



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

WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-
INFANTIL DO PARANÁ – REDE MÃE PARANAENSE**

Curitiba

2018

WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-
INFANTIL DO PARANÁ – REDE MÃE PARANAENSE**

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

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moyses

Coorientadores:

Prof. Dr. Samuel Jorge Moyses

Prof^a. Dr^a. Renata Iani Werneck

Curitiba

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

Bellani, William Augusto Gomes de Oliveira

B436a Avaliação da rede de atenção à saúde materno-infantil do Paraná – rede
2018 Mãe Paranaense / William Augusto Gomes de Oliveira Bellani ; orientadora:
Simone Tetu Moyses ; coorientadores: Samuel Jorge Moyses, Renata Iani
Werneck. – 2018.

65 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2018

Inclui bibliografia

1. Atenção primária à saúde - Paraná. 2. Avaliação de programas e
projetos de saúde. 3. Indicadores de saúde. 4. Serviços de saúde materno-
infantil. 5. Medicina social. I. Moyses, Simone Tetu. II. Moyses, Samuel Jorge.
III. Werneck, Renata Iani. IV. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Pós-Graduação em Odontologia. V. Título.

CDD 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

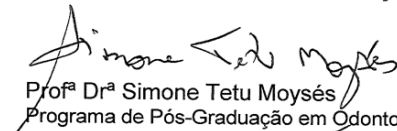
TERMO DE APROVAÇÃO

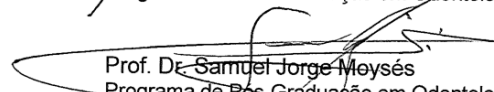
WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI


AValiação DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL DO PARANÁ – REDE MÃE
PARANAENSE

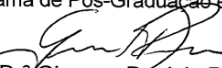
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.


Orientador (a):


Profª Drª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


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


Profª Drª Luciana Reis Azevedo Alanis
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Profª Drª Giovana Daniela Pecharki Vianna
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFPR


Profª Drª Marilisa Carneiro Leão Gabardo
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UPPR

Curitiba, 27 de Abril de 2018.

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prado Velho - CEP 80215901 - Curitiba - Paraná - Brasil
Tel.: (41) 3271 1637 Fone/Fax: (41) 3271 1405 Site: www.pucpr.br Email: ppgo@pucpr.br

*Dedico este trabalho às mães e
neófitos cidadãos que na história do
mundo não tiveram a chance de um
olhar generoso, de uma fala
humanizada e de um toque acolhedor
na escuta do primeiro choro.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Grande Arquiteto do Universo por me permitir viver e ultrapassar tantos desafios e emoções em tão pouco tempo.

Agradeço muito especialmente à minha amável orientadora Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés pela disponibilidade, atenção, paciência, dedicação e profissionalismo, nesta caminhada e em tantas outras, nestes anos de amizade e trabalho.

Aos meus pais, avós, irmãos, sobrinhas, Eduardo, Madruga, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos e colegas de turma, de trabalho, Carol, Ademir, que por onde passei me escutaram, colaboraram e torceram pela concretização deste trabalho.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO.....	7
ARTIGO 1 Redes de atenção materno-infantil: uma revisão integrativa da literatura.....	15
<i>RESUMO.....</i>	<i>15</i>
<i>INTRODUÇÃO.....</i>	<i>16</i>
<i>MÉTODO.....</i>	<i>19</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>20</i>
<i>DISCUSSÃO.....</i>	<i>22</i>
<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>27</i>
ARTIGO 2 Avaliação de uma rede de atenção materno-infantil – Rede Mãe Paranaense.....	31
<i>RESUMO.....</i>	<i>31</i>
<i>INTRODUÇÃO.....</i>	<i>32</i>
<i>MÉTODO.....</i>	<i>33</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>36</i>
<i>DISCUSSÃO.....</i>	<i>39</i>
<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>43</i>
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS	
Anexo 1: Parecer do CEP PUCPR.....	52
Anexo 2: Parecer do CEP Secretaria Estadual da Saúde do Paraná.....	54
Anexo 3: Parecer do CEP Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.....	56
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
Anexo 5: Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil	59

RESUMO

A atenção à saúde materno-infantil resolutiva é considerada prioritária e um desafio para os serviços de saúde. Instaurada no Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Materno-infantil, denominada Rede Cegonha, assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; e às crianças, direito ao nascimento seguro, e crescimento e desenvolvimento saudáveis. O Estado do Paraná implantou em 2012 a rede Mãe Paranaense, visando reduzir os índices de mortalidade infantil e materna por meio de ações no pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. Para uma maior eficácia, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) implementadas são submetidas a controles de qualidade. Mendes (2011) propôs uma ferramenta de avaliação estrutural e organizacional das RAS em sete dimensões, sendo estas a população, a atenção primária, a atenção secundária e a terciária, o sistema de apoio, o sistema logístico, o sistema de governança e o modelo de atenção. Com base neste instrumento, uma versão adaptada e validada exclusivamente para a avaliação de RAS materno-infantis foi utilizada, o Instrumento de Avaliação de Rede de Atenção Materno-Infantil - IARAMI. A presente tese visa avaliar a Rede Mãe Paranaense, na sua estrutura e seu processo de implementação, com vistas a apoiar a gestão e a tomada de decisões voltada para a garantia de efetividade dos impactos sobre a condição materno-infantil no estado do Paraná. A literatura sobre atenção materno-infantil aponta mecanismos de aprimoramento dos sistemas que constituem as RAS materno-infantis, incluindo aspectos como a diminuição de custos com tratamentos e encaminhamentos desnecessários; humanização da atenção por meio do fortalecimento da atenção primária em saúde e apoio voluntariado; melhoria da resolutividade dos serviços; ampliação da governança da rede e qualificação da gestão por meio do envolvimento da população. A avaliação da Rede Mãe Paranaense apontou um processo de implementação incipiente de sua estrutura. Esse conhecimento pode apoiar a definição de um plano de desenvolvimento institucional para o seu aprimoramento. O monitoramento e aperfeiçoamento constantes são essenciais para identificar os pontos críticos de estruturação da rede.

Introdução

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que podem gerar respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. A condição de saúde está relacionada ao tempo de duração, se curto ou longo; a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2002), existem diversas formas de organização dos sistemas de serviços de saúde, mas destacam-se duas principais: os sistemas fragmentados e os sistemas integrados.

Os sistemas fragmentados, ainda hegemônicos, são aqueles onde 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 uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Esses sistemas são representados por uma estrutura piramidal, organizados por níveis hierárquicos de complexidade crescente, de um nível de baixa complexidade, o primário, até um nível de maior complexidade, o hospitalar. Tal modelo de atenção “em pirâmide” se fundamenta num conceito de complexidade equivocado, pois parte do pressuposto que a atenção primária à saúde (APS) é menos complexa do que os níveis secundário e terciário. A atenção primária requer conhecimentos, habilidades e atitudes especializadas e essa visão distorcida acaba desvalorizando-a (MENDES, 2002).

Os sistemas integrados são aqueles onde 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. Nos sistemas integrados de saúde, o sistema piramidal hierárquico é substituído por uma rede horizontal integrada, não havendo uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Há conformação de

uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas. A atenção primária encontra-se no centro de comunicação da rede e deve cumprir seu papel resolutivo, organizador e de responsabilização pela atenção à saúde (MENDES, 2002).

Como parte do sistema integrado, destacam-se as redes de atenção à saúde (RAS) são entendidas como a organização horizontal dos serviços, com o centro de comunicação na APS, que permite prestar uma atenção contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos àquela população (BRASIL, 2006).

As RAS podem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem dentre outros, tendem a ser concentrados (OMS, 2000).

Dessa forma, as redes de atenção à saúde do SUS deverão conformar-se de modo que cada município seja autossuficiente na APS; cada microrregião seja auto-suficiente na atenção secundária à saúde (média complexidade); e cada macrorregião seja autossuficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade) (BRASIL, 2006).

A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala (quando a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados); disponibilidade de recursos (quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado e quanto mais disponível, mais deve ser disperso); qualidade e acesso (proporcionar o adequado manejo das condições de saúde identificadas em nível local); integração horizontal e vertical (tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis); processos de substituição (reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam gerar melhores resultados sanitários e econômicos); territórios sanitários (pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos

socioculturais ou epidemiológicos); e níveis de atenção (são arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares) (MENDES, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (2008) considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma 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.

Com base nesses atributos a legislação brasileira define RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde, e estrutura operacional. A população e a área geográfica sob sua responsabilidade devem ser identificadas pela RAS. As regiões de saúde devem ser bem definidas e as estruturas operacionais bem distribuídas a fim de melhor atender a população (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde é definido como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010). Assim, para que seja possível a implantação das RAS, o modelo de atenção à saúde hegemônico deve ser superado, pois se faz necessário um modelo de atenção que dê resposta às condições crônicas e agudas.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os 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 (MENDES, 2011).

