. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, relativas às gestantes e crianças menores de 2 anos (ex: carteira da gestante, cartão da criança, Siab, Sispre-natal, etc)?
17. Há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?
18. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS, as gestantes e suas famílias?
19. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou os eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?
20. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos, segundo a diretriz/ linha-guia da RMI?
21. O prontuário clínico utilizado da APS está estruturado por família?
22. A APS realiza estratificação de risco das gestantes e crianças menores de dois anos, segundo a diretriz/ linha guia da RMI?
23. A APS realiza o plano de cuidado para cada gestante e criança menor de dois anos, conforme a diretriz/ linha guia da RMI?
24. A APS monitora a adesão ao plano de cuidado de cada gestante e criança menor de dois anos?
25. A APS viabiliza o acesso da gestante de alto risco para a atenção ambulatorial secundária (pré-natal de alto risco), conforme diretriz/ linha guia da RMI?
26. A APS viabiliza o acesso da criança menor de dois anos de alto risco para a atenção ambulatorial secundária, conforme a diretriz/ linha-guia da RMI?
27. A APS vincula a gestante de acordo com o grau de risco à maternidade de referência, conforme preconiza a diretriz/ linha-guia da RMI?
28. As equipes da APS monitoram o comparecimento das gestantes de alto risco à atenção ambulatorial secundária?
29. As equipes de APS monitoram o comparecimento das crianças menores de dois anos de alto risco à atenção ambulatorial secundária?
30. As equipes da APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias para a melhoria da atenção à gestante e criança?

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

31. No desenho da RMI há para cada região de saúde a definição e articulação do(s) ponto(s) de atenção secundária e terciária responsável(is) pela atenção às gestantes e crianças de alto risco?
32. No desenho da RMI há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?
33. No desenho da RMI há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS? Ou seja, o pré-natal de baixo risco deve ser na APS?
34. Na RMI há atenção ambulatorial secundária em suficiência para as gestantes de alto risco e crianças menores de dois anos de alto risco?
35. Na RMI há atenção hospitalar em suficiência para as gestantes e crianças menores de dois anos, de acordo com o grau de risco?
36. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?
37. A maternidade de alto risco opera de forma integrada com a APS?
38. Há maternidade de risco habitual para os cuidados às gestantes de baixo risco?
39. A maternidade de risco habitual opera de forma integrada com a APS?
40. A gestante visita a maternidade onde vai parir, antes do parto?
41. Há uma clara definição da vinculação da gestante às maternidades segundo risco?
42. Há casa de apoio à gestante e à puérpera, especialmente para gestantes de alto risco?
43. A casa de apoio à puérpera é articulada com a maternidade de alto risco?
44. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças menores de dois anos?
45. Os serviços hospitalares operam de forma integrada com a APS?
46. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de

- internação pediátrica) para os cuidados as gestantes e as crianças menores de dois anos?
47. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?
 48. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de dois anos?
 49. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?
 50. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos?
 51. Os serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de dois anos operam de forma integrada com a APS?
 52. Há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal?
 53. Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a APS?
 54. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (plano de cuidado)?
 55. Em cada ponto de atenção foi estabelecida uma modelagem, ou seja, relação entre estes pontos e a carteira de serviços, as ações, os protocolos clínicos, os recursos humanos, exames e insumos necessários para a atenção à gestante e à criança?

SISTEMA DE APOIO

56. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir da diretriz/ linha guia ou protocolos clínicos para as gestantes e crianças menores de dois anos?
57. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades das gestantes e crianças menores de dois anos adscritas à RMI?
58. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica para as gestantes e crianças menores de dois anos?
59. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RMI, da coleta das amostras?
60. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?

SISTEMA LOGÍSTICO

61. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais relativas às gestantes e crianças menores de dois anos?
62. Há uma base de dados única que incorpora as gestantes e crianças menores de dois anos e as estratifica por grau de risco?
63. Há um cartão de identificação das gestantes e crianças menores de dois anos com um número único, articulado com a identificação da família e do território sanitário?
64. Há um prontuário familiar único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da RMI?
65. A equipe da APS agenda diariamente as consultas de pré-natal de alto risco na atenção ambulatorial secundária?
66. A equipe da APS agenda diariamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?
67. Há carteira da gestante no município?
68. A carteira da gestante é utilizada rotineiramente?
69. Há carteira da criança no município?
70. A carteira da criança é utilizada rotineiramente?
71. Há um sistema de atendimento às urgências e às emergências obstétricas?
72. Há um sistema de transporte eletivo em saúde integrado de gestante e crianças menores de dois anos com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?
73. O SAMU transporta gestante e crianças em situação de urgência e emergência?
74. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?

SISTEMA DE GOVERNANÇA

75. Existe uma estrutura organizacional de governança da RMI?
76. A RMI tem um plano estratégico (mapa estratégico)?
77. O plano estratégico contempla um plano operativo da RMI de curto, médio e longo prazo?
78. A missão, a visão, e os valores da RMI são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?

79. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RMI?
80. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?
81. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção primária?
82. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção secundária?
83. Há um sistema de acreditação em saúde da RMI na atenção terciária?
84. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?
85. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RMI e contém incentivos para o alcance desses objetivos?
86. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RMI?
87. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RMI?
88. A RMI conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?

MODELO DE ATENÇÃO

89. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção à saúde?
90. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções em saúde?
91. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?
92. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas gestantes usuárias da RMI?
93. A RMI contempla ações de autocuidado apoiadas por educação em saúde?
94. A RMI dispõe de diretriz/linha guia para as condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos?
95. A diretriz/linha guia da RMI é comunicada adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?
96. Essa diretriz/linha guia organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
97. Essa diretriz/linha guia estratifica por riscos as gestantes e crianças menores de dois anos com uma condição de saúde estabelecida?
98. No município existe uma programação do cuidado com o planejamento quantitativo por gestante e crianças menores de dois anos?
99. A diretriz/linha guia da RMI é revisada periodicamente?
100. Essa diretriz/linha guia é complementada por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
101. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde voltadas para os determinantes sociais de saúde de gestantes e crianças menores de dois anos?
102. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para gestantes e crianças menores de dois anos relacionados com fatores de risco proximais, comportamento e estilo de vida?
103. Há um plano de cuidado definido para cada gestante e criança menor de dois anos?
104. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?
105. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base na diretriz/linha guia ou protocolos?
106. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base na diretriz/linha guia da RMI e protocolos?
107. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?
108. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base na diretriz/linha guia e nos protocolos clínicos?
109. Os comitês fazem uma investigação rotineira dos óbitos infantis e maternos?
110. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?
111. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para gestantes e crianças menores de dois anos com condições de saúde muito complexas?
112. A diretriz/linha guia da RMI define as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão do caso?
113. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?

Quadro 2: Interpretação do resultado da avaliação do Iarami conforme o valor do escore.

0 a 169	Incapacidade para a operação da rede de atenção à saúde materno-infantil: sistema fragmentado
170 a 212	Capacidade básica para operar a rede de atenção à saúde materno-infantil: rede de atenção incipiente
213 a 245	Capacidade razoavelmente boa para operar a rede de atenção à saúde materno-infantil: rede de atenção avançada
246 a 339	Capacidade ótima para operar a rede de atenção à saúde materno-infantil: rede integrada de atenção

Discussão

Os resultados deste estudo indicaram que o Iarami apresenta consistência interna, confiabilidade e validade. Isso demonstra que o instrumento é adequado para medir o constructo pretendido, definido como o perfil de organização da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil.

A avaliação inicial da consistência interna do instrumento resultou em um coeficiente alfa de 0,98. O valor mínimo aceitável para instrumentos desse tipo é 0,7^{13,14} e este foi o parâmetro utilizado neste estudo. Mesmo após a remoção de questões fortemente correlacionadas, o valor de alfa permaneceu alto (0,97), demonstrando consistência interna e confiabilidade.

A análise da dimensionalidade do instrumento demonstrou não ser adequada sua utilização por dimensões. O agrupamento das questões por elementos da estrutura operacional de redes de atenção, da forma proposta no instrumento-base⁹, demonstrou serem apenas dimensões teóricas, não caracterizando subescalas no Iarami. Portanto, a utilização do instrumento deve compreender a avaliação integral dos componentes da rede. A avaliação da estrutura operacional de redes de atenção à saúde materno-infantil é pouco explorada na literatura. Estudos avaliativos, em sua maioria, apresentam avaliações de impacto de programas ou avaliação de um ponto de atenção^{16,17,18,19,20,21,22,23,24,25}, não contemplando a avaliação da rede como um todo, seus elementos constitutivos, componentes e sua complexidade. Isso torna o

larami uma ferramenta importante como recurso para a gestão e o monitoramento de redes de atenção.

