

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO**

BRUNA REGINA BRATTI FRANK

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE
EM TRÊS REGIONAIS DE SAÚDE**

CASCADEL-PR

2015

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO**

BRUNA REGINA BRATTI FRANK

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE
EM TRÊS REGIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Co-orientadoras:

Profa. Dra. Cláudia Silveira Viera

Profa. Dra. Ana Teresa Bittencourt Guimarães

Linha de Pesquisa: Práticas e Políticas em Saúde.

Assinatura do Orientador(a)

CASCADEL-PR

2015

À minha família amada pelo apoio, incentivo e paciência nos dias difíceis e por ter lutado, dia a dia, para que eu chegasse até aqui, aos meus amigos queridos e namorado que estiveram ao meu lado quando eu mais precisei, pelos momentos de alegria e conforto, à minha orientadora e coorientadoras, por terem me auxiliado nessa caminhada, vocês todos contribuíram para a conclusão de mais uma etapa importante na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família amada por acreditar no meu potencial e nunca ter me deixado desistir dos meus objetivos e sonhos, me ensinando a ser persistente e paciente e me apoiando nos momentos difíceis, pelo carinho e amor incondicional. Eu amo muito todos vocês.

Ao meu namorado pelo apoio, carinho e respeito, por ter me apoiado nos momentos estressantes e por continuar acrescentado felicidade e amor na minha vida.

À minha querida orientadora, em especial, pela oportunidade e confiança ao longo desses cinco anos de caminhada juntas, pela paciência, incentivo, motivação e amizade, fazendo com que eu continuasse e chegasse até aqui.

Agradeço, ainda, às minhas professoras coorientadoras Ana Teresa Bittencourt Guimarães, pela experiência incomparável de termos compartilhado essa pesquisa, pela amizade, zelo e apoio, pelas risadas e socorro em meus momentos de aflição bioestatística, e Cláudia Silveira Viera, pela paciência e incentivo, por ter me auxiliado nos momentos que precisei. Obrigada por terem acreditado em mim.

Às minhas queridas amigas “mesclandas” da turma do mestrado interdisciplinar Angélica, Lana, Lizy, Keli, Aniele, Carol, Halana e Bruna, pela amizade, pelos momentos de dispersão, pelas risadas, apoio, incentivo, por trazerem o equilíbrio nos momentos de aflição e por terem se tornado inesquecíveis. Tenho um carinho imenso por todas vocês.

Aos professores do mestrado interdisciplinar pela oportunidade, por terem compartilhado o conhecimento e o amor à pesquisa e por ter contribuído para que fosse possível alcançar mais uma conquista importante em minha vida.

Ao professor Sebastião Caldeira, coordenador da pesquisa multicêntrica da qual faço parte, bem como a toda equipe de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil pela oportunidade desse trabalho maravilhoso que me tornou uma pessoa, enfermeira e pesquisadora melhor. Vocês são excelentes, obrigada.

Enfim, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para o sucesso desse trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra amiga.

Muito Obrigada!

RESUMO GERAL

Introdução: No campo das políticas públicas faz-se importante avaliar a implantação de programas que visam a qualificação dos serviços em saúde, em especial à população materno-infantil. Em 2012, o Paraná implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), tendo em vista a humanização e assistência dessa população e o definiu como prioritário nas ações em saúde. **Objetivos:** O objetivo geral foi avaliar o desempenho dos domínios (consultas, estratificação de risco, prevenção materna, gestão e seguimento da criança após o nascimento) na 9^a, 10^a e 17^a Regionais de Saúde no período pré (2010 e 2011) e pós (2012 e 2013) implantação do PRMP, e como objetivos específicos: desenvolver instrumento de avaliação de processo e resultados de implementação para o PRMP; estabelecer Índice Avaliativo (IA) para avaliação do PRMP; identificar o desempenho dos domínios antes e depois da implantação do PRMP por Regional de Saúde e comparar o desempenho de cada domínio entre as três regionais nos períodos pré e pós implantação do PRMP. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, realizada em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná (9^a Regional de Foz do Iguaçu; 10^a Regional de Cascavel e 17^a Regional de Londrina) no período Pré (2010 e 2011) e Pós (2012 e 2013) implantação do PRMP. Coleta de dados documental, a partir dos sistemas de informação em saúde, a saber: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio de formulário elaborado e validado pela equipe de pesquisa, com posterior tabulação e análise estatística para identificar o IA (em escala de 0 a 100 considerou-se ideal o Índice igual ou superior a 70) dos domínios avaliados, sendo eles: consultas, prevenção materna, risco, gestão e seguimento, e discussão alicerçada na literatura acerca da temática em questão. Análise estatística dos dados, apresentados em dois artigos de resultados. **Resultados:** A pesquisa permitiu a construção e validação (alfa de Cronbach de 0,839) de instrumento avaliativo que se demonstrou útil para avaliação do PRMP, bem como de outros programas públicos de saúde materno-infantil. Os domínios que

apresentaram maior influência da implantação do programa foram Consultas e Prevenção Materna, ainda que seus escores após a implantação tenham permanecido abaixo do preconizado, e Gestão, sendo que os demais domínios pouco oscilaram ao longo dos quatro anos de estudo. Ainda, a 10ª RS foi a que apresentou melhor IA após a implantação do programa (IA de 76,85 em 2013), seguida da 17ª (IA de 73,31), sendo que a 9ª não atingiu valores adequados após a implantação do programa (IA de 58,07). **Conclusão:** Espera-se, primeiramente, que o instrumento de pesquisa criado e validado possa ser replicado para avaliação de outras regionais de saúde do estado, bem como de outros programas de saúde materno-infantis. No que se refere aos resultados da avaliação do PRMP, observa-se uma falha no registro das informações em saúde, que acabam comprometendo a avaliação da qualidade da assistência prestada. Faz-se importante lembrar que o processo de implantação do Programa é incipiente e necessita de ajustes estruturais e de implementação, a exemplo do processo de qualificação dos profissionais, da contratualização das instituições, do fluxo dentro da rede, em busca de melhorar a qualidade da atenção prestada às mulheres e crianças, tendo em vista o alcance das metas propostas pelo programa em todo o Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Saúde da mulher, Saúde da Criança, Políticas Públicas.

GENERAL ABSTRACT

Introduction: In the field of public policies it's important to evaluate the implantation of programs that aim the qualification of the health services, specially to the maternal-child population. In 2012, Paraná State implemented the program Rede Mãe Paranaense (RMP), in order of the humanization and support of this population and defined it as a priority in health actions. **Objectives:** The overall objective was to evaluate the performance of the domains (consultation, risk stratification, maternal prevention, management and child follow-up after childbirth), in 9th, 10th and 17th Health Regions in the period pre (2010 and 2011) and post (2012 and 2013) implantation of RMP, and as specific objectives: develop an instrument to evaluate the process and the results of the implementation to the RMP; to set an Evaluative Index to the evaluation of RMP; to identify the domains performance before and after the implantation of RMP for Health Region and compare the performance of each domain between three regions in the pre and post implantation periods of PRMP. **Methodology:** Evaluative research, with quantitative approach, realized in three Health Regions of the Parana State (9th Region of Foz do Iguaçu, 10th Region of Cascavel and 17th Region of Londrina) in the period pre (2010 and 2011) and post (2012 and 2013) implantation of the RMP. Documental data collection, as from the systems of health information, namely: Information System of Childbirth (SINASC), Mortality Information System (SIM), Monitoring System of the Humanization of Prenatal and Childbirth Care (SISPRENATAL), Information System of the National Immunization Program (SI-PNI) and Department of Health System Hardware (DATASUS), through form developed and validated by the research team, with subsequent tabulation and analysis to identify the Evaluation Index (in a scale of 0 to 100 it considered ideal an Index equal or superior to 70) of the domains to be evaluated, being them: consultation, maternal prevention, risk, management and child follow-up, and discussion with the literature about the present theme. Statistical data analysis, presented in two results articles. **Results:** The research allowed the construction and validation (Cronbach's alfa of 0.839) of the evaluative instrument that has demonstrated useful to the evaluation of the RMP, as well as other Public Programs of Maternal and Child Health. The domains that showed most influence in the implantation of the program was Consultation and Maternal

Prevention, even though their scores after the implantation remained below the recommended, and Management, and the remaining domains little oscillated through the four years of study. Still, the 10th showed the best Evaluative Index after the implantation of the Program (76.85 in 2013), followed by the 17th, and the 9th didn't reach adequate values after the implantation of program (58.07).