O primeiro componente, a APS, deve possuir os seguintes atributos: orientação para a comunidade, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e deve cumprir três funções essenciais: função resolutiva, coordenadora e de responsabilização (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006).

Os pontos de atenção secundária (média complexidade) e os pontos de atenção terciária (alta complexidade), que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária, se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2011).

Um terceiro componente das RAS são os sistemas de apoio que são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica. A forma de organização e o modelo de programação adotado dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico devem ser observados para que se obtenha uma comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária (MENDES, 2011).

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Constituem um esforço integrado para coletar,

processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa (ABOUZHR; BOERMA, 2005).

O quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos que são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio (MENDES, 2011). Estes englobam o cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde.

O quinto componente das RAS são os sistemas de governança e é definido como o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar cooperação entre os atores sociais, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população (SINCLAIR; ROCHON; LEATT, 2005). A governança objetiva criar uma missão e visão nas organizações, definir objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (MENDES, 2011).

No contexto das RAS, o Ministério da Saúde do Brasil elenca algumas redes prioritárias e dentre elas destaca-se a Rede de Atenção Materno-infantil, denominada Rede Cegonha. Esta rede de atenção, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde à partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, assegura 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. Tem como objetivos a organização de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como suas principais diretrizes: o acolhimento com classificação de risco, a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e a ampliação do acesso ao planejamento produtivo. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, define a Rede Mãe Paranaense como uma rede prioritária. Esta prioridade está baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentam uma redução lenta e desigual entre as regiões de saúde, o elevado percentual de mortes evitáveis e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender adequadamente as gestantes e as crianças no estado do Paraná (PARANÁ, 2012).

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. Propõe um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

A Rede Mãe Paranaense propõe as seguintes ações em cada um dos seus cinco componentes:

1. Atenção Primária em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da estrutura dos serviços de APS, investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); • Incentivo financeiro para os municípios; • A implantação da segunda opinião e o telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de APS; • Ampliar as ações na área de saúde bucal, em especial à gestante e à criança;
------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida.
2. Atenção Secundária e Terciária	<ul style="list-style-type: none"> • A implantação dos ambulatórios para atendimento da gestante e criança de risco nas 22 regiões de saúde do Estado, por meio do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS. • A garantia da referência hospitalar para a realização do parto de modo seguro e solidário, o mais natural possível, de acordo com o grau de risco da gestante, por meio de um sistema de vinculação da gestante, organizado por meio do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS no Paraná – HOSPSUS. • A alocação de recursos para a ampliação de leitos de UTI adulto, neonatal e pediátrica, bancos de leite humano, e a melhoria das condições das salas de parto nos hospitais vinculados; • Instituir o incentivo de qualidade do parto para os hospitais que atendem os critérios para uma adequada atenção ao parto.
3. Sistema de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • A garantia dos exames de pré-natal e do acompanhamento da criança; • Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da rede de atenção materno-infantil.
4. Sistema Logístico	<ul style="list-style-type: none"> • Padronizar a utilização da carteira da gestante e da criança em todo o Estado; • Disponibilizar a carteira da gestante e da criança para os municípios; • Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano.
5. Sistema de Governança da Rede	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o sistema de monitoramento da Rede Mãe Paranaense em todas as regiões de saúde do Estado; • Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente.

Fonte: PARANÁ, 2012.

O público alvo da Rede Mãe Paranaense são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, o que, segundo dados do IBGE (2010), representa uma população de 177.557 mulheres e, de acordo com dados do

Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), 152.350 nascidos vivos no estado do Paraná no ano de 2011.

No processo de implementação da Rede Mãe Paranaense, a avaliação tem como principal objetivo apoiar a tomada de decisão. A avaliação permite uma maior confiabilidade e validade dos dados coletados (GOES; FERNANDES; LUCENA, 2006). Assim, avaliar implica na valoração de práticas e disponibilização de conhecimentos construídos a partir da análise de seu processo de desenvolvimento e resultados que suportem as decisões sobre sua continuidade, ampliação, correção ou mesmo suspensão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Mendes (2011) propôs um instrumento de avaliação de RAS com o objetivo de identificar sua estrutura e integração por meio da análise de questões organizadas em sete dimensões. Tais dimensões correspondem aos componentes de uma rede: população, atenção primária, atenção secundária e terciária, sistema de apoio, sistema logístico, sistema de governança e modelo de atenção. Com base neste instrumento, uma versão adaptada para a avaliação de redes de atenção materno-infantil foi validada, com o objetivo de apoiar processos avaliativos das mesmas, o Instrumento de Avaliação de Rede de Atenção Materno-Infantil - IARAMI (SCHILLER, 2017).

A presente tese visa avaliar a Rede Mãe Paranaense, na sua estrutura e processo de implementação, com vistas a apoiar a gestão e a tomada de decisão voltada para a garantia de efetividade dos impactos sobre a condição materno-infantil no estado do Paraná.

Esta tese está estruturada em dois artigos. O primeiro consta de uma revisão integrativa da literatura sobre redes de atenção materno-infantil, no intuito de coletar as experiências e relatos do assunto já publicados com objetivo de integrar a pesquisa científica com a prática profissional. O segundo artigo descreve resultados da primeira aplicação do instrumento de avaliação de redes de atenção materno-infantil para análise de estrutura de redes de atenção no estado do Paraná.

ARTIGO 1

REDES DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Resumo

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) emergiram como alternativas para a promoção da integralidade e da regionalização no Brasil. A demanda por uma atenção materno-infantil integral e de qualidade surge neste contexto, justificando o desenvolvimento de RAS temáticas. É importante entender como o mecanismo de funcionamento das RAS pode contribuir para o aprimoramento da gestão e atendimento de demandas sociais específicas. **Objetivo.** O presente estudo objetivou revisar a literatura científica com a finalidade de explorar as experiências decorrentes das RAS materno-infantis e seus componentes. **Método.** Cinco bases de dados foram pesquisadas (Medline/PubMed, LiLACS, SciELO, Web of Science e Cochrane Library) usando descritores MeSH “community health networks” e “maternal-child health services”, em inglês, português e espanhol. Após seleção por elegibilidade, foram extraídas dos artigos as seguintes informações: autoria, ano e país de publicação, contexto no qual foi desenvolvida a pesquisa, conteúdo explorado e componentes estudados nas RAS (atenção primária, secundária e terciária, sistema logístico, de apoio e de governança) Na sequência, uma síntese de resultados foi construída. **Resultados.** Ao fim da extração e seleção, seis artigos, de um total de 182 elegíveis, foram incluídos na revisão. Os artigos descreviam experiências realizadas em diversos países e publicadas entre 2008 e 2016. A maioria dos estudos relatava experiências desenvolvidas em comunidades remotas e carentes (33,33%), descrevendo estratégias para o aprimoramento das RAS. Os componentes específicos das RAS mais explorados foram os sistemas de apoio e governança. Os estudos considerados elegíveis nesta revisão foram heterogêneos. **Conclusões.** Esta revisão sumariza mecanismos de aprimoramento dos sistemas que constituem as RAS materno-infantis, incluindo aspectos como a diminuição de custos com tratamentos e encaminhamentos

desnecessários; humanização da atenção por meio do fortalecimento da atenção primária em saúde e apoio voluntariado; melhoraria da resolutividade dos serviços; ampliação da governança da rede e qualificação da gestão por meio do envolvimento da população.

Palavras-chave: Serviços de saúde materno-infantil; Integralidade em saúde; Assistência à saúde; Sistemas de saúde; Redes Comunitárias.

INTRODUÇÃO

O Brasil passou por importantes mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população nos últimos anos. No entanto, grandes desafios persistem na saúde materno-infantil brasileira, incluindo a redução da alta frequência de cesarianas, nascimentos pré-termo e abortos ilegais, além da necessidade de reduzir ainda mais as desigualdades socioeconômicas e regionais em saúde. Um desafio importante é alcançar as populações de mais difícil acesso e aquelas que residem em 10% dos municípios brasileiros onde não há médico (VICTORA *et al.*, 2011).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. As ações de educação em saúde muitas vezes não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente e jovem que precisa de aconselhamento adequado para o aprendizado e o exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos municípios. Em muitos lugares a mulher ainda tem dificuldade para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto, tendo que recorrer a práticas inseguras que aumentam sua vulnerabilidade e a de seu filho. Além disso, de maneira geral, pode-se afirmar que há uma fragilidade na rede de serviços de saúde no que tange ao seguimento da mulher e da criança no pós-parto, assim como no acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor (BRASIL, 2011).