Discutindo processos avaliativos e de monitoramento de redes de atenção à saúde materno-infantil, dois estudos destacam a necessidade de um sistema de informação local e inquéritos populacionais como fontes de informação.^{26,27} Isso requer maior organização dos serviços de saúde na coleta de dados e manutenção do sistema de informação atualizado, podendo apresentar inviabilidade em alguns contextos. Um instrumento como o larami, centrado na avaliação realizada por gestores e trabalhadores da saúde, pode facilitar processos avaliativos sistemáticos. Apesar de longo, o instrumento é de fácil aplicação e análise de resultados. O larami manteve as instruções e o método de mensuração de modo similar ao instrumento-base proposto por Mendes⁹ por apresentar-se adequado e de fácil entendimento. Dessa forma, o instrumento favorece a avaliação do perfil de estruturação e integração da rede de atenção à saúde no processo de gestão, permitindo estabelecer planos de intervenção que tenham como objetivo organizar e ajustar os pontos da rede de serviços no sentido de superar sua fragmentação e qualificar a atenção.

Este estudo apresenta algumas limitações. Não foi possível a verificação da reprodutibilidade do instrumento. Isso se deu pela dificuldade na obtenção das respostas dos gestores, inviabilizando a reaplicação do instrumento no intervalo previsto de 1 a 2 semanas.²⁸ Apesar disso, a satisfatória taxa de resposta possibilitou um adequado processo de validação de constructo do instrumento, respondendo ao objetivo proposto pelo estudo.

Na perspectiva de aperfeiçoar o instrumento, reforça-se a necessidade de estudos complementares com a análise de outros parâmetros de validade.

Conclusão

A validação de construto do Instrumento de Avaliação de Rede de Atenção Materno-infantil (larami) demonstrou que ele possui consistência interna e confiabilidade e validade para sua aplicação no contexto proposto.

Referências

1. Nações Unidas. Global Sustainable Development Report [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20\(final\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20(final).pdf)
2. Victora CG, Aquino EM, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780): 1863-76.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2011 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php.
4. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010.
5. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas em la atención primaria. Washington, DC: OPS; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2.ed. Campinas, SP: Saberes; 2013. p. 22-34.
8. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(5): 2307-2316.
9. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde, 2016*. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2016.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet] 2010. [acesso em 2017 out 10]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>

12. Fernandes LMAG. Validação de instrumento para avaliação de satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal QASSaB [tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco – UPE; 2002.
13. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS-2. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
15. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: The Guilford Press; 2006.
16. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. Rev Saúde Pública. 2014; 48(4): 682-91.
17. Taleb F, Perkins J, Ali NA, Capello C, Ali M, Santarelli C, Hoque DME. Transforming maternal and newborn health social norms and practices to increase utilization of health services in rural Bangladesh: a qualitative review. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15: 75.
18. Yelland J, Riggs E, Szwarc J, Casey S, Dawson W, Vanpraag D, et al. Bridging the gap: using an interrupted time series design to evaluate systems reform addressing refugee maternal and child health inequalities. Implement Sci. 2015; 10: 62.
19. Ahmed S, Hossain A, Khan MA, Mridha MK, Alam A, Choudhury N. Using formative research to develop MNCH programme in urban slums in Bangladesh: experiences from MANOSHI, BRAC. BMC Public Health 2010; 10: 663.
20. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch MJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. Lancet. 2011; 377: 1421–28.
21. Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Populations at risk across the lifespan: program evaluations. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. Public Health Nurs. 2012; 29(3): 218-31.
22. Singh K, Akoto IO, Otchere F, Tettey SS, Barrington C, Huang C, et al. Ghana's National Health insurance scheme and maternal and child health: a mixed methods study Singh et al. BMC Health Serv Res. 2015; 15:108.

23. Thomas SD, Hudgins JL, Sutherland DE, Ange BL, Mobley SC. Perinatal Program Evaluations: methods, impacts, and future goals. *Matern Child Health J.* 2015; 19: 1440-6.
24. Holmes HA, Magoma M, John T, Levira F, Msemo G, Armstrong CE, et al. Tanzania's Countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015. *Lancet.* 2015; 3: 396-409.
25. Zadoroznyj M. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health Soc Care Community.* 2015; 1: 35-44.
26. Alidina S, Jordan M. The challenges of evaluating health systems networks: lessons learned from an early evaluation of the Child Health Network for the Greater Toronto Area. *Healthc Manage Forum.* 2007; 20(2): 22-7.
27. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. *Rev Esp Saúde.* 2014; 15(1): 77-86.
28. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, Van Der Windt Dawm, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2006; 60: 34-42.

ARTIGO 3

ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NA REDE MÃE PARANAENSE

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de análise sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense em 99 municípios no estado do Paraná. Para avaliação do perfil da Rede Mãe Paranaense foi utilizado um instrumento em validação. Os gestores participantes da pesquisa responderam a um questionário composto por questões relativas aos componentes da rede de atenção. Nesta pesquisa foram analisadas duas perguntas desse questionário sobre a atenção secundária em saúde bucal. A organização da atenção

secundária em saúde bucal foi identificada na maioria dos municípios avaliados 80, porém, há falta de integração entre os serviços de atenção secundária e a atenção primária. Dos municípios avaliados, apenas 13 apresentaram ótima integração entre esses pontos de atenção. Essa integração se faz necessária para que a organização da atenção em rede possibilite a ampliação da resolutividade e qualidade do cuidado em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense.

Palavras-chave: saúde bucal, atenção à saúde, gestante.

Abstract

This article presents the results of analysis on the existence and integration of secondary care services in oral health in the Mãe Paranaense Network in 99 municipalities in the state of Paraná. To evaluate the profile of the Mãe Paranaense Network, a instrument in validation was used. Municipal managers participating in the survey answered a questionnaire composed of questions related to the components of the care network. In this research, two questions were analyzed about secondary care in oral health. The organization of secondary care in oral health was identified in most municipalities evaluated 80, but there is a lack of integration between secondary care services and primary care. Of the municipalities evaluated, only 13 presented a good integration between these points of attention. The integration is necessary so that the organization of care in network improves the resolutiveness and quality of oral health care in the Mãe Paranaense Network.

Keywords: oral health, health care, pregnant women.

Introdução

A qualificação da atenção à saúde materno-infantil e a organização de serviços de saúde efetivos voltados para esses grupos populacionais têm sido priorizadas nas políticas de saúde, tanto no âmbito nacional como internacional.^{1,2}

Essa preocupação global se apoia nas evidências de que os cuidados em saúde, juntamente com outros fatores biológicos e sociocomportamentais, definem o perfil de risco e de saúde de gestantes.³ Além disso, as evidências também

demonstram que os cuidados nos primeiros anos da criança, desde sua concepção, irão impactar na sua saúde ao longo da vida.⁴

Iniquidades e o aumento de vulnerabilidades em saúde bucal de gestantes podem estar associados a uma série de fatores, incluindo alterações biológicas, comportamentais e relacionais, além do acesso e utilização de serviços de saúde bucal que atenda às suas necessidades.^{5,6,7} As associações encontradas na literatura entre a condição de saúde bucal da gestante e seu impacto sobre a saúde da criança corroboram a importância do cuidado integral com qualidade.^{8,9} Essa integralidade é obtida com a organização dos serviços de atenção à saúde materno-infantil em redes de atenção à saúde.¹⁰

Redes de Atenção à Saúde

As redes de atenção à saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.¹⁰ A operacionalização das RAS depende da interação entre o perfil da população atendida, um sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção à saúde mais adequado para responder ao perfil de necessidades da população atendida, e a estrutura operacional, que compreende a organização da atenção primária, secundária e terciária de acordo com a complexidade da atenção, sistemas de apoio, logístico e de governança.¹¹

Organizar o sistema de saúde em redes significa, na prática, garantir a integralidade na atenção. Nos sistemas integrados, a atenção se organiza por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, a partir da atenção primária, prestando uma atenção contínua e resolutiva.¹² Além disso, é fundamental que haja a integração de todos os elementos de uma rede com base em regras organizativas, mas sem perda de independência e autonomia.^{13,14}