Conclusion: It's expected, first, that research instrument developed and validated can be replicated for evaluation of others Health Regions, as well as other maternal and child health programs. With regard the evaluation results of RMP, there is a fault in the registry of health information, which end up compromising the assessment of care quality. It is important to remember that implantation process of the Program is incipient and needs structural and implementation adjustments for exemple in the health professional qualification process, institucional contracts, netflux, to improve the quality of care provided to womem and children, with a view to achieving the goals proposed by the program throughout Parana State.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Care Networks, Women's Health, Children's Health, Public Policy.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	14
1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO GERAL.....	20
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
4.1 O sistema de saúde no Brasil a partir da nova constituição.....	25
4.2 A Atenção Primária à Saúde.....	29
4.2.1 A APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)	33
4.3 Políticas e Programas voltados à Saúde da Mulher e da Criança.....	37
4.4 As Redes de Atenção à Saúde.....	45
4.4.1 As condições de saúde.....	46
4.4.2 Surgimento das Redes de Atenção à Saúde.....	47
4.4.3 A Rede Cegonha.....	49
4.4.4 As Redes de Atenção no Paraná.....	53
4.5 Indicadores de Saúde e o Programa Rede Mãe Paranaense.....	56
4.6 Avaliação em saúde.....	62
5 METODOLOGIA.....	67
5.1 Tipo de Estudo	67
5.2 Caracterização das regiões e municípios de estudo.....	69
5.3 Coleta de Dados.....	73
5.4 Classificação das Variáveis avaliadas.....	73
5.5 Análise dos Dados	76
6 RESULTADOS	77
CONCLUSÃO GERAL.....	78
REFERÊNCIAS	80
ARTIGO 1	93
ARTIGO 2.....	110
ANEXO A.....	131

ANEXO B.....	184
ANEXO C.....	185
ANEXO D.....	187
ANEXO E.....	197
APÊNDICE A.....	204
APÊNDICE B.....	207

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização dos serviços de saúde proposta por Dawson (1920).....	29
Figura 2 – Mapa Estratégico APSUS.....	52
Figura 3 – Mapa Estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2012.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Características das regionais de saúde de estudo.....	66
Quadro 02 – Dados referentes aos indicadores materno-infantis das três regionais de saúde do estudo.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APCS - *Appropriateness of Primary Care Services Scales*

APS – Atenção Primária à Saúde

APSUS – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

CAA/DAB – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CAHPS – *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEDIP – Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias

CEONC – Centro de Oncologia

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CGB – Casa das Gestantes, Bebês e puérperas

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CPCI - *Components Of Primary Care Instrument*

CPMI – Coordenação de Proteção Materno-Infantil

CPN – Centro de Parto Normal

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

E-SUS AB – Sistema Nacional de Informatização das informações da Atenção Básica

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HOSPSUS – Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IP – Índice de Performance

Km – Quilômetro

Km² - Quilômetro Quadrado

MHI – *Medical Home Index*

MHIQ – *Medical Home IQ*

MHFS – *Medical Home Family Survey*

MS – Ministério da Saúde

NV – Nascidos Vivos

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PCAS – *Primary Care Assessment Survey*

PCAT – *Primary Care Assessment Tool*

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPC-PCMH – *Physicians Practice Connections-Patient-Centered Medical Home*

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PR – Paraná

PRMP – Programa Rede Mãe Paranaense

PROASP – Programa de Assistência à Saúde Perinatal

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RS – Regional de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SPT – Saúde Para Todos

SUS – Sistema Único de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UOPECCAN – União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

VTV – Vacina Tríplice Viral

APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver pesquisas na área de políticas públicas envolvendo a população materno infantil já se manifestou nos primeiros anos de graduação em Enfermagem. Primeiramente com a apresentação da disciplina de pediatria no terceiro ano de curso, quando surgiu a oportunidade de participar, como aluna de iniciação científica, de uma pesquisa multicêntrica cujo objetivo era avaliar o perfil clínico e sociodemográfico das crianças de zero a cinco anos de idade que procuravam o pronto atendimento para resolutividade de problemas sensíveis a Atenção Primária à Saúde (APS).

Da inquietação frente aos motivos pelos quais os pais não procuravam primeiramente a porta de entrada do Sistema de Saúde (a APS), surgiu, posteriormente, a possibilidade de participar de uma segunda pesquisa multicêntrica, também como aluna de iniciação científica, que tinha por objetivo avaliar a efetividade da APS nas unidades de saúde do município por meio dos atributos propostos pela pesquisadora Barbara Starfield (2002). Desse estudo multicêntrico, foi feito um recorte de pesquisa que acabou originando o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso, no qual se comparou a efetividade da APS em dois serviços de Atenção Primária do referido município (uma Unidade Básica Tradicional e uma Unidade de Saúde da Família) (FRANK et al., 2015).

As pesquisas multicêntricas na área da saúde, em especial as direcionadas a população materno infantil, são importantes para conhecermos não apenas a realidade local, mas também possibilitando melhorias e avanços nas políticas de saúde voltadas a essa população.

Diante dessa caminhada acadêmica, o desejo de continuar contribuindo para o campo das políticas públicas de saúde aumentou. Foi então que ingressei no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, logo após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem, tendo como linha de pesquisa as Práticas e Políticas de Saúde e, mais uma vez, tive a oportunidade de participar de uma pesquisa multicêntrica envolvendo a população materno infantil, da qual

surgiu o presente estudo. Constitui-se de um recorte do projeto multicêntrico denominado: “Análise do processo de implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense”, financiado pelo Edital Universal CNPq 14/2013, sob nº 474768/2013-9, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel e Foz do Iguaçu e a Universidade Estadual de Londrina (UEL). A pesquisa visa avaliar a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) em três Regionais de Saúde nos municípios de Cascavel, Londrina e Foz do Iguaçu, tendo como objeto de estudo o programa Rede Mãe Paranaense, considerado uma rede de cuidados em atenção à saúde da população materno infantil. Essas três regionais foram as escolhidas porque em duas delas há campus da UNIOESTE com curso de Enfermagem em que os docentes já trabalham em parceria de pesquisa e a de Londrina em função de experiências prévias do grupo de pesquisa, em pesquisa multicêntrica com colegas enfermeiros daquela universidade. Assim, a proximidade acadêmica entre os pesquisadores norteou a escolha das regionais de saúde.

Esse estudo se desenvolve por metodologia quali-quantitativa a partir de inúmeras atividades de pesquisa, sendo duas dissertações de mestrado, uma delas esta que ora apresento, outra com objetivo de comparar os dados entre todos os municípios das Regionais de Saúde, trabalhos de iniciação científica e de conclusão de curso.

Este relatório de pesquisa apresenta os itens introdução; referencial teórico, o qual abrange a APS, as RAS, políticas públicas voltadas à população materno infantil e os pressupostos do Programa Rede Mãe Paranaense; metodologia; resultados e discussão por meio de dois artigos intitulados: Construção e validação de instrumento avaliativo de programa público de saúde materno-infantil e Avaliação do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná. Por fim, as conclusões gerais do estudo são apresentadas.