A taxa de declínio de mortalidade dependerá da implementação bem-sucedida de um pacote abrangente de intervenções maternas e neonatais, focadas na comunidade, que servem como a principal estratégia para reduzir as mortes evitáveis e aumentar a aceitação de cuidados clínicos qualificados (DARMSTADT *et al.*, 2005; KNIPPENBERG *et al.*, 2005).

Algumas áreas de intervenção incluem planejamento e avaliação de necessidades, entrega direta de serviços, colaboração entre instituições governamentais e desenvolvimento de liderança comunitária. As disparidades contínuas para as pessoas mais vulneráveis, apesar dos avanços médicos, exigem novas intervenções que abordem de forma intencional as desigualdades sociais e promovam a defesa entre grupos que carregam uma carga desproporcional da mortalidade infantil. A transformação bem-sucedida das abordagens atuais exige o investimento na capacitação de pessoal, recursos flexíveis e o desenvolvimento de novas métricas para aferir o impacto da abordagem nos resultados individuais e programáticos (BRADY; JOHNSON, 2014).

Numa rede, o papel coordenador para a interação de todos os elementos integrados e que assumem funções estrategicamente importantes que constroem atividades em torno da função chave da rede, são chamados de nós (CASTELLS, 2000). A APS é um dos nós. Há evidências robustas sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde. Isso permite afirmar que esses sistemas são baseados numa forte orientação da APS, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: 1) mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; 2) mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; 3) mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; 4) mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto das pessoas e famílias; 5) e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde (MENDES, 2011).

Superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual é um desafio para qualquer sistema de saúde. O modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico, com serviços dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros. Desta forma, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como estratégias de 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).

Mendes (2012) propõe que a estrutura operacional de uma RAS englobe cinco componentes essenciais: a atenção primária em saúde, como centro de comunicação do sistema; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde); os sistemas logísticos (prontuário clínico, sistemas de informação e regulação, sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Evidencia-se, assim, que a organização de redes de atenção materno-infantil é uma tarefa complexa, mas estratégica e essencial para a qualificação dos serviços destinados ao cuidado destes grupos populacionais.

Em 2011 no Brasil instituiu-se uma RAS temática, conhecida por Rede Cegonha, que se organiza de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado a qualificação do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, atenção integral à saúde da criança e organização de um sistema logístico de transporte sanitário e regulação. Tem como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2014). Entretanto, a explicitação dos desafios para sua implementação por limitações na garantia de estruturação de seus componentes e a efetivação de seus objetivos têm sido relatados ainda de forma limitada na literatura nacional (FERNANDES *et al.*, 2014; MARTINELLI *et al.*, 2014).

Assim, esta revisão integrativa da literatura visou reconhecer experiências relatadas na literatura sobre a estruturação de redes de atenção materno-infantil, explorando seus componentes e sistematizando conhecimento para apoiar a gestão e nortear estratégias de impacto na organização destes serviços.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura sobre redes de atenção materno-infantil com objetivo de integrar a pesquisa científica e a prática profissional, apoiando a tomada de decisão e melhoria da gestão (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

As seguintes bases de dados foram consultadas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed/Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Web of Science* (WoS) e *Cochrane Library*. Foram utilizados os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH terms): “Community Health Networks” e “Maternal-Child Health Services” em inglês, e os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Redes Comunitárias e Serviços de Saúde Materno-Infantil em português. Para a combinação de termos na busca utilizou-se o operador booleano “AND”.

Foram considerados elegíveis artigos científicos direcionados ao estudo das RAS, especificamente relacionados às redes de atenção materno-infantil publicados em idioma Inglês, Português e Espanhol no período de 2006 a 2016. Artigos formatados como *short communications*, cartas ao editor, editoriais e literatura cinza foram excluídos. A extração e seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores independentes, durante o mês de agosto de 2016. Após a exclusão de artigos duplicados, a seleção sistemática dos artigos foi realizada por meio da leitura independente de títulos e resumos. Os artigos não associados à temática desta revisão foram então excluídos. Na sequência foi conduzida a leitura dos textos completos e nova exclusão foi realizada, visando manter apenas aqueles que tinham relação com a temática proposta. Discordâncias observadas entre os examinadores foram elucidadas por meio de discussão até que o consenso fosse estabelecido. Nos artigos incluídos foi consultada a lista de referências de trabalhos eventualmente não incluídas na busca sistemática nas bases de dados consultadas.

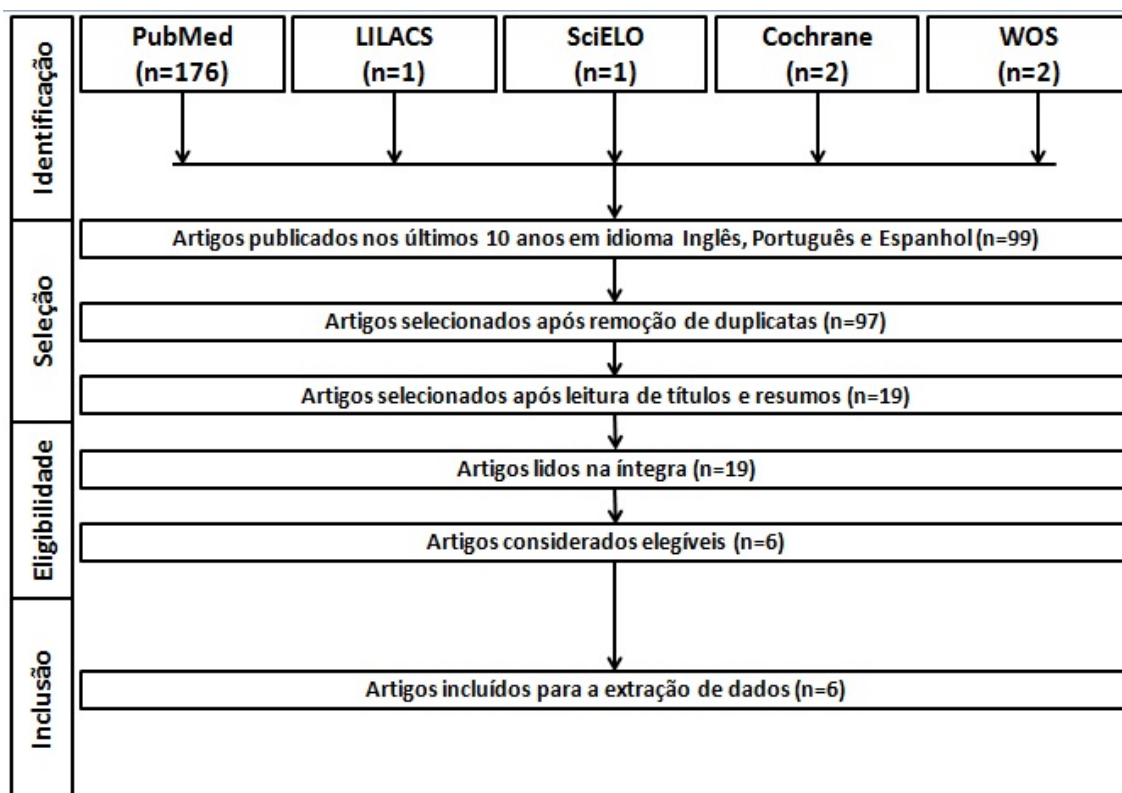
Dos artigos que permaneceram após a seleção, extraíram-se os seguintes dados: autor, ano e país de publicação, contexto no qual foi desenvolvida a pesquisa, conteúdo explorado e componentes estudados nas RAS (atenção primária, secundária e terciária, sistema logístico, de apoio e de governança). As

informações registradas foram sistematizadas em uma tabela para permitir a sumarização dos achados.

RESULTADOS

O fluxograma de estratégias de busca, extração e seleção dos artigos é apresentado na Figura 1. A busca nas bases de dados consultadas permitiu a identificação de 182 artigos. Avaliados os critérios de inclusão, e após a exclusão de duplicatas, restaram 97 artigos. Após a leitura de títulos e resumos, 19 artigos foram incluídos. Uma vez realizada a leitura integral dos textos, seis artigos foram incluídos nesta revisão.

Figura 1. Fluxograma de estratégia de busca, extração e seleção de artigos.



Os estudos selecionados descrevem experiências de redes de atenção materno-infantil em diferentes países, publicadas entre 2008 e 2016. O estudo de Perry *et al.* (2015) foi realizado utilizando dados de 28 países (Bangladesh, Bolívia, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Democrática do Congo,

Etiópia, Guatemala, Haiti, Indonésia, Quênia, Libéria, Malawi, México, Moçambique, Nicarágua, Níger, Peru, Filipinas, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe). Já os outros estudos relatam experiências na África do Sul (LE ROUX *et al.*, 2015), Estados Unidos da América (KIELTYKA *et al.*, 2012), Nepal (KC *et al.*, 2011a; KC *et al.*, 2011b) e Canadá (ALIDINA; JORDAN, 2007).