A integração dos serviços em redes tem como finalidade a melhoria na eficiência e na racionalidade dos serviços e ainda deve melhorar o acesso e a expansão dos serviços, produzir economia, evitar a repetição de exames e procedimentos e ser humana, qualitativa e eficaz.¹⁴ A integralidade pressupõe a integração de serviços por meio de redes assistenciais, pois nenhum ponto dessa

rede possui os recursos e as competências necessárias para a resolução de todos os problemas em saúde. É necessário, portanto, desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação que respondam às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. É por meio de um “sistema sem muros”, que vise à otimização de recursos e à ampliação das oportunidades de cuidados adequados, que se obterá a integralidade.¹³

Rede de Atenção à Saúde Bucal

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal destacam a importância de assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal¹⁵, por meio do desenvolvimento de mecanismos para a integração dos serviços odontológicos. Dentre esses mecanismos, a oferta suficiente de serviços especializados, a implantação de centrais de marcação de consultas, o controle e monitoramento das filas de espera, o uso de protocolos de atenção e instrumentos de referência e contrarreferência, o respeito ao fluxo de encaminhamentos e o investimento em tecnologias da informação são condições essenciais para a formação e gestão da rede de atenção em saúde bucal¹⁶.

A atenção secundária à saúde bucal no estado do Paraná tem como pontos de atenção os Centros de Especialidades Odontológicas, além do Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (Craid), para pacientes com deficiência, e do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatino (Caif), para pacientes portadores de fissura palatina¹⁷.

Os Centros de Especialidades Odontológicas são pontos de atenção secundária da rede de atenção à saúde bucal, funcionando como um sistema de referência regulado, com base territorial estabelecida, completando as ações de saúde bucal realizadas pela atenção primária, respeitando o princípio da integralidade do atendimento. A referência aos CEOs é feita pelas equipes da atenção primária, onde são respeitados os fluxos de encaminhamento¹⁷.

Ao final dos procedimentos especializados, o usuário deve ser encaminhado à atenção primária, num sistema de contrarreferência organizado, com definição de um plano de cuidado para seu acompanhamento. Cabe aos CEOs realizar, também, ações de apoio na atenção primária, no âmbito regional e macrorregional, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Rede¹⁷.

Os 50 CEOs no Paraná realizam atividades clínicas de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, periodontia e atendimento a pessoas com deficiência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde ¹⁵.

Rede Mãe Paranaense

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná definiu, nos seus Planos de Governo para a Saúde 2011-2014 e 2015-2018, a Rede Mãe Paranaense como uma rede prioritária. A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida, visando à redução da mortalidade infantil. Propõe um conjunto de ações de cuidado da gestante e das crianças, incluindo o cuidado em saúde bucal.¹⁸

A atenção em saúde às gestantes e crianças é realizada, em sua maioria, na atenção primária. Os cuidados com a saúde bucal da gestante devem iniciar o mais precocemente possível, com ênfase no seu cuidado pessoal e no controle dos fatores de risco. Nas consultas de pré-natal odontológico, a gestante deve receber orientações sobre o controle das doenças bucais, como instrução de higiene bucal e orientações sobre dieta.¹⁷ Quanto à atenção à saúde bucal da criança, na consulta de puericultura odontológica devem ser dadas orientações sobre aleitamento e amamentação, cárie da primeira infância, limpeza da boca e dos dentes, alterações de desenvolvimento, erupção dos dentes, chupeta e hábitos viciosos e uso de fluoretos.¹⁸ As gestantes e crianças até um ano que necessitem de uma atenção especializada poderão ser encaminhadas à atenção secundária nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de referência.¹⁷

A atenção em saúde bucal resolutiva dessas gestantes e crianças requer a organização dos serviços em redes de atenção à saúde. Avaliar a organização dessa rede de atenção é essencial para a boa gestão dos serviços. A avaliação da Rede Mãe Paranaense, realizada em 2014 em municípios de diferentes portes populacionais no Paraná, possibilitou identificar a organização da atenção secundária em saúde bucal oferecida a partir desse modelo de estruturação de serviços.

O objetivo deste estudo foi identificar a existência de serviços de atenção secundária em saúde bucal e sua integração com a atenção primária na Rede Mãe Paranaense em 136 municípios de diferentes portes populacionais no estado do Paraná.

Material e método

Foram convidados a participar deste estudo 136 municípios do estado do Paraná, selecionados por meio de uma amostragem estratificada proporcional, considerando critérios como a distribuição dos municípios nas macrorregionais, nporte populacional (pequeno, médio e grande)²⁰, tipo de gestão (municipal ou estadual)²¹ e tamanho da população.²⁰ O cálculo do tamanho da amostra foi feito para cada uma das macrorregionais, admitindo erro amostral de no máximo de 6,8%, sendo que em cada macrorregião os municípios foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho.

Para avaliação do perfil da Rede Mãe Paranaense foi utilizado a Instrumento de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil (Iarami), adequado e validado para avaliação dessa rede. O instrumento foi disponibilizado em uma plataforma on-line e enviado por e-mail aos gestores municipais (secretários municipais de saúde ou pessoa indicada com conhecimento sobre a organização e funcionamento da Rede Mãe Paranaense).

O instrumento era composto por 131 perguntas que abordavam a existência e integração dos componentes da rede de atenção à saúde, incluindo a população, atenção primária à saúde, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e o modelo de atenção à saúde. Para cada pergunta, os respondentes assinalaram 0 para indicar a não existência do que foi perguntado, 1 para a existência com funcionamento básico ou incipiente, 2 para a existência com funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente, e 3 para a existência com operação de forma ótima. Os dados foram tabulados e organizados de modo a possibilitar a análise das pontuações para cada pergunta.

Nesta pesquisa foram analisadas as duas perguntas sobre saúde bucal desse questionário: “*Há serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal*”? e “*Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para*

os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a atenção primária à saúde”?

As informações foram analisadas por meio de distribuição de frequências.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição vinculada através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18587013.0.0000.0020/ parecer 459.400.

Resultados

Participaram da pesquisa 99 municípios do estado do Paraná, sendo a taxa de resposta considerada adequada (72,8%). As análises deste estudo tiveram o propósito de identificar a existência dos serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal de gestantes na Rede Mãe Paranaense e se esses serviços especializados operavam de forma integrada com a atenção primária em saúde. A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências de respostas.

TABELA 1: Distribuição de frequências de respostas sobre a existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal para gestantes em municípios do Paraná, 2014.

	n
<i>Há serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal?</i>	
Não há serviços especializados	19
Há serviços especializados com funcionamento básico ou incipiente	22
Há serviços especializados com funcionamento razoavelmente bom, mas que são insuficientes	33
Há serviços especializados em operação de forma ótima	25
<i>Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a atenção primária à saúde?</i>	
Sem integração	25
Integração é incipiente	30
Integração existe, mas de forma insuficiente	31
Operação ótima, integrada	13
TOTAL	99

Do total de municípios avaliados, 80 relataram disponibilizar serviços de atenção secundária em saúde bucal para gestantes e crianças. Entretanto, apenas 25 caracterizaram esses serviços como tendo operação ótima, sendo que mais da metade (55) os consideravam básicos (incipientes) ou insuficientes para responder

às demandas dessa população. Ainda, 19 dos participantes assinalaram não existirem serviços especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal para atendimento das mães e crianças vinculadas à Rede Mãe Paranaense.

Dentre os municípios avaliados, apenas 13 relataram que os serviços de atenção secundária operavam de forma ótima, integrados à atenção primária em saúde. A falta de integração desses níveis de atenção foi informada por 86 dos municípios.

Discussão

Os resultados apresentados nesta pesquisa são preocupantes, haja vista que a atenção secundária de saúde bucal realizada nos CEOs atende gestantes com problemas odontológicos mais complexos, como infecções pulpares e periodontais, condições que podem comprometer a qualidade do parto e de uma gestação saudável, pela exacerbação de respostas inflamatórias, dor e estresse.