INTRODUÇÃO GERAL

Com a Constituição de 1988, marco histórico da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, tendo como fundamentos os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e a participação social. Esse reconhecimento se deu após longa luta política e também pela atuação do Movimento da Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

Criado para ser um sistema de saúde universal, o SUS conforma o modelo público de ações em saúde no Brasil, partindo de uma concepção ampla do direito a saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando em sua estrutura instrumento de democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde, tendo demonstrado preocupação com o bem estar, a igualdade e a justiça na sociedade concretizado com o exercício dos direitos sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). No entanto, o SUS ainda é um sistema de saúde em desenvolvimento que luta pela garantia da saúde como direito (da cobertura universal e equitativa).

Desafios enfrentados pelas transformações nas características demográficas e epidemiológicas levam a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde centrado na doença (PAIM et al., 2011). A situação de saúde brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças, sendo: agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, carga importante de causas externas e presença hegemônica de condições crônicas. Essa situação de saúde não pode ser respondida por um sistema de atenção fragmentado, reativo e voltado para o enfrentamento de condições agudas e agudizações de condições crônicas. Sendo assim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam resolver as condições de saúde da população de forma efetiva, eficiente e com qualidade (MENDES, 2011).

A proposta de RAS emergiu pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, porém só teve difusão mais recentemente, na década de 1990, quando avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental, Canadá, até atingir países em desenvolvimento (OPAS, 1964; MENDES, 2011).

As RAS são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde se desenvolvem procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio e gestão, buscam a garantia da integralidade do cuidado e resolutividade dos problemas da população (MENDES, 2011; LAVRAS, 2011). Nesse contexto o contato entre os diversos pontos de atenção no sistema de saúde deve ocorrer pela integração efetiva destes serviços, sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), na atenção a todas as necessidades de saúde demandadas pelo usuário.

Nas últimas três décadas o Brasil passou por uma série de mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população, mudanças essas que tiveram grande impacto sobre a saúde materno infantil. Nesse contexto, a atenção a essa população se tornou mais evidente na agenda pública e grandes programas verticais de saúde foram implementados em larga escala (promoção do aleitamento materno, vacinação, atenção integral às mulheres durante a gestação, parto e puerpério e à criança no primeiro ano de vida). O acompanhamento de saúde a esse grupo populacional é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde (VICTORA, et al., 2011).

Por sua vez, no estado do Paraná, Jimenez et al. (2001) descreveram o surgimento e a consolidação de uma experiência pioneira de rede temática de atenção à mulher e à criança no Paraná, o Programa Mãe Curitibana, que nos seus 15 anos de caminhada apresentou resultados extremamente favoráveis.

Implantado em março de 1999, o Programa Mãe Curitibana surgiu como uma proposta de melhoria da qualidade do pré-natal, com garantia de acesso ao parto, complexidade e qualidade necessárias, consulta puerperal precoce, tendo em vista a detecção e manejo de possíveis complicações, bem como reforço do estímulo ao aleitamento materno (CURITIBA, 2014).

Em junho de 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. A mesma “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a, p.2).

Em 2012, com o sucesso do Programa Mãe Curitibana na redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, nas ações de atenção ao pré-natal e à criança, e seguindo a orientação nacional de atenção ao grupo materno-infantil, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) adota o programa Rede Cegonha, sendo denominado Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), como um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde de 2011 a 2014 (PARANÁ, 2012).

A prioridade das ações desenvolvidas pelo PRMP baseou-se na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, que apresentaram uma estagnação nos últimos anos: a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná era de 89,9/100.000 Nascidos Vivos (NV) no período de 1989 a 1993 e, no período de 2004 a 2008, de 62,8/100.000NV. Em 2010, a RMM aumentou para 63,8/100.000NV e em 2015, após a implantação do PRMP, diminuiu para 23,46/100.000NV. A mortalidade infantil reduziu de 16,72/1000NV em 2002 para 12,15/1000NV em 2010 e 10,62/1.000NV em 2015 (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2015a).

Esses indicadores chegaram a um patamar que demanda maior complexidade. Diante disso, a SESA estabeleceu um conjunto de ações para implantação do PRMP, como a captação precoce da gestante, o acompanhamento do pré-natal com a garantia de no mínimo sete consultas, sendo seis de pré-natal e uma no puerpério, a estratificação de risco para gestantes e crianças menores de um ano, a implantação de ambulatórios especializados para gestantes e crianças de risco e a vinculação da gestante ao hospital (PARANÁ, 2012). Essas ações constituem-se como pressupostos para a organização e funcionamento do PRMP (PARANÁ, 2012).

Para se averiguar o efeito que a implementação de um serviço ou programa está causando na saúde do público a que se dirige, faz-se necessário uma avaliação sistematizada do mesmo. Por esse motivo, apresenta-se a avaliação da implementação do PRMP. Esta pesquisa está sendo conduzida de forma multicêntrica pelas universidades estaduais do Oeste do Paraná e de Londrina da

qual fazem parte duas dissertações de mestrado, sendo esta que ora se apresenta, e outra que avalia o desempenho do PRMP nos municípios, e a pesquisa mãe que avalia o conjunto dos dados de forma quali-quantitativa.

A avaliação de implementação de programas, segundo Contandriopoulos et al. (1997, p.44), tem por objetivo:

Medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada ou não foi implantada efetivamente.

Desse modo, passados dois anos da implantação do PRMP, questiona-se: houve mudanças na situação da saúde materno-infantil com a implementação do PRMP? Os indicadores de saúde materno-infantis obtiveram queda significativa após a implantação da rede, relacionado às suas ações, quando comparados aos anos anteriores? Há diferenças nos desempenhos a serem obtidos na avaliação entre as regionais de saúde a serem estudadas?

Emerge, então, a necessidade de conhecer os elementos e seu desempenho no período que antecede a implantação do PRMP, bem como nos anos subsequentes a esta, nas regiões oeste e norte do Estado do Paraná. Para tanto, avaliou-se o desempenho da 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde (correspondendo a Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina, respectivamente), ao longo do período pré e pós implantação do PRMP, relativa às consultas, classificação de risco da gestante, prevenção materna, gestão e vinculação dos serviços e seguimento da criança após nascimento. Estes itens avaliados são pressupostos do PRMP e serão considerados como domínios neste estudo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Avaliar o desempenho dos domínios (consultas, estratificação de risco, prevenção materna, gestão e seguimento da criança após o nascimento), na 9^a, 10^a e 17^a Regionais de Saúde no período pré e pós implantação do Programa Rede Mãe Paranaense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver instrumento de avaliação de processo e resultados de implementação para o Programa Rede Mãe Paranaense;
- Estabelecer Índice Avaliativo para avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense;
- Identificar o desempenho dos domínios antes e depois da implantação do Programa Rede Mãe Paranaense por Regional de Saúde (9^a, 10^a, 17^a);
- Comparar o desempenho de cada domínio entre as três regionais nos períodos pré e pós implantação do Programa Rede Mãe Paranaense;

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a construção do cenário de estudo é importante compreender os pilares que norteiam o objeto pesquisado. Sendo assim, apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre o sistema de saúde brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS), as políticas e programas voltados à saúde da mulher e da criança, bem como a compreensão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) até a implantação do PRMP, a fim de estabelecer um recorte apropriado sobre a temática de estudo.

3.1 O sistema de saúde no Brasil a partir da nova constituição

Anteriormente a constituição de 1988, a assistência médica à saúde no país era majoritariamente vinculada às atividades previdenciárias. O caráter contributivo do sistema existente dividia a população em dois grupos, além da pequena parcela da população que pagava pelos serviços de saúde por conta própria: os previdenciários, cidadãos de primeira classe, que obtinham um acesso mais amplo à assistência à saúde por meio da previdência social; e os não previdenciários, cidadãos de segunda classe que obtinham acesso limitado à assistência, normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos existentes e às atividades filantrópicas de entidades assistenciais específicas (BRASIL, 2003a).

Problemas como a baixa resolutividade da assistência, atendimento de uma população restrita e a crise financeira contribuíram com a emergência da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Aglutinador e condutor de reflexões e ações políticas, o movimento sanitário inicia os anos de 1980 propondo como linha estratégica a ocupação de espaços institucionais, a formulação e implementação de políticas de saúde voltadas à crise previdenciária do Estado, e à construção de um novo sistema de saúde para o Brasil (BRASIL, 2006a).