Esta diversidade de países também foi observada em relação ao contexto no qual foram conduzidas as pesquisas, o que incluiu análises em comunidades remotas (PERRY *et al.*, 2015); comunidades vivendo em situação de pobreza (LE ROUX *et al.*, 2015); populações cobertas por programa nacional de mortalidade infantil (KIELTYKA *et al.*, 2012); programa nacional de saúde materna, neonatal e infantil (KC *et al.*, 2011a); em processos de construção e implantação de uma RAS (KC *et al.*, 2011b); e da construção de método de avaliação para RAS (ALIDINA; JORDAN, 2007).

Entre os componentes que sustentam uma RAS identificados nos estudos selecionados foram incluídos o sistema de apoio (ALIDINA; JORDAN, 2007; KIELTYKA *et al.*, 2012; PERRY *et al.*, 2015); APS (LE ROUX *et al.*, 2015); sistema logístico e de governança (KC *et al.*, 2011a; KC *et al.*, 2011b).

A importância de um sistema de apoio que inclua a participação de voluntários e do agente comunitário de saúde (ACS) na atenção primária foram temas focalizados nos estudos de Perry *et al.* (2015) e Le Roux *et al.* (2015). Outros pontos do sistema de apoio, como a implantação de programa de registro de mortalidade infantil (KIELTYKA *et al.*, 2012) e mais amplamente, o desenvolvimento de um sistema de informação, financiamento e monitoramento, logística de medicamentos e vacinas (KC *et al.*, 2011b) são apontados como essenciais para qualificar a rede de atenção materno-infantil.

A mobilização e participação da comunidade para a apropriação e sustentabilidade do programa de cuidado materno-infantil (KC *et al.*, 2011a) e o fortalecimento de governança (KC *et al.*, 2011b) também são explorados nos artigos incluídos na revisão.

Apenas um artigo explora o processo de avaliação de RAS por meio da explicitação de seus componentes, sendo eles: atendimento adequado, acessibilidade, eficácia, satisfação, cuidados integrados e coordenados, responsabilidade e acessibilidade (ALIDINA; JORDAN, 2007).

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.

Autor / Ano	País	Contexto	Focalização do conteúdo	Componente da RAS
Perry et al., 2015	28 países	Comunidades remotas	Trabalho voluntário	Sistema de Apoio
le Roux et al., 2015	África do Sul	Uma das comunidades mais pobres do país	Importância do Agente Comunitário em Saúde	Atenção Primária em Saúde
Kieltyka et al., 2012	Estados Unidos da América	Programa nacional de mortalidade infantil	Implantação de programa de registro de mortalidade infantil	Sistema de Apoio
Kc et al., 2011a	Nepal	Programa nacional de saúde materna, neonatal e infantil	Mobilização da comunidade e participação para a apropriação e sustentabilidade do programa	Sistema de Governança
Kc et al., 2011b	Nepal	Construção e implantação de RAS	Fortalecimento de governança, sistema de informação, financiamento e monitoramento, logística de medicamentos e vacinas	Sistema de Governança, Logístico e de Apoio
Alidina; Jordan, 2007	Canadá	Construção de método de avaliação para RAS	Processo de avaliação de RAS	Sistema de Apoio

Fonte: Autor.

DISCUSSÃO

Embora não seja amplamente reconhecida como estratégica nas redes de atenção materno-infantil, a participação dos grupos de cuidados compostos por voluntários são uma abordagem inovadora de rápido crescimento para a implementação de intervenções de saúde e nutrição materna, neonatal e infantil. Estes grupos são capazes de motivar as mulheres, também voluntárias, para ajudar seus vizinhos a adotar o bem-estar positivo e procurar cuidados a partir do sistema de saúde formal, quando necessário (PERRY *et al.*, 2015).

As ONG que implementaram através de trabalho voluntário uma abordagem de grupo de cuidado em uma variedade de configurações em todo o mundo têm destacado a eficácia da abordagem na mudança de comportamentos, melhorando a utilização apropriada de cuidados de saúde,

alcançando benefícios demonstráveis na saúde das mães, neonatos, crianças, mulheres desempregadas e em suas comunidades (PERRY *et al.*, 2015).

Entretanto, a experiência em Navrongo (Gana) demonstrou as limitações no trabalho voluntário na rede de atenção materno-infantil. Em uma das três áreas do estudo, treinados brevemente, os voluntários foram empregados para encaminhar casos e fornecer antipiréticos, vitaminas e outros medicamentos sem receita médica. Em curto prazo, a mortalidade infantil aumentou nesta área em comparação com uma área de controle onde não foram oferecidas intervenções além da rotina. A pesquisa mostrou que a intervenção por parte de voluntários mal treinados atrasou a busca parental de cuidados curativos eficazes (NGOM *et al.*, 2003). Apenas quando os voluntários foram treinados e pagos nessas áreas, a mortalidade infantil começou a cair substancialmente (AWOONOR-WILLIAMS *et al.*, 2013). Portanto, a participação do trabalho voluntário é extremamente importante para se alcançar objetivos comuns dentro de uma RAS, porém, requer governança de suas ações, com zelo e constância, considerando um prévio nivelamento técnico e educação permanente baseada em evidência científica.

Expandir a cobertura de intervenções e alcançar reduções significativas na mortalidade materna, neonatal e infantil, exigem abordagens que não sejam apenas de baixo custo, efetivas em curto prazo e com estudo piloto em pequenas populações, mas também viáveis em escala de longo prazo. Isso requer, entre outras coisas, abordagens que envolvam a comunidade como parceiros, capacitando as mulheres e as comunidades, e alcançando uma grande proporção de famílias, encorajando comportamentos saudáveis e uso adequado das unidades de saúde (ROSATO *et al.*, 2008).

Especialmente em regiões mais isoladas em países de baixa renda, o atendimento a gestantes e crianças é muitas vezes fragmentado entre um hospital e clínicas não integradas (BATEMAN, 2008; BALETA, 2009). O sucesso de experiências relatadas da África do Sul pode ser atribuído ao trabalho de integração das equipes de saúde em diferentes níveis do sistema de saúde, bem como ao compartilhamento de objetivos e liderança na APS e clínica hospitalar (BALETA, 2009; GAUNT, 2010).

O importante papel do ACS na APS na aproximação às necessidades das comunidades depende de seu conhecimento, da qualidade da intervenção e da

capacidade de construir relacionamentos com as famílias vulneráveis e marginalizadas que estão sob seus cuidados. O recrutamento cuidadoso, o treinamento contínuo, a supervisão e o apoio, são fatores essenciais para permitir que os ACS desempenhem efetivamente seu papel dentro do sistema de APS (LE ROUX *et al.*, 2015).

A governança identificada no presente estudo é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

Liderança e governança devem garantir marcos de políticas estratégicas combinados com supervisão efetiva, construção de coalizões, compromissos, regulamentos, incentivos e atenção ao desenho do sistema (OMS, 2007).

A governança das RAS é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar uma ação cooperativa para obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos, além de desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al.*, 2005).

No estudo desenvolvido no Nepal há evidências que sugerem que a mobilização da comunidade é um método efetivo para promover a participação e capacitar as comunidades para abordar problemas de saúde e não relacionados à saúde (KC *et al.*, 2011a). Os voluntários da saúde voltados para a população feminina como motor de mudança estão na vanguarda da prestação de serviços de saúde às mães, recém-nascidos e crianças. A participação passiva da comunidade pode ser melhorada por meio da reengenharia da abordagem, desenvolvendo a capacidade dos grupos de mães para identificar e abordar as necessidades da comunidade, identificar a população ou grupos com menos acesso à informação, o que pode ajudar a desenvolver e implementar planos de ação para resolver os problemas. Os autores sugerem a incorporação da mobilização da comunidade como estratégia para a cobertura universal das

intervenções em escala e a qualificação de programas baseados na comunidade.

Outra experiência relatada na literatura sobre um programa também desenvolvido no Nepal, explora como o poder público, em parceria com universidades, entidades profissionais e parceiros locais, desenvolveram uma visão comum para melhorar a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos (KC *et al.*, 2011b). O grupo identificou intervenções baseadas em evidência de impacto sobre a sobrevivência do recém-nascido e mecanismos potenciais dentro do sistema de saúde para estimular intervenções e vínculos com programas existentes e em diferentes níveis do sistema de saúde. Os autores salientam que a ligação com a comunidade internacional e pesquisadores fornece uma boa interface com os responsáveis políticos para informar a elaboração de políticas baseadas em evidências. Para a cobertura efetiva de intervenções neonatais selecionadas no programa, os cinco blocos de construção do sistema de saúde (governança, recursos humanos, financiamento da saúde, informações, logística e suprimentos) foram fortalecidos (DE SAVIGNY, 2009; KC *et al.*, 2011b).