Embora ainda haja evidência considerada frágil que comprove a associação entre parto prematuro e crianças com baixo peso ao nascer relacionados com as doenças gengivais na gestante²², estudos recentes têm apontado para associações entre a doença periodontal em gestantes como um possível fator de risco à criança.^{23,24,25,26,27} A atenção adequada à saúde bucal da gestante, com a garantia da atenção especializada em periodontia, poderia, portanto, diminuir o risco de complicações na gravidez e proporcionar uma gestação saudável.

Foi observada pouca integração da atenção primária de saúde com a atenção secundária em alguns municípios. A atenção primária é responsável pela resolubilidade de 85% dos agravos em saúde.²⁸ É nesse ponto de atenção que são desenvolvidas as ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais, como cárie dentária e doença periodontal, e reabilitação do paciente. Já os casos de maior complexidade são encaminhados para a atenção secundária. Uma atenção primária resolutiva deve reduzir a demanda por consultas especializadas. Com isso, os profissionais que trabalham na atenção secundária teriam maior disponibilidade para atender pacientes que realmente precisam de tratamento especializado.²⁹

Evidências científicas mostram a importância da integração entre a atenção primária e a atenção especializada. Uma avaliação de 72 sistemas de saúde aponta

que, onde existe alguma forma de integração entre esses dois níveis de atenção à saúde, os resultados são mais positivos e os usuários se apresentam mais satisfeitos.³¹ Além disso, um ensaio randomizado verificou que a integração entre a atenção primária e especializada à saúde reduziu o uso de serviços especializados.³¹ E ainda, uma análise de 14 revisões sistemáticas e 29 ensaios randomizados encontrou evidências de que as redes de atenção à saúde melhoraram os resultados clínicos.³² Quando não há uma boa integração, a atenção em saúde fica prejudicada.

Estudo de avaliação da oferta e utilização de serviços públicos de atenção odontológica secundária aponta que existem dificuldades na integração entre a atenção primária à saúde e a atenção secundária.³³ Essa dificuldade é atribuída tanto à indicação inadequada por parte do profissional da atenção básica quanto à falta de preparação do paciente para seu encaminhamento ao CEO, que deve ser realizada na atenção primária. Além disso, é necessária a contrarreferência do paciente para o acompanhamento na atenção primária e preservação do caso. Chaves et al.³³ consideram a interface da atenção primária com a atenção secundária uma das questões mais críticas na coordenação da atenção em saúde bucal. Para Morris e Burke³⁴, uma interface ideal seria descrita por meio de critérios de equidade, de integralidade no cuidado e de eficiência e eficácia que garantam que todos que necessitem de referência para a atenção secundária tenham o acesso garantido, com fluxo facilitado e com mecanismos de triagem adequados.³⁴

Inúmeros fatores que podem interferir no padrão de referência entre a atenção primária e secundária são identificados na literatura. Dentre eles, destacam-se: nível de necessidade ou desejo do usuário em receber o cuidado, tempo de espera, orientação clínica por meio de protocolos, formação e qualificação profissional, presença de protocolos gerenciais para referência e contrarreferência e localização geográfica, ou seja, distância entre a atenção primária e secundária.^{34,36,37,38}

O profissional da atenção primária que atua como coordenador e ordenador da rede de saúde bucal desempenha, entre outras, a função de agente de triagem, identificando os pacientes a serem encaminhados para a atenção especializada. Ele deve também promover a referência para a atenção secundária e controlar a demanda imprópria³⁴, além de acompanhar o usuário durante todo o processo até seu retorno à atenção primária. Entretanto, é comum o encaminhamento de pacientes para a atenção secundária com pouca ou até mesmo nenhuma

informação clínica, tornando, assim, os dados insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva na atenção secundária.²⁹

Este estudo se propôs a identificar a existência da atenção secundária e a sua integração com a atenção primária na Rede Mãe Paranaense. Porém, a existência de um Centro de Especialidades Odontológicas em determinado município não garante o acesso à atenção secundária em saúde bucal às gestantes e crianças. Algumas variáveis, como priorização dessas gestantes, tempo de espera, demanda ao serviço, horários de atendimento e localização geográfica irão determinar a acessibilidade, atributo dos serviços que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e recebam a atenção à saúde.²⁹

Conclusão

A atenção secundária em saúde bucal se mostrou presente em grande parte dos municípios avaliados, porém esse resultado pode estar sendo comprometido pela falta de integração da atenção primária com a atenção secundária à saúde.

A integração da atenção à saúde bucal para gestantes e crianças deve ser organizada em redes de atenção integrada para garantir a otimização da atenção em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
2. Nações Unidas. Global Sustainable Development Report [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20\(final\).pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2328Global%20Sustainable%20development%20report%202016%20(final).pdf)
3. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. Cienc Saude Colet. 2013; 18(4): 1161-71.
4. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet. 2011; 377(9780): 1863-1876.

5. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42(2): 151-9.
6. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontol 2000.* 2013; 61(1): 160-176.
7. Ruiz RS, Lacavex A, Pierdant, P, et al. Colonization levels of streptococcus mutans between mother and infant colonization levels of streptococcus mutans between mother and infant: a postnatal prospective cohort study. *J Clin Pediatr Dent.* 2014; 38: 197–200.
8. Virtanen JI, Vehkalahti KI, Vehkalahti MM. Oral health behaviors and bacterial transmission from mother to child: an explorative study. *BMC Oral Health.* 2015; 15: 75.
9. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, organizadores. *Odontologia para gestante: guia profissional de saúde.* Araçatuba, SP: Unesp; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
11. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS.* Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
13. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. A integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 331-6.
14. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(3): 1671-80.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica.* 2010; 26(2): 286-98.

17. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha guia de saúde bucal. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2014.
18. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha guia da Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2012.
19. Walter LRF, Lemos LVFM, Myaki SI, Zuanon ACC. Manual de odontologia para bebês. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
20. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet] 2010. [acesso em 2017 out 10]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>
21. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde,2016. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2016.
22. Ihezor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glennly AM. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 12: 6.
23. Cruz SS, Costa MCNC, Gomes ISF, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2005; 39(5): 782-7.
24. Trentin MS, Scortegagna AS, Dal'belo MS, Bittencourt ME, Linden MSS, Viero R, Schrötter P, Fernandes LFT. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. Rev Faculdade de Odontologia. 2007; 12(1): 47-51.
25. Lopes FF, Lima LL, Rodrigues MCA, Cruz MCFN, Oliveira AEF. Alves CMC. A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(7): 382-6.
26. Zanatta FB, Machado E, Zanatta GB, Fiorini T. Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais. Arq Cat Med. 2007; 36(1): 96-102.
27. Ribeiro CM. Relação entre doença periodontal em gestantes com parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. Rev Saúde Desenvol. 2013; 14(2): 142-59.
28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

29. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE et al., organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 125-134.
30. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*. 1999; 7(3): 56-66.
31. Malcom L, Wright L, Carson L. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *New Zealand Med J*. 2000; 113: 514-7.
32. Singh K, Akoto IO, Otchere F, Tettey SS, Barrington C, Huang C, et al. Ghana's National Health insurance scheme and maternal and child health: a mixed methods study Singh et al. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:108.
33. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(1): 143-154.
34. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J*. 2001; 191: 660-70.
35. Figueiredo N, Silveira FMM, Neves JC, Magalhães BG, Goes PSA. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 195-209.
36. Coulthard P, Kazakou I, Koron R, Worthington HV. Referral patterns and the referral system for oral surgery care. Part 1: general dental practitioner referral patterns. *Br Dent J*. 2000; 188: 142-5.
37. Schwartz B. The evolving relationship between specialists and general dentists: practical and ethical challenges. *J Am Coll Dent*. 2007; 74(1): 22-6.
38. Sharpe G, Durham JA, Preshaw PM. Attitudes regarding specialist referrals in periodontics. *Br Dent J*. 2007; 202(4): 218-9.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta a validação do Instrumento de Avaliação de Rede de Atenção Materno-infantil (Iarami) e a análise da existência e integração de serviços de atenção secundária em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense, em 99 municípios do estado do Paraná.

A validação de face realizada pela técnica e-Delphi de consenso modificada foi adequada ao objetivo proposto, pois possibilitou a adaptação do instrumento-base para o contexto da rede de atenção à saúde materno-infantil. E a validação de constructo demonstrou que o Iarami apresenta consistência interna, confiabilidade e validade para ser utilizado na avaliação das redes de atenção materno-infantil. O Iarami não apresentou dimensionalidade e, portanto, não é adequada sua utilização por dimensões, exigindo avaliação integral dos componentes da rede.