A concepção política e ideológica da Reforma Sanitária defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, superando o modelo voltado às questões biológicas a serem resolvidas pelos serviços médicos (PAIM et al., 2011).

O país deparava-se com um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um histórico de vários anos de luta e propostas para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. Essas condições históricas contribuíram para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, que aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS com base no desenvolvimento de estratégias que permitiram a coordenação, integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde das três esferas de governo (BRASIL, 2006a; PAIM et al., 2011).

De acordo com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p.02):

Ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

Segundo Fleury (1997, p.20), a Reforma Sanitária configurou-se como uma “proposta” que abrange um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8ª CNS e, também, como um “projeto”, pois refere-se a um complexo de políticas articuladas que requerem uma determinada consciência sanitária, a participação da cidadania e a vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um “processo” porque a proposta transformou-se em uma bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se história.

Mais tarde, o projeto da RSB foi incorporado na Constituição de 1988, assumindo um novo conceito de saúde e a criação do SUS, tendo como princípios

doutrinários a universalidade, a integralidade e a igualdade, e como diretrizes organizativas a regionalização, a descentralização e a participação da comunidade (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). De acordo com o texto constitucional (BRASIL, 1988, art.196):

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele foi instituído em 1990, a partir da Lei 8.080, também conhecida como Lei Orgânica de Saúde, que propôs sua forma de organização e funcionamento em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. Essa lei definiu os princípios fundamentais do SUS, já descritos anteriormente, e a partir de então se iniciou o processo de implantação do SUS como um sistema público de saúde único e universal (BRASIL, 1990).

Esse processo tem sido orientado por uma série de legislações, como as Normas Operacionais do SUS, instituídas a partir de portarias ministeriais, com o objetivo de definir as competências de cada esfera de governo e as condições para que os Estados e municípios possam assumir suas posições na implantação. Desde o início do processo foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revisada e publicada em 2002 - NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2009a).

O conteúdo das Normas Operacionais é estabelecido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Dessa forma, foram criadas instâncias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério, CONASS e CONASEMS, e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual

de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Sendo assim, as decisões referentes as medidas para implantação do SUS tem sido negociadas por essas comissões, considerando-se a esfera de poder de cada representatividade, influenciando nos resultados das propostas debatidas (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito a participação da comunidade, a mesma se concretiza por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Essas instâncias foram instituídas pela Lei 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a qual trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2009a).

Na perspectiva do controle social, a participação da comunidade na gestão da saúde intenta promover o direcionamento das ações e serviços de saúde aos interesses da comunidade, com a finalidade de estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, sendo que o conhecimento da realidade da saúde das comunidades é considerado fator determinante na tomada de decisões por parte do gestor (BRASIL, 2009a).

Em 2006, o Pacto pela Saúde retoma as propostas da NOB/SUS 01/96 e da NOAS/SUS 01/02, e dá ênfase à regionalização, inovando com a proposta de criação das Regiões de Saúde. No contexto da regionalização, criou-se um mecanismo de gestão regional, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), como espaço permanente direcionado à pactuação, formado pelos gestores municipais de saúde das regiões e pelos representantes do gestor estadual. Nesse espaço, os gestores realizam o planejamento regional, que deverá expressar as responsabilidades com a saúde da população do território, garantindo acesso e integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no Plano de Saúde de cada município e do estado (BRASIL, 2009a) e regulamentadas pelo Decreto 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011b).

A criação do SUS teve como finalidade modificar a assistência desigual à saúde da população. Sua criação foi estratégica para implementação de ações na APS, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, ou seja, a APS no SUS deveria garantir o acesso universal aos serviços de saúde e funcionar como porta de entrada para toda população (MANCUSO et al., 2012).

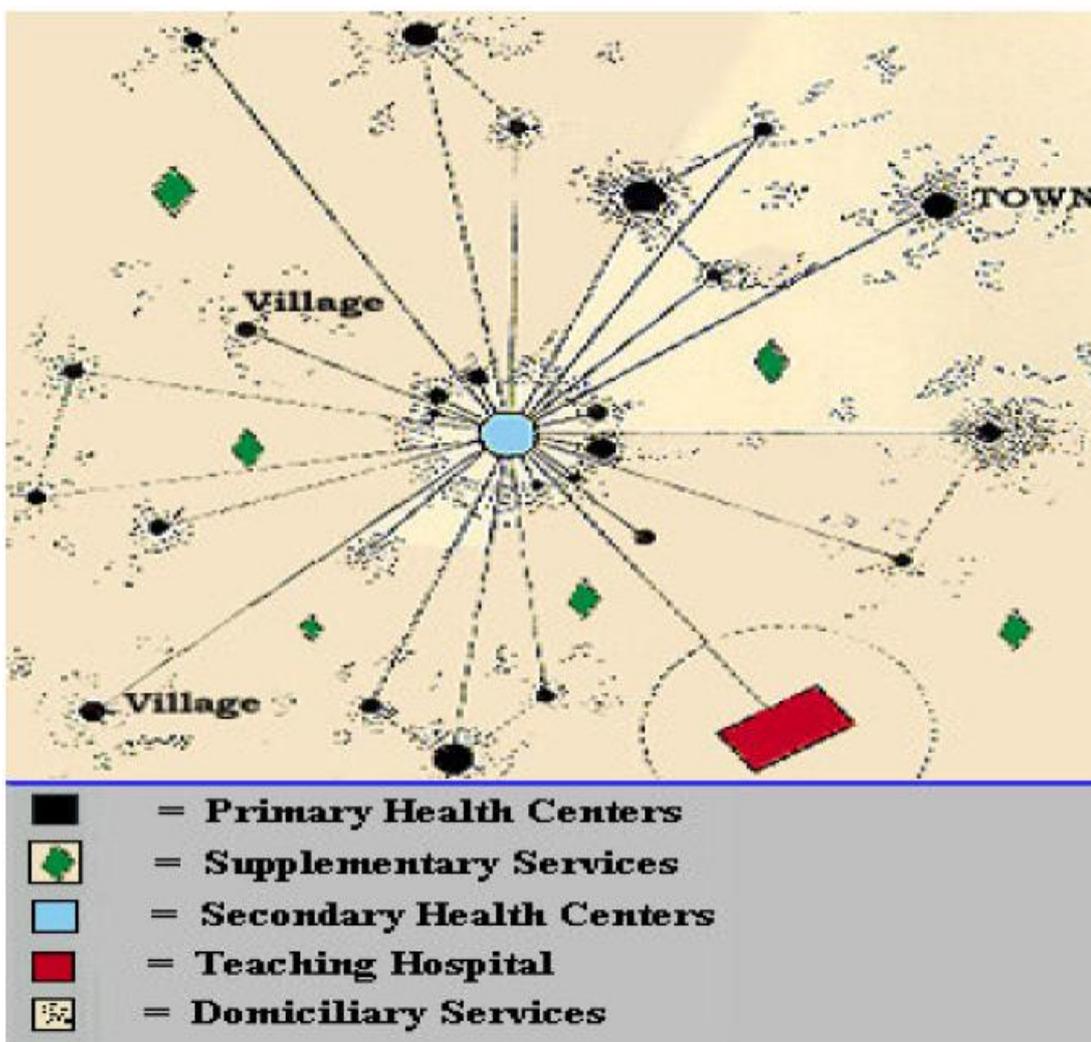
Na série sobre a saúde no Brasil do *The Lancet*, Paim et al. (2011) apontam inúmeras conquistas do SUS como a ampliação do acesso aos serviços de saúde, inovações institucionais, participação social, descentralização, conscientização da população sobre o direito à saúde, expansão dos recursos humanos e tecnologias, que contribuem positivamente para o perfil de saúde nacional. Contudo, muitos avanços serão ainda necessários para sua concretização, tal qual foi idealizado.