Um artigo do Canadá descreve a primeira avaliação em toda a rede de saúde materno-infantil na região de Toronto, uma parceria entre 29 provedores de cuidados comunitários e hospitais. A avaliação procurou identificar o impacto da rede na prestação de serviços de saúde materna, neonatal e infantil. Foram identificados sete critérios a serem avaliados (atendimento adequado, acessibilidade, eficácia, satisfação, cuidados integrados e coordenados, responsabilidade e acessibilidade) e, em seguida, selecionaram-se indicadores mensuráveis para cada critério. Esta abordagem conseguiu fornecer uma avaliação abrangente do desempenho da rede, identificação de estratégias para melhorar os resultados e a sustentabilidade da rede, bem como informações práticas que irão formar o novo campo de avaliação da rede (ALIDINA; JORDAN, 2007). Os critérios de avaliação foram aqueles que refletiram os objetivos compartilhados da rede. A tarefa mais difícil de estabelecer indicadores mensuráveis exigiu um deslocamento de paradigmas, de um foco nas organizações individuais representadas pelos participantes, para uma ênfase no sistema. Este esforço inicial para avaliar a rede forneceu dados de referência que serão usados para comparações futuras e para monitorar tendências de

desempenho e resultados. À medida que a avaliação da rede se torna mais comum, as mesmas podem aprender com outras sobre as estratégias de avaliação que funcionam melhor em circunstâncias particulares (ALIDINA; JORDAN, 2007).

Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados (MENDES, 2011).

As características comuns dos programas bem-sucedidos de nível local de avaliação da mortalidade infantil incluem levantamentos de registros médicos e entrevistas domiciliares, revisões de casos e recomendações sobre ações implementadas por uma equipe de ação comunitária. O reconhecimento das áreas geográficas, identificação de casos, recursos humanos, métodos de coleta de dados, atividades de revisão dos casos e de ação comunitária são aspectos importantes para avaliar o desempenho da rede de atenção (KIELTYKA *et al.*, 2012).

As modificações na implementação do programa de registro de mortalidade infantil na Louisiana (EUA) aumentaram as oportunidades de impacto significativo do programa. Identificados, os registros eletrônicos fornecem dados com oportunidades adicionais para avanço. Os epidemiologistas, assim, podem ajudar os grupos locais desenvolvendo e apresentando uma revisão anual de achados, recomendações e ações para promover a divulgação de informações de processos importantes. Uma avaliação abrangente das políticas e protocolos da rede poderia ajudar a garantir os efeitos positivos do programa no futuro, orientando ações e redefinindo a direção do programa (KIELTYKA *et al.*, 2012).

Esta revisão não identificou estudos relatando uma rede integrada no cuidado e em pleno funcionamento com análise longitudinal de suas ações. Porém, foram identificadas estratégias para a qualificação do cuidado materno-infantil. Apesar das limitações ligadas ao pequeno número de artigos

selecionados, os achados reforçam o importante papel da organização dos serviços de saúde, por meio das RAS, impactando diretamente na qualidade dos serviços ofertados a população materno-infantil.

Esta revisão sumariza informações relevantes para contribuir na construção de redes de atenção materno-infantil incluindo como diminuir custos com tratamentos e encaminhamentos desnecessários; humanizar a relação paciente/profissional por meio do fortalecimento da atenção primária em saúde e apoio voluntariado; melhorar os serviços ofertados com maior resolutividade, guiar-se pela governança da rede para atingir novos desafios e indicadores; ultrapassar paradigmas da gestão e envolver a população num objetivo comum por meio da mobilização, participação, apropriação e sustentabilidade da rede.

REFERÊNCIAS

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 Summer;20(2):22-7.

Awoonor-Williams JK, Sory EK, Nyongator FK, Phillips JF, Wang C, Schmitt ML. Lessons learned from scaling up a community-based health program in the Upper East Region of northern Ghana. *Glob Health Sci Pract*. 2013 Mar 21;1(1):117-33.

Baleta A. Rural hospital beats the odds in South Africa. *Lancet*. 2009; 374(9692):771–772.

Bateman C. Multidisciplinary teams-the rural way forward. *S Afr Med J*. 2008; 98(1):19.

Brady C, Johnson F. Integrating the life course into MCH service delivery: from theory to practice. *Matern Child Health J*. 2014 Feb;18(2):380-8.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet. 2005 Mar 12-18;365(9463):977-88.

De Savigny D; Adam T. (Ed.). Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization, 2009.

Fernandes, RZS , Vilela, MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciênc. Saúde Coletiva 2014, 19(11):4457-4466.

Gaunt CB. Are we winning? Improving perinatal outcomes at a deeply rural district hospital in South Africa. S Afr Med J. 2010; 100(2):101–104.

Kc NP, Kc A, Sharma N, Malla H, Thapa N, Aryal K, Vitrakoti R, Bhandari RM. Community participation and mobilization in community-based maternal, newborn and child health programmes in Nepal. J Nepal Health Res Counc. 2011 Oct;9(2):101-6. (a)

Kc A, Thapa K, Pradhan YV, Kc NP, Upreti SR, Adhikari RK, Khadka N, Acharya B, Dhakwa JR, Aryal DR, Aryal S, Starbuck E, Paudel D, Khanal S, Devkota MD. Developing community-based intervention strategies and package to save newborns in Nepal. J Nepal Health Res Counc. 2011 Oct;9(2):107-18. (b)

Kieltyka L, Craig M, Goodman DA, Wise R. Louisiana implementation of the National Fetal and Infant Mortality Review (NFIMR) program model: successes and opportunities. Matern Child Health J. 2012 Dec;16 Suppl 2:353-9.

Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul VK; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1087-98.

le Roux K, le Roux I, Mbewu N, Davis E. The role of community health workers in the re-engineering of primary health care in rural Eastern Cape. *S Afr Fam Pract* (2004). 2015 Mar 1;57(2):116-120.

Martinelli, KG; Santos Neto, ET;Gama, SGN; Oliveira, AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2014, 36(2): 56-64.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Mendes, KDS; Silveira, RCCP; Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2008, 17(4): 758-64.

Ngom P, Debpuur C, Akweongo P, Adongo P, Binka FN. Gate-keeping and women's health seeking behaviour in Navrongo, northern Ghana. *Afr J Reprod Health*. 2003 Apr;7(1):17-26.

Organização Mundial de Saúde. Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva, OMS, 2007.

Perry H, Morrow M, Borger S, Weiss J, DeCoster M, Davis T, Ernst P. Care Groups I: An innovative community-based strategy for improving maternal, neonatal, and child health in resource-constrained settings. *Glob Health Sci Pract*. 2015 Sep 15;3(3):358-69.

Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. *Public Administration and Democratic Governance: Governments Serving Citizens*, p. 1-28, 2007.

Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, Azad K, Morrison J, Bhutta Z, Perry H, Rifkin S, Costello A. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):962-71.

Sinclair DG; Rochon M; Leatt P. *Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*. IRPP, 2005.

Victoria CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC; Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL – REDE MÃE PARANAENSE

Resumo

A fragmentação dos serviços de atenção à saúde é motivo de preocupação que perdura por muitas décadas. As redes de atenção à saúde (RAS) são ferramentas organizadas para a atenção contínua e integrada da população. Da mesma forma criaram-se RAS temáticas, como a Rede Mãe Paranaense, visando o aprimoramento da atenção à saúde materno-infantil. Investigar sua estrutura e organização é fundamental para a melhora da tomada de decisão dos sistemas de gestão. **Objetivos:** Avaliar a Rede Mãe Paranaense na sua estrutura e processo de implementação. **Materiais e métodos:** Um questionário sistematizado contendo 131 questões distribuídas em sete dimensões foi utilizado e enviado por meio digital a 136 gestores municipais relacionados aos serviços de atenção à saúde materno-infantil no estado do Paraná. A coleta de dados foi realizada nos meses de Junho e Julho de 2014. Os municípios elencados foram selecionados por amostragem estratificada proporcional. As respostas ao questionário direcionado a RAS materno-infantil foram quantificadas e tabuladas para análise estatística. **Resultados:** Noventa e nove municípios responderam ao questionário (72,7%). Quanto à estrutura da RAS materno-infantil, percebe-se um funcionamento incipiente. Os melhores escores médios por dimensão foram atribuídos aos sistemas de apoio, atenção primária em saúde (APS) e população. O modelo de atenção e a APS foram as dimensões mais relevantes na composição do escore final. **Conclusão:** A Rede Mãe Paranaense em sua estrutura foi incipiente no processo de implementação. Esse conhecimento pode apoiar a definição de um plano de desenvolvimento institucional para o seu aprimoramento.