Considerando que, na literatura, não havia um instrumento adequado e validado para avaliar as redes de atenção materno-infantil, este estudo demonstrou a possibilidade de utilização do Iarami para auxiliar gestores e trabalhadores da saúde no planejamento, gestão e avaliação do grau de integração a rede de atenção materno-infantil.

Este estudo evidencia potencialidades e limitações. Como limitação, destaca-se a impossibilidade de verificar a reprodutibilidade do instrumento pela dificuldade de resposta na sua aplicação, inviabilizando uma nova aplicação. Como potencialidade, destaca-se o rigor metodológico, o que demonstra a validade do instrumento.

A atenção secundária em saúde bucal se mostrou presente em grande parte dos municípios avaliados. Porém, esse resultado pode estar sendo comprometido pela falta de integração da atenção primária com a atenção secundária à saúde. A atenção à saúde bucal para gestantes e crianças deve ser organizada em redes de atenção integradas para garantir a otimização da atenção em saúde bucal na Rede Mãe Paranaense.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha (2011). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 10 out. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Colet, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

Goes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 390-393.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Cien Saúde Colet, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Ministério de Saúde da Grã Bretanha. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, DC: Opas/OMS, 1964.

Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha guia da Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2012.

Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva SF (org.). Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2013. p. 22-34.

ANEXOS

ANEXO 1

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
MATERNO-INFANTIL (IARAMI) – VERSÃO FINAL**

POPULAÇÃO

1. HÁ UMA POPULAÇÃO CLARAMENTE DEFINIDA SOB RESPONSABILIDADE DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL (RMI)?
2. HÁ UMA CLARA DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DESTA POPULAÇÃO QUE COMPREENDE GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
3. A ESTRUTURA OPERACIONAL DA RMI É FORMATADA EM FUNÇÃO DESSAS NECESSIDADES?
4. HÁ UM PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA RMI?
5. A RMI ESTÁ INSERIDA NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO?
6. NA RMI ESTÃO IDENTIFICADOS OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS COM ESCALA ADEQUADA PARA A OFERTA DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE TERCIÁRIOS?
7. A POPULAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA RMI ESTÁ ADSCRITA A UMA UNIDADE DE APS OU A UMA EQUIPE DA ESF?
8. AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS ESTÃO CADASTRADAS NA APS POR UNIDADE FAMILIAR?
9. AS UNIDADES FAMILIARES ESTÃO CLASSIFICADAS POR RISCOS SOCIAIS?
10. A POPULAÇÃO ESTÁ SUBDIVIDIDA POR FATORES DE RISCO PROXIMAIS, AQUELES RELACIONADOS A COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA INDIVIDUAIS?

ATENÇÃO PRIMÁRIA

11. A EQUIPE DA APS TEM CLARO O SEU PAPEL DE RESPONSABILIZAÇÃO PELAS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO?
12. NA APS HÁ UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, ONDE CADA MEMBRO POSSUI RESPONSABILIDADES CLARAS NO CUIDADO DAS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
13. ESSAS RESPONSABILIDADES SÃO ORIENTADAS PELA DIRETRIZ/LINHA GUIA DA RMI?
14. A APS É A PORTA DE ENTRADA PARA A RMI?
15. AS RELAÇÕES ENTRE APS E OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO ESTÃO CLARAMENTE DEFINIDOS?
16. A APS OPERA COM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SUFICIENTES PARA REGISTRAR E DISPONIBILIZAR INFORMAÇÕES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E GERENCIAIS, RELATIVAS ÀS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS (EX: CARTEIRA DA GESTANTE, CARTÃO DA CRIANÇA, SIAB, SISPRE-NATAL, ETC)?
17. HÁ UMA BOA INTERAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DA APS E DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTAS OU ORIENTAÇÕES ROTINEIRAS POR ESCRITO, POR CORREIO ELETRÔNICO OU SESSÕES CLÍNICAS CONJUNTAS)?
18. HÁ UM VÍNCULO ESTREITO E CONTÍNUO ENTRE AS EQUIPES DA APS, AS GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS?
19. A APS ESTÁ ADEQUADAMENTE ORGANIZADA PARA PRESTAR OS CUIDADOS ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E/OU OS EVENTOS DE AGUDIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SUA RESPONSABILIDADE, DE ACORDO COM UM SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E OS PROTOCOLOS CLÍNICOS?
20. A APS ESTÁ ADEQUADAMENTE ORGANIZADA PARA PRESTAR OS CUIDADOS ÀS GESTANTES E ÀS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, SEGUNDO A DIRETRIZ/ LINHA-GUIA DA RMI?
21. O PRONTUÁRIO CLÍNICO UTILIZADO DA APS ESTÁ ESTRUTURADO POR FAMÍLIA?
22. A APS REALIZA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, SEGUNDO A DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI?
23. A APS REALIZA O PLANO DE CUIDADO PARA CADA GESTANTE E CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS, CONFORME A DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI?
24. A APS MONITORA A ADESÃO AO PLANO DE CUIDADO DE CADA GESTANTE E CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS?
25. A APS VIABILIZA O ACESSO DA GESTANTE DE ALTO RISCO PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO), CONFORME DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI?
26. A APS VIABILIZA O ACESSO DA CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS DE ALTO RISCO PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA, CONFORME A DIRETRIZ/ LINHA-GUIA DA RMI?
27. A APS VINCULA A GESTANTE DE ACORDO COM O GRAU DE RISCO À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA, CONFORME PRECONIZA A DIRETRIZ/ LINHA-GUIA DA RMI?
28. AS EQUIPES DA APS MONITORAM O COMPARECIMENTO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO À ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA?
29. AS EQUIPES DE APS MONITORAM O COMPARECIMENTO DAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE ALTO RISCO À ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA?
30. AS EQUIPES DA APS ARTICULAM-SE ROTINEIRAMENTE COM ORGANIZAÇÕES COMUNITÁRIAS PARA A

MELHORIA DA ATENÇÃO À GESTANTE E CRIANÇA?

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

31. NO DESENHO DA RMI HÁ PARA CADA REGIÃO DE SAÚDE A DEFINIÇÃO E ARTICULAÇÃO DO(S) PONTO(S) DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA RESPONSÁVEL(IS) PELA ATENÇÃO ÀS GESTANTES E CRIANÇAS DE ALTO RISCO?
32. NO DESENHO DA RMI HÁ UMA PREOCUPAÇÃO COM PROCESSOS DE SUBSTITUIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRESTAR A ATENÇÃO CERTA NO LUGAR CERTO?
33. NO DESENHO DA RMI HÁ UM MOVIMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA ATRAVÉS DO REFORÇO DA APS? OU SEJA, O PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO DEVE SER NA APS?
34. NA RMI HÁ ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA EM SUFICIÊNCIA PARA AS GESTANTES DE ALTO RISCO E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE ALTO RISCO?
35. NA RMI HÁ ATENÇÃO HOSPITALAR EM SUFICIÊNCIA PARA AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, DE ACORDO COM O GRAU DE RISCO?
36. HÁ MATERNIDADE DE ALTO RISCO PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO?
37. A MATERNIDADE DE ALTO RISCO OPERA DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
38. HÁ MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES DE BAIXO RISCO?
39. A MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL OPERA DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
40. A GESTANTE VISITA A MATERNIDADE ONDE VAI PARIR, ANTES DO PARTO?
41. HÁ UMA CLARA DEFINIÇÃO DA VINCULAÇÃO DA GESTANTE ÀS MATERNIDADES SEGUNDO RISCO?
42. HÁ CASA DE APOIO À GESTANTE E À PUÉRPERA ESPECIALMENTE PARA GESTANTES DE ALTO RISCO?
43. A CASA DE APOIO À PUÉRPERA É ARTICULADA COM A MATERNIDADE DE ALTO RISCO?
44. HÁ SERVIÇOS HOSPITALARES DE ATENÇÃO TERCIÁRIA PARA OS CUIDADOS ÀS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
45. OS SERVIÇOS HOSPITALARES OPERAM DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
46. HÁ SERVIÇOS HOSPITALARES DE NÍVEL SECUNDÁRIO (MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL E UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA) PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES E AS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
47. OS SERVIÇOS HOSPITALARES DE NÍVEL SECUNDÁRIO (MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL E UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA) OPERAM DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
48. HÁ SERVIÇOS HOSPITALARES DE NÍVEL SECUNDÁRIO (MATERNIDADE DE ALTO RISCO E UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA) PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
49. OS SERVIÇOS HOSPITALARES DE NÍVEL SECUNDÁRIO (MATERNIDADE DE ALTO RISCO E UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA) OPERAM DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
50. HÁ SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS, DE NÍVEL SECUNDÁRIO, PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES E ÀS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
51. OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS, DE NÍVEL SECUNDÁRIO, PARA OS CUIDADOS ÀS GESTANTES E ÀS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS OPERAM DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
52. HÁ SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SECUNDÁRIO PARA OS CUIDADOS À SAÚDE BUCAL?
53. OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL SECUNDÁRIO PARA OS CUIDADOS À SAÚDE BUCAL OPERAM DE FORMA INTEGRADA COM A APS?
54. HÁ INSTRUMENTOS OPERACIONAIS EFICAZES DE CONTRARREFERÊNCIA PARA A APS (PLANO DE CUIDADO)?
55. EM CADA PONTO DE ATENÇÃO FOI ESTABELECIDO UMA MODELAGEM, OU SEJA, RELAÇÃO ENTRE ESTES PONTOS E A CARTEIRA DE SERVIÇOS, AS AÇÕES, OS PROTOCOLOS CLÍNICOS, OS RECURSOS HUMANOS, EXAMES E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO À GESTANTE E À CRIANÇA?