O século XX foi marcado por diversas transformações e experiências de modelos assistenciais de saúde, fato que levou ao estabelecimento dos princípios e diretrizes propostos na Declaração de Alma Ata que definiu a APS como ponto de atenção essencial para alcançar o maior nível de saúde possível para uma população e estabeleceu metas para o fortalecimento da APS (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011), a qual se descreve a seguir.

3.2 A Atenção Primária à Saúde

A construção da APS perfez longa caminhada, a começar por sua expressão, a qual foi cunhada na Inglaterra em 1920 por Dawson, médico inglês, que propôs, no “Relatório Dawson”, uma reformulação dos serviços de saúde para uma medicina comunitária por meio dos “Centros de Atenção Primária à Saúde”. Tal modelo criticou a separação entre serviços de ações curativas e preventivas, propondo os serviços de saúde domiciliares e a assistência à saúde em três níveis principais (primário, secundário e terciário). A partir desse modelo, os serviços de atenção primária compreendem serviços organizados de modo regionalizado e inseridos em uma estrutura descentralizada, promovendo ações de promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação (FACCHINI; GARCIA, 2009; MENDES, 2011).

Figura 1 - Organização dos serviços de saúde proposta por Dawson (1920).



FONTE: DAWSON (1920)

Evidencia-se, na Figura 1 apresentada por Dawson, em 1920, o esquema de RAS, com pontos de atenção distribuídos entre a APS, a atenção secundária e serviços suplementares (apoio e diagnóstico, atenção especializada ambulatorial), hospitais de referência (preferencialmente universitários), atenção domiciliar, alguns em nível local e outros em nível regional, de acordo com o conceito de escala, retomado atualmente como proposta de organização da atenção, ou seja, quase um século se passou e a proposição não conseguiu se efetivar em nossa realidade.

Na década de 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia como empecilho ao desenvolvimento no campo da saúde as disparidades entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, bem como as disparidades sociais, a atenção à saúde com caráter predominantemente curativo, a elevação dos custos da prestação de serviços que inviabilizavam o acesso para parcelas significativas da

população. Diante dessa situação, na Assembléia de Saúde de 1953, declarou que sua ajuda técnica seria direcionada ao fortalecimento dos serviços básicos de saúde, atendendo, especificamente, problemas que afetam grande parte da população, sendo que a APS seria o recurso em resposta a essas situações (RIBEIRO, 2007).

Segundo o mesmo autor, os princípios da APS divulgados pela OMS tinham como referência as experiências de países de terceiro mundo, na década de 1960 e início da década de 1970, voltadas para atender a população carente que não possuía acesso à assistência e cuidados médicos.

Em 1977, em sua trigésima reunião, a OMS decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde, no ano 2000, que lhes permitisse levar uma vida saudável e economicamente produtiva. As conferências regionais formularam os princípios estratégicos da APS e o lema Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000), e foram influentes sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária, pois divulgaram amplamente suas ideias, que foram referendadas na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (RIBEIRO, 2007).

Essa Conferência, realizada no dia 12 de setembro de 1978 em Alma-Ata, capital da então República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde, definiu pela primeira vez APS, que:

corresponde aos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICEF, 1978, p.1-2).

A conferência de Alma-Ata estabeleceu oito elementos considerados fundamentais para as ações de cuidados primários em saúde, sendo eles: a educação em saúde; o saneamento ambiental, principalmente de água e alimentos; os programas de saúde materno-infantil, incluindo imunizações e planejamento familiar; a prevenção de doenças endêmicas; o tratamento das doenças mais comuns; o fornecimento de medicações essenciais; a promoção de saúde mental e boa alimentação; e a medicina tradicional. Esses elementos deveriam ser contemplados na APS como estratégia para alcançar a SPT 2000 (RIBEIRO, 2007).

Para Vuori (1984, *apud* Starfield 2002), a APS só se torna igualmente aplicável como uma meta nas nações industrializadas quando estas a encaram como uma estratégia para integração de todos os aspectos dos serviços de saúde. Esta visão requer um sistema de atenção à saúde que enfatize a justiça, a equidade social, a auto responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde.

Ao longo dos anos diversas definições sobre APS foram sugeridas. Nesse estudo adota-se a definição proposta por Starfield (2002, p. 726):

A APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

No Brasil, diversas iniciativas de organização da APS foram formuladas como alternativas ao modelo de saúde vigente, dentre elas a medicina geral e comunitária, o Programa de Médicos de Família de Niterói, as Ações Programáticas em Saúde e o Movimento em Defesa da Vida. Todas essas propostas foram relevantes, porém não transformaram a situação assistencial vigente. Dessa maneira, reformulações sucessivas ocorreram no território nacional até a instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF) (MALTA; SANTOS, 2003).

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF). Mais tarde, o enfoque foi ampliado e, de programa, as ações de saúde da família passaram a estratégia operacional de governo para implementar a APS no país, sendo denominada ESF. Trata-se de uma maneira de reorganizar a produção dos cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial em uma assistência voltada essencialmente à família, compreendida a partir de seu âmbito físico e social (ROECHER; BUDÓ; MARCON, 2012). De um modo geral o objetivo da ESF era superar o modelo assistencialista hospitalocêntrico vigente concretizando os princípios constitucionais do SUS (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). Sendo esta estratégia a escolhida pelo Brasil para fortalecer a APS do país, faz-se necessário aprofundar um pouco mais acerca da temática, como descreve-se a seguir.

3.2.1 A APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O PSF insere-se no debate sobre a reorientação do modo assistencial para responder a crise no setor saúde. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2001). O PSF surge, em 1994, como um programa que visa incorporar e ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e sua perspectiva inicial era de atender os 32 milhões de brasileiros “expostos à maior risco de adoecer e morrer, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde” (BRASIL, 1994 *apud* CAPOZZOLO, 2003, p.81).

Em 1995, o PSF se expandiu, com mudanças de inserção na política do governo federal¹. Em 1998, observa-se ampliação da cobertura da ESF em todo o Brasil, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões do país que adotaram a Estratégia e devido a uma série de incentivos financeiros², cobrindo, em 2001, 70,1% dos municípios brasileiros. O processo de implantação da estratégia foi heterogêneo nas regiões do país, iniciando-se pelo Nordeste, Norte e

¹ Na gestão do ministro de saúde Adib Jatene, em 1995, a coordenação do programa foi transferida para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), momento em que se iniciaram as discussões em relação à remuneração de seus procedimentos (VIANA; DAL POZ, 2005).

² Primeiramente define-se um teto especial e pagamento diferenciado por procedimento para os municípios que aderissem ao Programa e, mais tarde, com a NOB96 e com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998 acentua-se o incentivo à adoção do Programa, através de repasses financeiros específicos (CAPOZZOLO, 2003).

Sudeste e posteriormente para o Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2002a). No ano de 2015, a cobertura populacional estimada por equipes de ESF é de 63,12% (BRASIL, 2015b).

Os documentos do Ministério da Saúde, desde 1996, passaram a apresentar o PSF como estratégia governamental de reorientação do setor de saúde, a partir da atenção básica, ressaltando-se que não se trataria “apenas de um modelo simplificado, de pobre para pobre” (BRASIL, 1997, p.9).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) estabeleceu os princípios do Programa Saúde da Família, sendo eles: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição da clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2004a).

No Brasil a Atenção Básica (AB) foi promulgada pela Portaria nº 648/2006 e redefinida pela Portaria nº 2.448 de 21 de outubro de 2011 – regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o PACS (BRASIL, 2011c). Nessa portaria, o Ministério da Saúde considera como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, sendo entendida como o primeiro nível de complexidade da atenção à saúde no SUS.

De acordo com a Portaria, a Atenção Básica é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011c, Anexo I, p. 2).

A ESF, apresentando-se como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases contribuindo para substituir o modelo tradicional existente, levando a saúde o

mais próximo das famílias, melhorando, assim, a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010a).