Palavras-chave: Serviços de saúde materno-infantil; Integralidade em saúde; Assistência à saúde; Sistemas de saúde; Redes comunitárias.

INTRODUÇÃO

Em 1920 foi publicado na Inglaterra o relatório Dawson (DAWSON, 1964), que apontava estratégias para a diminuição do fracionamento entre os serviços de saúde e a desintegração do cuidado, com o objetivo de melhorar o acesso aos pontos de atenção à saúde. O relatório recomendava integrar ações assistenciais/curativas, juntamente com as preventivas, e oferecer serviços de acordo com as necessidades dos cidadãos. Portanto, a preocupação com a fragmentação dos serviços de saúde não é contemporânea.

Ainda com forte predominância, os sistemas fragmentados são aqueles onde a atenção à saúde se organiza por meio de um conjunto de pontos isolados e incomunicáveis, e há uma deficiente atenção primária em saúde (APS), incapaz de prestar uma atenção integral e contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Representados por uma estrutura piramidal, esses sistemas são organizados por níveis hierárquicos de complexidade crescente, de um nível de baixa complexidade, APS, até um nível de maior complexidade como o hospitalar. Tal modelo de atenção se fundamenta num conceito de complexidade equivocado, pois parte do pressuposto que a APS é menos complexa do que os níveis secundário e terciário (MENDES, 2002).

Por outro lado, os sistemas integrados são aqueles onde a atenção se organiza por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, partindo da APS, na qual se presta uma atenção contínua a uma população definida e se responsabiliza por ela. Nos sistemas integrados de saúde, o sistema piramidal hierárquico é substituído por uma rede horizontal integrada, não havendo uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Há conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas. A APS encontra-se no centro de comunicação da rede e deve cumprir seu papel resolutivo, organizador e de responsabilização pela atenção à saúde (MENDES, 2002).

As RAS integradas têm sido apontadas como uma possibilidade de correção para enfrentamento do desafio da integralidade da atenção, por meio da organização de serviços de diferentes densidades tecnológicas, apoiados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (CONASS, 2015). Tais sistemas

integrados permitiriam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população alvo (MENDES, 2011).

Desta forma surgem as redes de atenção à saúde (RAS), que podem ser organizadas em arranjos híbridos, que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados (OMS, 2000). Por meio de um alcance estratégico, as RAS viabilizam o cuidado às mais diversas populações. A demanda por uma atenção materno-infantil integral, regionalizada e de qualidade surge neste contexto justificando o desenvolvimento de RAS temáticas.

Assim, em 2011, o Brasil elencou algumas redes prioritárias e dentre elas destaca-se a rede de atenção materno-infantil denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, o estado do Paraná, em 2012, definiu a Rede Mãe Paranaense como uma de suas estratégias de qualificação da atenção materno-infantil.

Estudos sobre avaliação de RAS focalizam mais nos resultados, e raros são aqueles que avaliam a organização dos serviços de atenção materno-infantil (ALIDINA; JORDAN, 2007; KC *et al.*, 2011b). A avaliação da estrutura da rede para garantir a integração dos serviços e a integralidade do cuidado ainda é pouco explorada. Por isso há necessidade de se avaliar a organização das redes de atenção materno-infantil para apoiar a tomada de decisão da gestão.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a Rede Mãe Paranaense, na sua estrutura e processo de implementação, com vistas a apoiar a gestão e a tomada de decisão para a qualificação da atenção à saúde materno-infantil no estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de efetividade da implementação da Rede Mãe Paranaense. Em um território dividido em 399 municípios, considerando 22 regionais e quatro macrorregiões, com uma população

estimada de mais de 11 milhões de habitantes, estabeleceu-se um protocolo de cuidado baseado em evidências para as gestantes e crianças e também um painel de bordo para monitoramento de dados e indicadores. 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. Propõe um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, além da garantia do parto, por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Dos 399 municípios do estado do Paraná, foram convidados a participar do estudo 136 municípios, selecionados por meio de uma amostragem estratificada proporcional, considerando critérios como a distribuição dos municípios nas macrorregionais, porte populacional (pequeno, médio e grande) (IBGE, 2010) e nível de gestão (municipal ou estadual) (PARANÁ, 2016). O cálculo do tamanho da amostra foi feito para cada uma das macrorregionais, admitindo erro amostral de no máximo 6,85%, sendo que em cada macrorregião os municípios foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho.

A avaliação do processo de implementação e estrutura da rede foi feita por meio de questionário sistematizado. O instrumento foi disponibilizado em uma plataforma *online* e enviado por *e-mail* para ser respondido por gestores municipais (secretários municipais de saúde ou pessoa indicada com conhecimento sobre a organização e funcionamento da rede de atenção materno-infantil no município). A coleta de dados aconteceu entre os meses de junho e julho de 2014.

O questionário IARAMI foi baseado no Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde proposto por Mendes (2011), adaptado e validado para avaliação de redes de atenção materno-infantil (SCHILLER, 2017), sendo composto de 131 questões, organizadas em sete dimensões contemplando os componentes da rede (população, atenção primária em saúde, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistema de apoio, sistema logístico,

sistema de governança da rede e modelo de atenção à saúde). Cada questão poderia ser respondida com um valor que variava 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; e 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima. Um escore final foi obtido pela somatória dos valores de cada resposta. O resultado permite identificar a situação entre um sistema fragmentado até uma rede integrada, interpretado a partir do escore final de acordo com o Quadro 1, sendo os intervalos construídos com base na distribuição quartílica. A análise dos dados foi realizada pelo software SPSS for Windows (versão 20.0) e compreendeu a distribuição de frequências do escore total, além do valor médio do escore total e dos escores por dimensão. Para analisar a contribuição dos valores médios de cada dimensão na composição do escore total, foi realizado o teste de Correlação de Pearson.

Quadro 1. Intervalos de interpretação de resultado do questionário para avaliação da Rede Mãe Paranaense.

ESCORE TOTAL	INTERPRETAÇÃO
0-191	Incapacidade para a operação de RAS: Sistema Fragmentado
192-242	Capacidade básica para operar RAS: Rede de Atenção à Saúde Incipiente
243-280	Capacidade razoavelmente boa para operar RAS: Rede de Atenção à Saúde Avançada
281-393	Capacidade ótima para operar RAS: Rede Integrada de Atenção à Saúde

A pesquisa recebeu parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob Parecer nº 459.400; Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, sob Parecer nº 770.375; e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob protocolo nº 40/2014. Todos os respondentes concordaram em participar da pesquisa por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Do total dos municípios convidados a participar, 99 responderam o instrumento, correspondendo a uma taxa de resposta de 72,7%.

Para a interpretação dos resultados foram somados os valores totais correspondentes às respostas de cada município participante (n=99) e então obtido escores. O escore total médio foi de 234,25 (IC95% 221,55-246,95; Mínimo 0, Máximo 393), o que caracterizou a Rede Mãe Paranaense como sendo uma rede incipiente no momento avaliado.

A distribuição de frequências do valor médio total e por dimensões das respostas dos municípios é apresentada na Tabela 1. O valor médio total das respostas foi 1,78 (IC95% 1,69-1,88). Confirmando o resultado obtido pelo valor do escore total, isto corresponde à resposta que caracteriza a estrutura da rede de atenção à saúde materno-infantil paranaense como existente, porém com funcionamento básico ou incipiente.

Tabela 1. Valor médio total e por dimensões das respostas relativas a avaliação da Rede Mãe Paranaense.

	Valor médio	IC 95%
Total	1,78	1,69-1,88
Componentes da Rede		
População	2,00	1,89-2,11
Atenção Primária em Saúde	2,10	1,99-2,20
Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	1,57	1,46-1,69
Sistema de Apoio	2,10	1,97-2,24
Sistema Logístico	1,92	1,83-2,01
Sistema de Governança	1,46	1,32-1,59
Modelo de Atenção à Saúde	1,75	1,63-1,86

Fonte: Autor.

A análise dos escores médios por dimensão do instrumento demonstrou que as maiores médias foram obtidas nas dimensões relacionadas aos sistemas de apoio (2,10 - IC95% 1,97-2,24), atenção primária em saúde (2,10 - IC95% 1,99-2,20), e a dimensão população (2,00 - IC95% 1,89-2,11). Por outro lado, os componentes considerados mais frágeis, com funcionamento incipiente, foram o sistema de governança (1,46 - IC95% 1,32-1,59) e os pontos de atenção secundária e terciária (1,57 - IC95% 1,46-1,69).