SISTEMA DE APOIO

56. O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CONTEMPLA A SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS FEITA A PARTIR DA DIRETRIZ/ LINHA GUIA OU PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
57. O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CONTEMPLA UMA PROGRAMAÇÃO FEITA A PARTIR DAS NECESSIDADES DAS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS ADSCRITAS A RMI?
58. O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CONTEMPLA A ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
59. HÁ UM SISTEMA ESTRUTURADO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS COM A CONCENTRAÇÃO DO PROCESSAMENTO E A DESCENTRALIZAÇÃO, PARA AS UNIDADES DE SAÚDE DA RMI, DA COLETA DAS AMOSTRAS?
60. HÁ PROTOCOLOS CLÍNICOS QUE ORIENTAM A INDICAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS, SUA COLETA, SEU FLUXO, SEU PROCESSAMENTO E A ANÁLISE DE SEUS RESULTADOS?

SISTEMA LOGÍSTICO

61. EXISTE UM REGISTRO DE BASE POPULACIONAL ÚNICO QUE INTEGRA AS INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E GERENCIAIS RELATIVAS ÀS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
62. HÁ UMA BASE DE DADOS ÚNICA QUE INCORPORA AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS E AS ESTRATIFICA POR GRAU DE RISCO?

63. HÁ UM CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM UM NÚMERO ÚNICO, ARTICULADO COM A IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA E DO TERRITÓRIO SANITÁRIO?
64. HÁ UM PRONTUÁRIO FAMILIAR ÚNICO QUE PODE SER ACESSADO NOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E NOS SISTEMAS DE APOIO DA RMI?
65. A EQUIPE DA APS AGENDA DIARIAMENTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA?
66. A EQUIPE DA APS AGENDA DIARIAMENTE ALGUNS EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS OU DE IMAGENS?
67. HÁ CARTEIRA DA GESTANTE NO MUNICÍPIO?
68. A CARTEIRA DA GESTANTE É UTILIZADA ROTINEIRAMENTE?
69. HÁ CARTEIRA DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO?
70. A CARTEIRA DA CRIANÇA É UTILIZADA ROTINEIRAMENTE?
71. HÁ UM SISTEMA DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E DAS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS?
72. HÁ UM SISTEMA DE TRANSPORTE ELETIVO EM SAÚDE INTEGRADO DE GESTANTE E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM ROTAS PRÉ-DEFINIDAS E COMUNICAÇÃO EM TEMPO REAL?
73. O SAMU TRANSPORTA GESTANTE E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
74. O SISTEMA TEM UM MÓDULO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS?

SISTEMA DE GOVERNANÇA

75. EXISTE UMA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE GOVERNANÇA DA RMI?
76. A RMI TEM UM PLANO ESTRATÉGICO (MAPA ESTRATÉGICO)?
77. O PLANO ESTRATÉGICO CONTEMPLA UM PLANO OPERATIVO DA RMI DE CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO?
78. A MISSÃO, A VISÃO, E OS VALORES DA RMI SÃO CLARAMENTE ESTABELECIDOS, CONHECIDOS E COMPARTILHADOS POR TODOS OS PARTICIPANTES?
79. HÁ UM SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA RMI?
80. ESSE SISTEMA CONTEMPLA A AVALIAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS?
81. HÁ UM SISTEMA DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE DA RMI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA?
82. HÁ UM SISTEMA DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE DA RMI NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA?
83. HÁ UM SISTEMA DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE DA RMI NA ATENÇÃO TERCIÁRIA?
84. HÁ UM SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS PRÓPRIOS (CONTRATOS INTERNOS) OU TERCEIRIZADOS (CONTRATOS EXTERNOS)?
85. ESSE SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO ESTÁ ALINHADO COM OS OBJETIVOS DA RMI E CONTÉM INCENTIVOS PARA O ALCANCE DESSES OBJETIVOS?
86. AS GERÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E DOS SISTEMAS DE APOIO CONHECEM E ADEREM AOS OBJETIVOS DA RMI?
87. OS INCENTIVOS FINANCEIROS ESTÃO ALINHADOS COM OS OBJETIVOS DA RMI?
88. A RMI CONTA COM MECANISMOS EFICAZES DE GESTÃO FINANCEIRA?

MODELO DE ATENÇÃO

89. HÁ UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE CLARAMENTE DEFINIDO E DE CONHECIMENTO GERAL NA APS E NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE?
90. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE ARTICULA SUBPOPULAÇÕES DE RISCO COM AS INTERVENÇÕES EM SAÚDE?
91. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PROPÕE MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE?
92. UTILIZAM-SE PLANOS DE AUTOCUIDADO FEITOS EM CONJUNTO PELA EQUIPE DE SAÚDE E PELAS GESTANTES USUÁRIAS DA RMI?
93. A RMI CONTEMPLA AÇÕES DE AUTOCUIDADO APOIADAS POR EDUCAÇÃO EM SAÚDE?
94. A RMI DISPÕE DE DIRETRIZ / LINHA GUIA PARA AS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
95. A DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI É COMUNICADA ADEQUADAMENTE AOS GESTORES E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?
96. ESSA DIRETRIZ / LINHA GUIA ORGANIZA OS FLUXOS E CONTRAFLUXOS DAS PESSOAS NA APS, NOS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS E NOS SISTEMAS DE APOIO?
97. ESSA DIRETRIZ / LINHA GUIA ESTRATIFICA POR RISCOS AS GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE ESTABELECIDADA?
98. NO MUNICÍPIO EXISTE UMA PROGRAMAÇÃO DO CUIDADO COM O PLANEJAMENTO QUANTITATIVO POR GESTANTE E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
99. A DIRETRIZ / LINHA GUIA DA RMI É REVISADA PERIODICAMENTE?
100. ESSA DIRETRIZ / LINHA GUIA É COMPLEMENTADA POR PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA UTILIZAÇÃO NOS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS E NOS SISTEMAS DE APOIO?
101. O MODELO DE ATENÇÃO INCLUI AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE DE GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS?
102. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INCLUI AÇÕES DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS RELACIONADOS COM FATORES DE RISCO PROXIMAIS, COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA?
103. HÁ UM PLANO DE CUIDADO DEFINIDO PARA CADA GESTANTE E CRIANÇA MENOR DE 2 ANOS?