O processo de trabalho das equipes de saúde da família constitui-se como elemento-chave para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e a comunidade, sendo que o centro de atenção é a família e não somente o indivíduo, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde por meio de um sistema proativo, ou seja, que age preventivamente (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015a).

As equipes de saúde da família são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipes de saúde da família (BRASIL, 2012a).

A ESF caracteriza-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, atuando sob um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua população, podendo identificar e intervir sobre os problemas de saúde e fatores de risco aos quais a comunidade encontra-se exposta, visando a atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2010a).

Promover a integralidade do cuidado em suas diversas vertentes é um grande desafio para a ESF. Para implantar seus princípios, a equipe de saúde da família deve estar preparada para: identificar problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população encontra-se exposta; elaborar um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral, com ênfase nas ações de promoção e prevenção à saúde, bem como desenvolver processos educativos voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e cidadania. Aponta também as atribuições básicas de cada profissional quanto ao planejamento dos serviços, execução das ações, a supervisão da equipe, a relação multiprofissional, a atuação na comunidade e a avaliação dos resultados (BRASIL, 2001).

Para que essas premissas se efetivem existem várias sistematizações, entre elas a proposta por Starfield (2002) que define quatro atributos essenciais da APS: o primeiro contato, a continuidade ou longitudinalidade, a integralidade e a

coordenação e três atributos derivados: centralização familiar, orientação comunitária e competência cultural.

O primeiro contato ou acessibilidade é definido como o uso de serviços pela população tanto para cada novo problema de saúde quanto para o acompanhamento rotineiro de saúde (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). A garantia de atenção ao primeiro contato relaciona-se ao uso da APS como porta de entrada para os serviços de saúde e à sua capacidade de resolver problemas da população, sejam eles, amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social (GOMES et al., 2011).

A longitudinalidade refere-se à existência de um aporte regular de cuidados aos usuários, sendo representado pela relação contínua, ao longo do tempo, entre equipe de saúde, indivíduos e família (STARFIELD, 2002).

A referida autora define a integralidade como a prestação de serviços, pela equipe de saúde, que atenda as necessidades da população, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento de condições que causem doenças. A integralidade promove a oferta de serviços de prevenção e tratamento e a garantia de diversos tipos de serviços ofertados à população.

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados para o alcance de um objetivo comum (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A orientação familiar e orientação comunitária são definidas como atributos derivados. A centralização familiar refere-se à família como sujeito de atenção e a orientação comunitária, por sua vez, é definida como o reconhecimento das necessidades dessa família em relação ao contexto social, físico, econômico e cultural em que está inserida (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A competência cultural, também um atributo derivado, envolve o reconhecimento das necessidades especiais da população que podem não estar em evidência devido às características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (STARFIELD, 2002).

Visando a efetividade desses atributos para solucionar os problemas de saúde da população, as Unidades de Saúde da Família (USF) passam a ser vistas como porta de entrada preferencial para o SUS e a principal estratégia de

organização dos sistemas de saúde, como modelo substitutivo em relação à rede de atenção básica (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

No Brasil, oficialmente, por meio dos documentos emanados no Ministério da Saúde, já se assumia os princípios da APS, propostos por Starfield (2002). Os quais foram reafirmados na Portaria 2.488 de 2011, descritos em seu anexo 1 ao tratar das disposições gerais da AB (BRASIL, 2011c).

Para Roecher, Budó e Marcon (2012), em termos de organização, a ESF prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários, integral e continuamente, sendo desenvolvidas por meio de uma equipe multiprofissional. Toda equipe de saúde da família, e especialmente o enfermeiro, assume o desafio da prestação de uma APS baseada em ações educativas, reguladas pelos princípios de promoção à saúde, em que a ação multiprofissional é considerada fator essencial para melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população. A APS, portanto, engloba a atenção à saúde a todos os segmentos populacionais e faixas etárias, ou seja, da criança ao idoso.

Neste estudo, foca-se a atenção direcionada pela APS a saúde da mulher e da criança, por ter sido este segmento populacional elegido para a implementação da primeira Rede de Atenção à Saúde (RAS) no país e no estado do Paraná. Assim, dentre as propostas e programas no contexto de saúde pública no Brasil, importante se faz considerar alguns pontos sobre as Políticas e Programas voltados à Saúde da Mulher e da Criança, os quais se descrevem a seguir.

3.3 Políticas e Programas voltados à Saúde da Mulher e da Criança

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, traduziu-se na preocupação com o grupo materno infantil, visto que sempre permaneceu como a mais enfatizada pelas políticas de atenção à saúde da população (OSIS, 1998).

Em 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), subordinada ao Ministério da Saúde e vinculada à Secretaria de Assistência Médica, que tinha como atribuições o planejamento, orientações e coordenação das

atividades realizadas à mãe e ao filho, conforme o Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011d).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, criado em 1975, tinha como objetivo a redução da morbimortalidade da mulher e da criança, bem como concentrar recursos financeiros, investir na infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar, visando à prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade da assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, assim como à criança menor de cinco anos. Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a ser denominada Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011d).

Em 1983, por meio do DINSAMI, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. Entretanto, logo em seguida, o PAISMC foi substituído por dois outros programas específicos, sendo eles: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011d), os quais se descreve ao longo deste capítulo, juntamente com os demais programas voltados à saúde da mulher e da criança de relevância para o sistema de saúde.

O PAISM, um dos principais precursores dos programas voltados à saúde da mulher, foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) em 1983. Nessa época a discussão se pautava predominantemente em relação ao controle da natalidade. O tema planejamento familiar mostrou-se recorrente nas conferências sobre população em 1974, em Bucareste; 1984, no México e em 1994, no Cairo. Nessas conferências a posição formal do Brasil esteve identificada pela defesa do livre arbítrio das pessoas e dos casais em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos ao controle demográfico (BRASIL, 1983; COSTA et al., 2009), tal como demonstra a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 7^a:

[...] o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito e é vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas (BRASIL, 1988, p.128).

O PAISM trata-se de um programa que incorporou o ideário feminista para atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o Estado Brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Sendo assim, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que gerou avanços em relação ao modelo de atenção materno infantil até então desenvolvido (BRASIL, 1983).

As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde da mulher, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao Programa. O Programa propôs formas mais simétricas de relacionamento entre profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida, bem como assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) e nos casos de doenças crônicas ou agudas (BRASIL, 1983; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O Congresso Nacional aprovou a Lei nº 9.263, de janeiro de 1996, conhecida como a Lei do Planejamento Familiar, que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e recupera as diretrizes do PAISM. A Lei estabeleceu normas para o desenvolvimento de uma política de saúde reprodutiva ampla, obrigando ao SUS a garantir, em toda sua rede, ações integradas de assistência ao controle de fecundidade, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer relacionado ao aparelho reprodutivo de mulheres e homens, entendendo todas essas normas como parte do direito ao planejamento familiar (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007).

Visto que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569 de 01 de junho de 2000, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva de humanização aparecem como elementos estruturadores (BRASIL, 2000; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A cartilha de apresentação do PHPN, divulgada em 2002, traz que:

O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, família e recém-nascido, isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002b, p.5-6).

O PHPN tinha como prioridades, na assistência à gestação e ao parto, concentrar esforços a fim de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas com o intuito de ampliar o acesso ao pré-natal; estabelecer procedimentos e ações, cuja realização fosse fundamental para esse acompanhamento; e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2002b).

O Programa instituiu ainda uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementar essas ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2002b).

Os critérios estabelecidos foram: realizar primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; exames laboratoriais como:

tipagem sanguínea (ABO e Rh) na primeira consulta; teste para identificação de sífilis (Veneral Disease Research Laboratory – VDRL) um exame na primeira consulta e o outro próximo à trigésima semana de gestação; urina de rotina e glicemia de jejum, ambos com coleta na primeira consulta e outra próxima à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), com um exame na primeira consulta, nos municípios com população acima de 50 mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (BRASIL, 2002b).

Os incentivos financeiros foram instituídos da seguinte forma: R\$ 10,00 por gestante cadastrada no PHPN e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumpridos os critérios mínimos estabelecidos (BRASIL, 2002b).