Com o objetivo de avaliar a contribuição dos valores médios de cada dimensão na composição do escore total, uma análise de correlação de Pearson demonstrou que o modelo de atenção ($r=0,91$) e a APS ($r=0,87$) foram os componentes que mais se destacaram na composição do valor médio total (Tabela 2).

Tabela 2. Análise de correlação das dimensões e escore médio final da avaliação da Rede Mãe Paranaense (n=99).

Escore médio	Total	População	Atenção primária	Atenção secundária e terciária	Sistema de apoio	Sistema logístico	Sistema de governança	Modelo de atenção
Total	1	.845**	.870**	.868**	.710**	.803**	.779**	.917**
População	.845**	1	.782**	.686**	.583**	.638**	.632**	.744**
Atenção primária	.870**	.782**	1	.735**	.609**	.641**	.548**	.750**
Atenção secundária e terciária	.868**	.686**	.735**	1	.551**	.611**	.584**	.667**
Sistema de apoio	.710**	.583**	.609**	.551**	1	.598**	.478**	.661**
Sistema logístico	.803**	.638**	.641**	.611**	.598**	1	.573**	.740**
Sistema de governança	.779**	.632**	.548**	.584**	.478**	.573**	1	.733**
Modelo de atenção	.917**	.744**	.750**	.667**	.661**	.740**	.733**	1

** . A correlação é significativa no nível 0,01.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a Rede Mãe Paranaense, no momento em que foi avaliada, encontrava-se com capacidade básica para sua operação, sendo considerada como uma rede incipiente. Esta situação vincula-se aos desafios vivenciados no contexto brasileiro e paranaense no que diz respeito à saúde materno-infantil, caracterizado pelas demandas de equidade de acesso e qualidade dos serviços oferecidos (VICTORA *et al.*, 2011). A pouca articulação dos componentes da rede evidencia que sua operação ainda é muitas vezes fragmentada e episódica, reproduzindo uma abordagem que pode não garantir a integralidade do cuidado a gestantes e suas crianças.

Os valores médios observados, total e por componentes da rede, evidenciam que os processos de implantação da Rede Mãe Paranaense, apesar de estarem em andamento, ainda eram insuficientes para responder às demandas da atenção materno-infantil nos municípios pesquisados. Os componentes ligados à especificidade e conhecimento da população atendida, o sistema de apoio e a APS tiveram os maiores valores, podendo indicar maior estruturação na rede. Isto caracteriza componentes da Rede Mãe Paranaense com funcionamento considerado pelos gestores municipais como razoavelmente bom, mas insuficiente.

Por outro lado, os componentes ligados ao sistema de governança e a atenção secundária e terciária foram considerados os aspectos mais frágeis desta rede. Uma hipótese para a fragilidade do sistema de governança é o ineditismo deste fórum permanente envolvendo todos os atores responsáveis pelos serviços ofertados à população, através de uma horizontalidade da gestão. Ainda que paradoxalmente a este novo formato, cria-se a necessidade de liderança para gerir conflitos por meio das relações, dar direcionamento, agilidade e flexibilização as ações almejadas. Já quanto a fragilidade da atenção secundária e terciária, uma hipótese pode ser elencada quanto ao fato da rede estar sendo implantada e, portanto, ainda se ter dificuldades quanto a vinculação, referência, contra-referência e estruturação em relação as normativas da rede. Considerando ainda que a estruturação da atenção secundária é um nó crítico e a capacidade da atenção terciária é limitada.

O componente da população avaliado corresponde a vinculação da população específica aos serviços ofertados no território. Isto permite um diagnóstico do perfil da população adscrita e de suas necessidades. A territorialização dos serviços de saúde, operando sobre uma base territorial bem definida, tem sido considerada estratégica para garantir a vinculação da população atendida, a identificação de riscos e vulnerabilidades, bem como a adequação da oferta de serviços por meio de uma estrutura operacional formatada em função das necessidades (FARIA, 2013; MENDES, 2011).

O sistema de apoio são os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica, que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010). Experiências de redes de atenção materno-infantil desenvolvidas em países com contextos diferentes (ALIDINA, JORDAN, 2007; KC *et al.*, 2011b; KIELTYKA *et al.*, 2012; PERRY *et al.*, 2015), têm apontado os sistemas de apoio ligados ao desenvolvimento de um sistema de informação, financiamento e monitoramento, logística de medicamentos e vacinas, como essenciais para qualificar a rede de atenção materno-infantil. Esta estrutura parece estar em processo constante de organização na Rede Mãe Paranaense através de encontros anuais com atualização técnica aos profissionais da ponta do sistema, debates institucionais, atualização de normativas e reforço de financiamento.

A APS é considerada a ordenadora do cuidado dentro de uma RAS. É de sua responsabilidade conhecer sua população específica, ser resolutiva e contar com os serviços de outras densidades tecnológicas para encaminhar casos que exigem tal suporte (MENDES, 2011). É a porta de entrada do sistema e tem papel coordenador para a interação de todos os elementos integrados e que assumem funções estrategicamente importantes na atenção à saúde (CASTELLS, 2000). Em uma RAS materno-infantil é da atenção primária a responsabilidade de estratificar as gestantes de acordo com seus riscos e vinculá-las com as maternidades ou ambulatórios especializados.

O investimento no fortalecimento da APS feito pelo estado do Paraná, iniciado com o Plano Diretor da Atenção Primária e seguido do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, em 2011, parece ter influenciado a estruturação das RAS por meio do fortalecimento das capacidades de assistência e de gestão nos municípios na atenção primária. O APSUS, conduzido no período de 2011 a 2014, compreendeu o investimento na melhoria da estrutura das Unidades de Saúde (construção, reforma, ampliação, equipamentos e transporte sanitário); o custeio para as equipes (incentivo estadual mensal) e a educação permanente (PARANÁ, 2017).

A avaliação da Rede Mãe Paranaense demonstrou que os componentes mais frágeis da rede eram o sistema de governança e a atenção especializada, secundária e terciária. A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. É por meio dela que os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006). A governança das RAS é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar uma ação cooperativa para obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. É pelo sistema de governança que se monitora e avalia a RAS, o seu plano operativo, a gestão financeira, o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al.*, 2005), e a realização dos encaminhamentos e contratualizações de acordo com parâmetros estabelecidos. A sua relação de horizontalidade entre os entes que compõe a mesa de discussões é um ponto importante de destaque para concretizar a participação ampliada da sociedade, envolvendo diversos atores e parcerias, e rompendo com o modelo de gestão centralizada. Experiências internacionais de redes de atenção materno-infantil sugerem que a mobilização da comunidade, em conjunto com o poder público, prestadores de serviços, entidades profissionais e parceiros locais, permitem o desenvolvimento de uma visão comum para melhorar a saúde da mãe e da criança, especialmente em comunidades mais vulneráveis (KC *et al.*, 2011a; KC *et al.*, 2011b).

A atenção secundária e terciária são os pontos da RAS nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas, que servem de apoio à atenção primária em saúde. Podem ser substituídas

estruturadas de forma flexível e dinâmica de acordo com as necessidades identificadas. Para isso há necessidade de se ter suficiência da atenção secundária e terciária para o devido suporte de atenção especializada segundo o risco das gestantes e crianças, bem como a contrarreferência correta na organização dos serviços.

O papel importante do modelo de atenção e a focalização na atenção primária na Rede Mãe Paranaense sugerem um caminho a ser seguido e aprimorado constantemente no fortalecimento e integração da rede. Porém, há necessidade de ampliar os demais componentes para a efetiva integração e qualificação da atenção materno-infantil no Paraná. A identificação dos pontos críticos de estruturação da rede pode apoiar a definição de um plano de desenvolvimento institucional para seu aprimoramento.

Este estudo representa o perfil de estruturação da Rede Mãe Paranaense em municípios do estado no ano de 2014. Considerando a dinamicidade do processo de implantação e qualificação da Rede, a temporalidade deste estudo pode ser considerada como uma limitação. Entretanto, os resultados demonstram a necessidade do monitoramento e aperfeiçoamento constantes para se estruturar uma rede menos fragmentada e mais integrada, e, portanto, com maior capacidade de responder às demandas da atenção materno-infantil no estado.

Os desafios são enormes para garantir a integralidade do cuidado e a integração dos serviços de atenção materno-infantil no sistema de saúde brasileiro: universal e público. Alguns condicionantes apontados neste estudo podem ser suficientes para que o subfinanciamento e a gestão ineficiente, com tomada de decisão reativa, sem evidência científica, em muitos casos, possa diminuir a velocidade de aprimoramento dos pontos de atenção à saúde e da resposta almejada pela população. Tendo este parâmetro inicialmente avaliado como um resultado ainda limitado na integração da rede, estabelece-se um novo parâmetro para alcançar na Rede Mãe Paranaense, por meio de ações que a caracterizem como uma rede completamente integrada dentro das necessidades da população específica.