- 104. ESSE PLANO DE CUIDADO É AVALIADO E REVISADO PERIODICAMENTE?**
- 105. A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ENVOLVE A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS COM BASE NA DIRETRIZ/ LINHA GUIA OU PROTOCOLOS?**
- 106. A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ENVOLVE UMA PROGRAMAÇÃO REALIZADA NA APS, NOS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS E NOS SISTEMAS DE APOIO COM BASE NA DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI E PROTOCOLOS?**
- 107. A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ENVOLVE UM CONTRATO DE GESTÃO COM AS EQUIPES PROFISSIONAIS COM BASE NA PROGRAMAÇÃO?**
- 108. A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ENVOLVE A AUDITORIA CLÍNICA REALIZADA COM BASE NA DIRETRIZ/LINHA GUIA E NOS PROTOCOLOS CLÍNICOS?**
- 109. OS COMITÊS FAZEM UMA INVESTIGAÇÃO ROTINEIRA DOS ÓBITOS INFANTIS E MATERNOS?**
- 110. ESSA AUDITORIA CLÍNICA É REALIZADA ROTINEIRAMENTE NA APS E NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS?**
- 111. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE UTILIZA A TECNOLOGIA DE GESTÃO DE CASO PARA GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM CONDIÇÕES DE SAÚDE MUITO COMPLEXAS?**
- 112. A DIRETRIZ/ LINHA GUIA DA RMI DEFINE AS SITUAÇÕES DE SAÚDE QUE DEVEM SER MANEJADAS PELA GESTÃO DO CASO?**
- 113. HÁ UM PLANO DE CUIDADO ELABORADO PARA CADA SUJEITO QUE ESTÁ ENVOLVIDO NA GESTÃO DE CASO?**

ANEXO 2

INSTRUMENTO-BASE

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Essa avaliação está orientada a prover aos gestores e aos profissionais de saúde um diagnóstico do estágio em que se encontram a(s) rede(s) de atenção à saúde e um sentido de mudança para melhorar a atenção à saúde nessa(s) rede(s). Ao final do questionário, um sistema de pontuação vai permitir verificar o estágio de desenvolvimento da(s) rede(s) de atenção à saúde: redes fragmentadas, redes em estágio inicial, redes em estágio avançado e redes integradas. Além disso, os resultados devem possibilitar a identificação de áreas críticas do desempenho da(s) rede(s) de atenção à saúde. A partir da identificação dessas áreas, deve ser instituído um programa de desenvolvimento institucional e clínico que permita fortalecer a(s) rede(s) e fazer com que ela(s) evolua(m) no sentido de rede(s) de atenção integrada.

Para cada questão responda com um valor que varie de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	
	3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RAS?	
	5. A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
TOTAL – População		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas usuárias e suas famílias?		
	24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?		
	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?		
	26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?		
	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?		
	28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?		
	29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?		
	30. As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?		
	31. As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?		
	32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?		
	33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?		
	TOTAL – Atenção Primária à Saúde		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	34. No desenho da RAS há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	
	35. No desenho da RAS considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
	36. No desenho da RAS considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	
	37. No desenho da RAS há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
	38. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar?	
	39. Há a oferta de hospitais/dia?	
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?	
	41. Há a oferta de internações domiciliares?	
	42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	43. Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?	
	44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
	45. No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	
	47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	
	48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
	49. Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	
	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Eles operam de forma integrada com a APS?	

OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E Terciários	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de APS?	
	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	68. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	69. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	71. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
	72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
	73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
	74. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
	75. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
	76. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
TOTAL – Atenção Secundária e Terciária		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
TOTAL – Sistemas de apoio		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	

OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	95. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
	96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	
	97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
	98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	
	99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
	100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
	101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
	103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
	105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
	106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
	107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
TOTAL – Sistemas logísticos		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?	
	109. Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
	110. A RAS tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
	111. A missão, a visão e os valores da RAS são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
	112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
	113. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	114. Há um sistema de acreditação da RAS?	
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
	116. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
	117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RAS?	
	118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
	119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RAS?	
	120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada)	
	121. A RAS conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
TOTAL – Sistema de governança		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
	123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
	125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
	126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	
	127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
	128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
	129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
	130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
	131. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
	132. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
	133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
	134. As RASs dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	135. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	
	136. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
	137. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
	138. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	139. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
	140. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
	141. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
	142. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	144. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	
	145. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
	146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
	147. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RAS?	
		148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?
	149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de saúde?	
	150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	
	151. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	
	152. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	
	153. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
	154. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	
	155. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	156. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
	157. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	
	158. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das pessoas usuárias das RASs com base nas linhas-guia?	
	159. Esse processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
	160. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
	161. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	
	162. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	
	163. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
	164. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
	165. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	
	166. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
	167. As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
	169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
	170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	
	171. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
	172. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?	
	173. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	
	174. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	
TOTAL – Modelo de atenção		

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL- Versão após validação de face (131 questões) aplicado nos municípios

População

1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da Rede Mãe Paranaense (RMP)?
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde desta população que compreende gestantes e crianças menores de um ano?
3. A estrutura operacional da RMP é formatada em função dessas necessidades?
4. Há um processo de territorialização da RMP?
5. A RMP está inserida no Plano Diretor de Regionalização?
6. Na RMP estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?
7. A população de responsabilidade da RMP está adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe da ESF?
8. As gestantes e crianças menores de um ano estão cadastradas na APS por unidade familiar?
9. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?
10. A população está subdividida por fatores de risco proximais, aqueles relacionados a comportamentos e estilos de vida individuais?

Atenção Primária à Saúde

11. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização pelas gestantes e crianças menores de 1 ano residentes no território?
12. Na APS há uma equipe multiprofissional, onde cada membro possui responsabilidades claras no cuidado das gestantes e crianças menores de um ano?
13. Essas responsabilidades são orientadas pela linha-guia da RMP?
14. A APS é a porta de entrada para a RMP?
15. As relações entre APS e os demais níveis de atenção estão claramente definidos?
16. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, relativas às

gestantes e crianças menores de um ano (ex: carteira da gestante, cartão da criança, Siab, Sis pre-natal, etc)?

17. Há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?

18. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS, as gestantes e suas famílias?

19. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou os eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?

20. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às gestantes e às crianças menores de um ano, segundo a linha-guia da RMP?

21. O prontuário clínico utilizado da APS está estruturado por família?

22. A APS realiza estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano, segundo a linha guia da RMP?

23. A APS realiza o plano de cuidado para cada gestante e criança menor de um ano, conforme a linha guia da RMP?

24. A APS monitora a adesão ao plano de cuidado de cada gestante e criança menor de um ano?

25. A APS viabiliza o acesso da gestante de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária (pré-natal de alto risco e intermediário), conforme linha-guia da RMP?

26. A APS viabiliza o acesso da criança menor de um ano de alto risco e intermediário para a atenção ambulatorial secundária, conforme linha-guia da RMP?

27. A APS vincula a gestante de acordo com o grau de risco à maternidade de referência, conforme preconiza a linha-guia da RMP?

28. As equipes da APS monitoram o comparecimento das gestantes de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial secundária?

29. As equipes de APS monitoram o comparecimento das crianças menores de um ano de alto risco e intermediário à atenção ambulatorial secundária?

30. As equipes da APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias para a melhoria da atenção à gestante e criança?

31. Os ACS estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes da APS e as organizações comunitárias?

Os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários

32. No desenho da RMP há para cada região de saúde a definição do(s) ponto (s) de atenção responsável(is) pela atenção ambulatorial secundária para atenção às gestantes e crianças de risco intermediário e alto risco?

33. No desenho da RMP há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e região, terciários e macrorregião)?

34. No desenho da RMP há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?

35. No desenho da RMP há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS? Ou seja, o pré natal de baixo risco e intermediário deve ser na APS?

36. Na RMP há atenção ambulatorial secundária em suficiência para as gestantes de alto risco e intermediário e crianças menores de 1 ano de alto risco?

37. Na RMP há atenção hospitalar em suficiência para as gestantes e crianças menores de 1 ano, de acordo com o grau de risco?

38. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?

39. A maternidade de alto risco opera de forma integrada com a APS?

40. Há maternidade de baixo risco para os cuidados às gestantes de baixo risco?

41. A maternidade de baixo risco opera de forma integrada com a APS?

42. Há maternidade de risco intermediário para os cuidados às gestantes de risco intermediário?

43. A maternidade de risco intermediário opera de forma integrada com a APS?

44. A gestante visita a maternidade onde vai parir, antes do parto?

45. Há uma clara definição da vinculação da gestante às maternidades segundo risco?

46. Há casa de apoio à gestante e à puérpera especialmente para gestantes de alto risco e intermediário?

47. A casa de apoio à puérpera é articulada com a maternidade de alto risco e intermediário?

48. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças menores de um ano?

49. Os serviços hospitalares operam de forma integrada com a APS?

50. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de 1 ano?

51. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?

52. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de 1 ano?

53. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco intermediário e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?

54. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às gestantes e crianças menores de 1 ano?

55. Os serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de alto risco e unidade de internação pediátrica) operam de forma integrada com a APS?

56. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de 1 ano?

57. Os serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às gestantes e às crianças menores de 1 ano operam de forma integrada com a APS?

58. Há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal?

59. Os serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados à saúde bucal operam de forma integrada com a APS?

60. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (plano de cuidado)?

61. Em cada ponto de atenção foi estabelecido as ações, os recursos humanos, exames e insumos necessários para a atenção a gestante e a criança?

62. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?

63. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?

64. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?

Os Sistemas de Apoio

65. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir da linha guia ou protocolos clínicos para as gestantes e crianças menores de 1 ano?

66. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades das gestantes e crianças menores de 1 ano adscritas a RMP?

67. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica para as gestantes e crianças menores de 1 ano?

68. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RMP, da coleta das amostras?

69. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?

Os Sistemas Logísticos

70. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais relativas às gestantes e crianças menores de 1 ano?

71. Há uma base de dados única que incorpora as gestantes e crianças menores de 1 ano e as estratifica por grau de risco?

72. Há um cartão de identificação das gestantes e crianças menores de 1 ano com um número único, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

73. Há um prontuário familiar único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da RMP?

74. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial secundária, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?

75. A equipe da APS agenda diariamente as consultas de pré-natal de alto risco e intermediário na atenção ambulatorial secundária?

76. A equipe da APS agenda diariamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?

77. Há carteira da gestante no município?

78. A carteira da gestante é preenchida pelos profissionais?

79. A carteira da gestante é utilizada rotineiramente?

80. Há carteira da criança no município?

81. A carteira da criança é preenchida pelos profissionais?

82. A carteira da criança é utilizada rotineiramente?

83. Há um sistema de atendimento às urgências e das emergências obstétricas?

84. Há um sistema de transporte eletivo em saúde integrado de gestante e crianças menores de 1 ano com rotas pré-definidas e comunicação em tempo real?

85. O SAMU transporta gestante e crianças em situação de urgência e emergência?

86. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?

O Sistema de Governança

87. Existe uma estrutura organizacional de governança da RMP? Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?

88. A RMP tem um plano estratégico(mapa estratégico)?

89. O Plano Estratégico contempla um plano operativo da RMP de curto, médio e longo prazo?

90. A missão, a visão, e os valores da RMP são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?

91. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RMP?

92. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?

93. Há um sistema de acreditação em saúde da RMP na atenção primária?

94. Há um sistema de acreditação em saúde da RMP na atenção secundária?

95. Há um sistema de acreditação em saúde da RMP na atenção terciária?

96. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?

97. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RMP e contém incentivos para o alcance desses objetivos?

98. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RMP?

99. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RMP?

100. A RMP conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?

O Modelo de Atenção à Saúde

101. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção à saúde?

102. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções em saúde?

103. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?

104. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?

105. As ações de autocuidado objetivam empoderar no autocuidado as gestantes usuárias da RMP?

106. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas gestantes usuárias da RMP?

107. A RMP dispõe de linha guia para as condições de saúde para gestantes e crianças menores de 1 ano?

108. A linha guia da RMP é comunicada adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?

109. Essa linha guia organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?

110. Essa linha guia estratifica por riscos as gestantes e crianças menores de 1 ano com uma condição de saúde estabelecida?

111. No município existe uma programação do cuidado com o planejamento quantitativo por gestante e crianças menores de 1 ano?

112. A linha guia da RMP é revisada periodicamente?

113. Essa linha guia é complementada por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?

114. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para gestantes e crianças menores de 1 ano?

115. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários de saúde, ou seja, `aqueles relacionados a condições de vida e de trabalho?

116. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para gestantes e crianças menores de 1 ano com fatores de risco proximais?

117. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro da RMP?

118. Há um plano de cuidado definido para cada gestante e criança menor de 1 ano?

119. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com a gestante, puérpera ou família?

120. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e a gestante, puérpera ou família?

121. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?

122. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base na linha guia ou protocolos?

123. Esse processo de educação permanente se dá de forma continuada ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?

124. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base na linha guia da RMP e protocolos?

125. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?

126. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base na linha guia e nos protocolos clínicos?

127. Os comitês fazem uma investigação rotineira dos óbitos infantis e maternos?

128. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?

129. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de *gestão de caso* para gestantes e crianças menores de 1 ano com condições de saúde muito complexas?

130. A linha guia da RMP define as situações de saúde que devem ser manejadas pela *gestão do caso*?

131. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na *gestão de caso*?

ANEXO 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, _____,
brasileiro(a), _____ anos de idade, estado civil _____, profissão _____,
endereço _____,
RG _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “Validação de Instrumento de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde e sua aplicação na Rede Mãe Paranaense”, cujos objetivos e justificativas são validar um instrumento que poderá avaliar o processo de implementação e organização da Rede Mãe Paranaense para apoiar a gestão voltada para a qualificação das práticas, ampliando seu impacto, resultados e a tomada de decisão baseada em evidências de efetividade sobre a condição materno infantil no Estado.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário de avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: aperfeiçoamento na tomada de decisão baseada em evidência, proporcionando atitudes assertivas no contexto da saúde. Além disso, a avaliação proporcionará um momento de reflexão nos participantes envolvidos nesse processo, existindo a possibilidade de mudança de práticas dentro do contexto de trabalho.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, receberei o questionário via correio eletrônico privado, todas as informações reveladas neste serão sigilosas e a folha de respostas codificada.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Prof. Dra. Simone Tetu Moyses – PUCPR e Mestre Carolina de Oliveira Azim – SESA e com eles poderei manter contato pelos telefones (41) 3271-1637.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas

conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

ANEXO 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção materno infantil na Rede Mãe Paranaense

Pesquisador: WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18587013.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

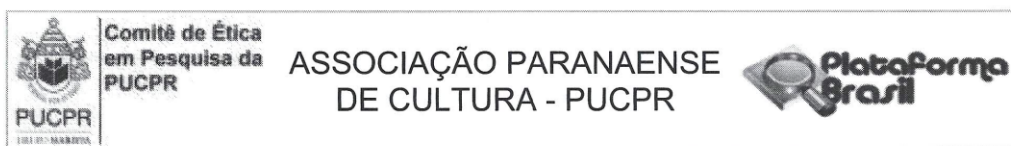
Número do Parecer: 459.400

Data da Relatoria: 13/11/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa proposta tem como objetivo avaliar a Rede Mãe Paranaense na sua estrutura e processos de implementação, bem como validar e aplicar um instrumento de avaliação da Rede e analisar a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços sobre o processo de implementação das ações nas quatro macrorregiões do Estado. O desenho da pesquisa avaliativa baseia-se em uma matriz de avaliação que contempla 4 dimensões: análise da qualidade do desenho de implementação da Rede, análise do contexto e estrutura da Rede nas 4 macrorregiões do Estado, análise de processos e análise de resultados. Na primeira fase da pesquisa será conduzida a validação de um instrumento de avaliação, incluindo procedimentos para validação de face e constructo. O instrumento validado será então aplicado em 136 municípios distribuídos nas 4 macrorregionais. A segunda fase da pesquisa envolve a sistematização, análise dos indicadores e da percepção dos sujeitos envolvidos no processo de implementação, por meio do desenvolvimento de 12 grupos focais. A disseminação dos resultados da pesquisa poderá apoiar outras experiências em diferentes contextos

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 459.400

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a Rede Mãe Paranaense, na sua estrutura e processo de implementação, com vistas a apoiar a gestão e a tomada de decisão baseada em evidências de efetividade dos impactos sobre a condição materno infantil no Estado.

Objetivo Secundário:

1. Validar um instrumento de avaliação da Rede Mãe Paranaense 2. Aplicar um instrumento de avaliação da Rede Mãe Paranaense 3. Sistematizar o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense 4. Avaliar a percepção dos gestores, profissionais da saúde e usuários dos serviços sobre o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense 5. Monitorar indicadores proposto no painel de bordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos previstos e preservados. Benefícios existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa socialmente relevante. Projeto bem redigido e com objetivos claros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os aspectos éticos recomendados pela Res. 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2292 Fax: (41)3271-2292 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 459.400

apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

CURITIBA, 18 de Novembro de 2013

Assinador por:
NAIM AKEL FILHO
 (Coordenador)



Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2292 Fax: (41)3271-2292 E-mail: nep@pucpr.br