A criação de um sistema informatizado de informações e acompanhamento do PHPN, o SISPRENATAL, foi considerada como medida fundamental do Programa. Esse sistema de informações deveria, além disso, monitorar o pagamento dos incentivos e tornar-se um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar a atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão de serviços (BRASIL, 2002b).

Em 2003, iniciou-se a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de Saúde da Mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Esta Portaria foi lançada pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2014a).

Na análise preliminar foram considerados os dados obtidos por intermédio de estudos e pesquisas promovidos pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher, para avaliar as linhas de ação desenvolvidas. Destaque para o Balanço de Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, Avaliação do PHPN, Avaliação dos Centros de Parto Normal e Avaliação da Estratégia de Distribuição dos Métodos Anticoncepcionais (BRASIL, 2014a).

Em seguida, a Coordenação Geral buscou parceria de diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou as contribuições do Movimento de Mulheres, Movimento de Mulheres Negras e trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área,

organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, até que, por fim, submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde, na qual foi aprovada (BRASIL, 2014a).

No que se refere à assistência da criança, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984 no Brasil, surgiu para assegurar a assistência integral à saúde da criança, por meio de ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior impacto na morbimortalidade de crianças entre zero e cinco anos de idade. Sendo assim, cinco ações básicas foram propostas como metodologia para a organização da assistência nessa faixa etária, sendo elas: promoção do aleitamento materno e orientação familiar no primeiro ano de vida; controle da diarreia; controle das doenças respiratórias na infância; imunização; e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 1984).

Em julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069 – atualizada em 2003 – que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora. O documento em questão pretende, ainda, assegurar à gestante, através do SUS, o atendimento pré e perinatal, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade, e também, implantar alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, que possibilitassem ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 2003b; FROTA et al., 2010; COSTA et al., 2010).

Posteriormente, em 1991, por meio da elaboração e divulgação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a atenção perinatal foi definida, pela primeira vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. O Programa possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; a melhoria na qualidade da assistência ao parto; incremento de qualidade da assistência ao recém-nascido; o incentivo ao aleitamento materno; as orientações voltadas ao planejamento familiar e a supervisão e avaliação do atendimento por meio de um sistema de informação perinatal. Nesse contexto, mudou-se o cenário das políticas voltadas à saúde da criança, no qual o recém-nascido passa a ser

contemplado como sujeito do cuidado, na sua integralidade, sendo consideradas sua individualidade e especificidade (COSTA et al., 2010).

Centrando esforços em direção aos princípios da humanização da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº 1.016 de 1993, tornou obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e recém-nascido em todo território nacional. Ainda, em 1994, lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio de duas portarias: a Portaria nº 1.113/1994, assegurando o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto para o Hospital Amigo da Criança vinculado ao SUS, e a Portaria nº 155/1994, estabelecendo critérios para o credenciamento desses hospitais (COSTA et al., 2010).

Em 1996, o conceito de integralidade das ações de atenção à saúde da criança fundamentou a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no desenvolvimento de uma iniciativa global em saúde da criança, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), tendo como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade de atenção à saúde dos menores de cinco anos; e fortalecimento da promoção da saúde e ações preventivas na infância (PINA et al., 2009).

Outro documento que trata de ações dirigidas à saúde das crianças, acordado internacionalmente, é a Declaração do Milênio pela Organização das Nações Unidas de 2000, na qual constam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no Brasil chamados de “8 Jeitos de Mudar o Mundo”. São metas da declaração: Erradicar a extrema pobreza e fome; Atingir a educação básica universal; Promover a igualdade de gênero e autonomia das mulheres; Reduzir a mortalidade infantil; Melhorar a saúde materna; Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; Garantir a sustentabilidade ambiental e Estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento (OMS, 2000).

No âmbito da APS, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento do dever do Estado. A abordagem epidemiológica desse documento está relacionada à

identificação de um ou mais fatores de risco, tais como: baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas (menor que 19 anos e maior que 35 anos), gemelaridade, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar. Esses fatores exigem um acompanhamento especial, pois aumentam a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil (BRASIL, 2002c). Esse documento foi revisado e atualizado em 2012 por meio do Caderno 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012b).

Em 2004, ocorreu o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Nesse documento, os cuidados com a saúde infantil são colocados entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, enfatizando o cuidado integral e multiprofissional, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência qualificada e humanizada. A agenda tem por finalidade apoiar os gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis, desde o primeiro atendimento, na Unidade Básica de Saúde, até a atenção especializada nas unidades hospitalares de média e alta complexidade (BRASIL, 2004b; FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

No mesmo ano, a proposta do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a qual abrangeu os órgãos de saúde e universidades brasileiras, apontou para a necessidade da formação de profissionais com perfil modificado. Salientou que, além de competência técnica, o profissional da área de saúde deve ter o compromisso de oferecer à clientela um espaço para o diálogo captando assim as reais necessidades, expectativas e dúvidas. Essa metodologia de atendimento visa uma assistência de acordo com a realidade dos usuários nos serviços de saúde (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399, aprovou o Pacto pela Saúde com a finalidade de fortalecer e consolidar a implementação do SUS, que estabelece como uma de suas prioridades, o Pacto pela Vida e a Redução da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil (BRASIL, 2006b).

Em 2015, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança, com a finalidade de integrar as ações já existentes para

atendimento a essa população cujo objetivo é de promover o aleitamento materno e a saúde da criança, da gestação aos nove anos de vida com enfoque as populações de maior vulnerabilidade, como crianças com necessidades especiais, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e em situação de rua. Os eixos estratégicos dessa política são sete:

atenção humanizada e qualificada a gestação, parto, nascimento e recém nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção a criança em situação de violências; prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção a saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção de óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015c, s/p).

Tendo o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, bem como os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio como precursores no desenvolvimento das políticas e programas da Saúde Materno Infantil, destacamos uma das últimas propostas implantadas no Brasil, o Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011e). Para a apresentação do Programa Rede Cegonha, apresenta-se uma breve discussão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), abordadas no item a seguir.

3.4 As Redes de Atenção à Saúde

Para se abordar o tema Redes de Atenção à Saúde (RAS), importante se faz definir e compreender as condições de saúde e sua relação com a situação de saúde brasileira, bem como avaliar seu impacto nas políticas públicas do sistema de saúde nacional.

3.4.1 As condições de saúde

De acordo com Mendes (2011), condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias de saúde das pessoas, sejam elas persistentes ou não e que exijam respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

As condições agudas, em geral, têm início repentino, apresentam uma causa simples e de fácil diagnóstico, são de curta duração e respondem bem a tratamentos específicos, como tratamentos medicamentosos ou cirurgia, exigindo do sistema de atenção uma resposta reativa e episódica, diferentemente das doenças crônicas, que, por sua vez, apresentam início gradual, usualmente de causas múltiplas e de difícil diagnóstico, são de longa duração, exigindo do sistema de atenção uma resposta proativa e contínua, ou seja, ao longo do tempo (MENDES, 2011).

O referido autor aponta ainda que as situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais determinantes do aumento das condições crônicas estão relacionados às mudanças demográficas, além da urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

Essa rápida ascensão das condições crônicas coloca em evidência a fragilidade do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado nos eventos agudos e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização. Diante disso, é importante que se estabeleçam novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população. É nesse contexto que surgem as RAS como uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2012c; MENDES, 2011).

3.4.2 Surgimento das Redes de Atenção à Saúde

O estímulo à organização das redes integradas de atenção no SUS como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010. De acordo com a portaria, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b, p.04).

As RAS têm por objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para ofertar uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012b).

Segundo a Portaria/GM 4.279/2010, podem-se identificar seis características consideradas importantes e inerentes à matriz conceitual das RAS, sendo elas: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; ter a APS como centro de comunicação das RAS; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; ofertar o cuidado multiprofissional; e compartilhar objetivos e compromissos como resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2012b).