REFERÊNCIAS

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 Summer;20(2):22-7.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass, 2015. 127p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-asRedes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2017.

Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.

Faria, R.M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2013,9(16):121.

Ibge - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet] 2010. [acesso em 2017 set 15]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>

Kc NP, Kc A, Sharma N, Malla H, Thapa N, Aryal K, Vitrakoti R, Bhandari RM. Community participation and mobilization in community-based maternal, newborn and child health programmes in Nepal. J Nepal Health Res Counc. 2011 Oct;9(2):101-6 (a).

Kc A, Thapa K, Pradhan YV, Kc NP, Upreti SR, Adhikari RK, Khadka N, Acharya B, Dhakwa JR, Aryal DR, Aryal S, Starbuck E, Paudel D, Khanal S, Devkota MD. Developing community-based intervention strategies and package to save newborns in Nepal. J Nepal Health Res Counc. 2011 Oct;9(2):107-180 (b).

Kieltyka L, Craig M, Goodman DA, Wise R. Louisiana implementation of the National Fetal and Infant Mortality Review (NFIMR) program model: successes and opportunities. Matern Child Health J. 2012 Dec;16 Suppl 2:353-9.

Mendes, E. V. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes, E.V. As Redes de Atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Organização Mundial de Saúde. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

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

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2016. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2016.

Paraná. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS.2017. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>.

Perry H, Morrow M, Borger S, Weiss J, DeCoster M, Davis T, Ernst P. Care Groups I: An Innovative Community-Based Strategy for Improving Maternal, Neonatal, and Child Health in Resource-Constrained Settings. *Glob Health Sci Pract.* 2015 Sep 15;3(3):358-69.

Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. *Public Administration and Democratic Governance: Governments Serving Citizens*, p. 1-28, 2007.

Schiller COA. Validação do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-Infantil (IARAMI). Tese de Doutorado. Curitiba, PUCPR 2017.

Sinclair DG; Rochon M; Leatt P. Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000. IRPP, 2005

Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC; Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.

Conclusão

A literatura revisada sobre o tema sumariza informações relevantes para contribuir na construção de redes de atenção materno-infantil, incluindo como diminuir custos com tratamentos e encaminhamentos desnecessários; humanizar a relação paciente/profissional por meio do fortalecimento da atenção primária em saúde e apoio voluntariado; melhorar os serviços ofertados com maior resolutividade; guiar-se pela governança da rede para atingir novos desafios e indicadores; ultrapassar paradigmas da gestão e envolver a população num objetivo comum por meio da mobilização, participação, apropriação e sustentabilidade da rede.

A avaliação da Rede Mãe Paranaense evidenciou um processo de implementação incipiente. Os componentes ligados à especificidade e conhecimento da população atendida, o sistema de apoio e a APS se destacaram com os melhores resultados, ao contrário dos componentes ligados ao sistema de governança e a atenção secundária e terciária que demonstraram maior fragilidade. Esse conhecimento pode apoiar a definição de um plano de desenvolvimento institucional para o seu aprimoramento, reforçando a necessidade de monitoramento e aperfeiçoamento constantes para identificar os pontos críticos de estruturação da rede.

Referências

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 Summer;20(2):22-7.

Awoonor-Williams JK, Sory EK, Nyongator FK, Phillips JF, Wang C, Schmitt ML. Lessons learned from scaling up a community-based health program in the Upper East Region of northern Ghana. *Glob Health Sci Pract*. 2013 Mar 21;1(1):117-33.

Baleta A. Rural hospital beats the odds in South Africa. *Lancet*. 2009; 374(9692):771–772.

Bateman C. Multidisciplinary teams-the rural way forward. *S Afr Med J*. 2008; 98(1):19.

Brady C, Johnson F. Integrating the life course into MCH service delivery: from theory to practice. *Matern Child Health J*. 2014 Feb;18(2):380-8.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

Conass. A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass, 2015. 127p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-asRedes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2017.

Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005 Mar 12-18;365(9463):977-88.

Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.

De Savigny D; Adam T. (Ed.). Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization, 2009.

Faria, R.M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2013,9(16):121.

Fernandes, RZS , Vilela, MFG .Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2014, 19(11):4457-4466.

Gaunt CB. Are we winning? Improving perinatal outcomes at a deeply rural district hospital in South Africa. *S Afr Med J*. 2010; 100(2):101–104.

Ibge - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet] 2010. [acesso em 2017 set 15]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>

Kc NP, Kc A, Sharma N, Malla H, Thapa N, Aryal K, Vitrakoti R, Bhandari RM. Community participation and mobilization in community-based maternal, newborn and child health programmes in Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2011 Oct;9(2):101-6. (a)

Kc A, Thapa K, Pradhan YV, Kc NP, Upreti SR, Adhikari RK, Khadka N, Acharya B, Dhakwa JR, Aryal DR, Aryal S, Starbuck E, Paudel D, Khanal S, Devkota MD. Developing community-based intervention strategies and package to save newborns in Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2011 Oct;9(2):107-18. (b)

Kieltyka L, Craig M, Goodman DA, Wise R. Louisiana implementation of the National Fetal and Infant Mortality Review (NFIMR) program model: successes and opportunities. *Matern Child Health J.* 2012 Dec;16 Suppl 2:353-9.

Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul VK; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet.* 2005 Mar 19-25;365(9464):1087-98.

le Roux K, le Roux I, Mbewu N, Davis E. The Role of Community Health Workers in the Re-Engineering of Primary Health Care in Rural Eastern Cape. *S Afr Fam Pract (2004).* 2015 Mar 1;57(2):116-120.

Martinelli, KG; Santos Neto, ET;Gama, SGN; Oliveira, AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2014, 36(2): 56-64.

Mendes, E. V. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes, E.V. As Redes de Atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Mendes, KDS; Silveira, RCCP; Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2008, 17(4): 758-64.

Ngom P, Debpuur C, Akweongo P, Adongo P, Binka FN. Gate-keeping and women's health seeking behaviour in Navrongo, northern Ghana. *Afr J Reprod Health.* 2003 Apr;7(1):17-26.

Organização Mundial de Saúde. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

Organização Mundial de Saúde. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva, OMS, 2007.

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

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2016. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2016.

Paraná. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. 2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>.

Perry H, Morrow M, Borger S, Weiss J, DeCoster M, Davis T, Ernst P. Care Groups I: An Innovative Community-Based Strategy for Improving Maternal, Neonatal, and Child Health in Resource-Constrained Settings. *Glob Health Sci Pract*. 2015 Sep 15;3(3):358-69.

Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. *Public Administration and Democratic Governance: Governments Serving Citizens*, p. 1-28, 2007.

Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, Azad K, Morrison J, Bhutta Z, Perry H, Rifkin S, Costello A. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):962-71.

Schiller COA. Validação do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-Infantil (IARAMI). Tese de Doutorado. Curitiba, PUCPR 2017.

Sinclair DG; Rochon M; Leatt P. Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000. IRPP, 2005.

Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC; Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53.

Anexos

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR

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.

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 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 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

NAIM AKEL FILHO

Anexo 2: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

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: 1

CAAE: 33811014.8.3001.5225

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

770.375

Data da Relatoria:

15/08/2014

Apresentação do

Projeto: claro e objetivo

Objetivo da Pesquisa: avaliar programa de implantação e resultados da rede mãe paranaense

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não ha riscos para população assistida. Benefícios para o serviço em questão e a população de um modo geral

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: pesquisa delineada para responder aos objetivos, ja aprovada em outro comitê de ética vinculado ao Conep

Considerações sobre os Termos de apresentação

obrigatória: todos os termos necessários para aprovação no cep foram apresentados

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de**

Inadequações: aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 28 de Agosto de 2014

SILVANIA KLUG PIMENTEL (Coordenadora)

Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador William Augusto Gomes de Oliveira Bellani protocolou sob o número 40/2014 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Avaliação da Atenção Materno Infantil na Rede Mãe Paranaense". (CAAE: 18587013.0.0000.0020)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 20 de agosto de 2014.



Samuel Jorge Moysés

Coordenador do CEP/SMS

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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 “Avaliação da Atenção Materno Infantil na Rede Mãe Paranaense”, cujos
objetivos e justificativas são 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. A disseminação dos aprendizados
construídos a partir da pesquisa avaliativa podem apoiar outras experiências em
diferentes contextos.

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; Mestre Carolina de Oliveira Azim – SESA; Mestre William Augusto
Gomes de Oliveira Bellani – 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 assinatura do pesquisador responsável

Anexo 5: Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL – REDE MÃE PARANAENSE

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 o 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 à 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?