Outra definição de RAS amplamente utilizada é a de Mendes (2011). Segundo o autor as RAS são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que vinculam-se entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma determinada população, sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, lugar certo, com o custo e qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p.82).

Segundo o mesmo autor, para que sejam efetivadas de forma eficiente e com qualidade, as RAS precisam ser estruturadas de acordo com os seguintes fundamentos:

- a) Economia de escala: quando os custos de médio e longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas atividades;
- b) Suficiência e Qualidade: serviços de saúde em quantidade e qualidade mínimas, referem-se aos processos e resultado;
- c) Acesso: ausência de barreiras na entrada do usuário no serviço;
- d) Disponibilidade de recursos: recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos necessários;
- e) Integração Vertical: referente à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza primária, secundária e terciária;
- f) Integração Horizontal: junção de unidades e serviços da mesma natureza;
- g) Processos de substituição: reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde;
- h) Região de Saúde ou Abrangência: área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS;
- i) Níveis de Atenção: arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares.

Ainda, além dos fundamentos, as RAS apresentam atributos importantes a serem considerados durante seu processo de planejamento e implementação, são eles: população e território definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços; APS como primeiro nível de atenção; serviços especializados; mecanismos de coordenação, continuidade e assistência integral fornecidos de forma continuada; atenção à saúde centrada no indivíduo; integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito em comum; ampla participação social; gestão integrada nos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos suficientes; sistema de informação integrado; ação intersetorial; financiamento tripartite; e gestão baseada em resultados (MENDES, 2007).

De acordo com Mendes (2011); Brasil (2012b) e Brasil (2014b), as RAS constituem-se de três elementos fundamentais, são eles:

- a) População: população e área geográfica que ficam sob responsabilidade de uma Rede de Atenção;
- b) Estrutura operacional, formada por pontos de atenção e pelas ligações entre diferentes serviços, a qual se constitui de cinco componentes: 1 - centro de comunicação, tendo a APS como coordenador; 2 - pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; 3 - sistemas de apoio - locais onde são prestados serviços comuns a todos os pontos de atenção, como sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informações em saúde; 4 - sistemas logísticos que oferecem soluções em saúde baseadas em tecnologia de informação, como identificação do usuário pelo Cartão Nacional do SUS, prontuário clínico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte; 5 - sistemas de governança: arranjos constitucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos para gerir as relações entre as demais quatro estruturas operacionais;
- c) Modelo de Atenção à Saúde – sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS para atender às demandas de saúde da população local de forma efetiva, eficiente e segura, são eles: modelo de atenção às condições agudas e modelos de atenção às condições crônicas.

Esses três elementos constitutivos compõem as RAS. Sem a presença de qualquer um desses elementos, considera-se impossível implantar uma RAS capaz de cumprir com seu papel (BRASIL, 2012c).

No Brasil, até 2012, algumas redes temáticas de atenção à saúde foram implantadas. Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal, são elas: Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede Cegonha (BRASIL, 2012b). Destaque se dá para a última rede de atenção mencionada, tema deste estudo, a qual será abordada a seguir.

3.4.3 A Rede Cegonha

Em junho de 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, a qual:

consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a, p.1).

O Programa Rede Cegonha é uma das estratégias do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, que visa garantir às mulheres e crianças uma assistência fundamentada nos princípios da humanização, mediante: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte seguro para o pré-natal e parto; vinculação da gestante à unidade de referência; garantia do parto e nascimento seguros; acompanhamento no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011e).

Trata-se de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e, crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, com os seguintes objetivos: novo modelo de atenção ao parto, nascimento e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança; rede de atenção à saúde materna e infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes e cada um deles compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos (BRASIL, 2011e):

- 1) Pré-natal: realização de pré-natal na UBS, acolhimento às intercorrências com classificação de risco, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, exames de pré-natal; vinculação da gestante ao local de realização do parto, programas educativos relacionados à saúde reprodutiva, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)/Aids e Hepatites, e apoio no deslocamento das gestantes;
- 2) Parto e Nascimento: número suficiente de leitos obstétricos e neonatais, ambiência nas maternidades, garantia de acompanhante no trabalho de parto, parto

e pós-parto imediato, acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e garantia da humanização;

3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar saudável, acompanhamento domiciliar da puérpera e criança pela UBS na primeira semana pós-parto, busca ativa das crianças vulneráveis, prevenção e tratamento de DST/Aids e Hepatites, e orientação e oferta de métodos contraceptivos;

4) Sistema logístico: Transporte Sanitário e Regulação - acesso ao transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos, implantação do modelo “Vaga Sempre”, regulação de leitos obstétricos e neonatais, de urgência e ambulatoriais.

De acordo com a Portaria que a instituiu (BRASIL, 2011a), a Rede Cegonha será financiada por meio de recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo ao Ministério da Saúde o aporte dos seguintes recursos: Pré-natal com 100% de custeio dos exames; fornecimento de kits para as UBS, gestantes e para parteiras tradicionais; Transporte com 100% de custeio; Centro de Parto Normal (CPN); Casa das Gestantes, Bebês e puérperas (CGB); Leito Canguru, dispendo 100% de custeio/ano, com investimento para construção nos dois primeiros anos; Leitos com 80% de custeio para ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). Financiamento da ambiência para locais de parto com investimento nos dois primeiros anos.

A operacionalização da Rede Cegonha está constituída em cinco fases (BRASIL, 2011a):

- a) Adesão e Diagnóstico: apresentação da Rede Cegonha no território, e da matriz diagnóstica nas CIB, homologação da Rede na região e instituição de um grupo condutor formado pela Secretaria Estadual de Saúde, COSEMS e apoio institucional do MS;
- b) Desenho Regional: diagnóstico situacional, pactuação do desenho no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e proposta de plano operativo, inclusive com aporte de recursos necessários;
- c) Contratualização Municipal: desenho da Rede Cegonha no município, realização da contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Condutor Municipal;

- d) Qualificação: com cada um dos componentes da rede sendo qualificados através do cumprimento de requisitos mínimos;
- e) Certificação: após a verificação da qualificação de todos os componentes o Ministério da Saúde certificará a Rede Cegonha no território e realizará reavaliações anuais de certificação.

Em relação à matriz diagnóstica da Rede Cegonha, esta é composta por quatro grupos de indicadores, que também servem para priorização epidemiológica, sendo eles (BRASIL, 2011a, anexo I):

1. Indicadores de Mortalidade e Morbidade: Número de nascidos vivos e porcentagem de mais de sete consultas no Pré-natal, sendo seis de pré-natal e uma de puerpério; Incidência de sífilis congênita; Número absoluto de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); Número absoluto de óbitos maternos por município.
2. Indicadores de Atenção: Cobertura de equipes de Saúde da Família; Tipo de parto: porcentagem de partos cesáreos e partos normais, cesárea em primípara com idade gestacional maior que 32 semanas, e idade da mãe; Porcentagem de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; Porcentagem de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; Porcentagem de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada.
3. Situação da Capacidade Hospitalar: Número de leitos obstétricos por estabelecimentos de saúde; Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; Identificação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal existentes; Identificação dos leitos UTI adulto existentes.
4. Indicadores de Gestão: Porcentagem de investimento estatal no setor saúde; Plano Diretor de Regionalização (PDR) atualizado; Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizada; Identificação de centrais de regulação: Urgências e Emergências, Internação, e Consultas e Exames; Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.

Conforme as considerações anteriores, os Estados brasileiros traçam suas metas com base nas diretrizes dos Programas Nacionais. Assim sendo, descreve-se a seguir, de forma sumarizada, as Redes de Atenção à Saúde adotadas pelo Estado do Paraná, com enfoque a Rede Mãe Paranaense, objeto de avaliação desse estudo.

3.4.4 As Redes de Atenção no Paraná

Para responder à situação de saúde com prevalência de condições crônicas, reflexo do aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de fecundidade, além de mudanças no estilo de vida da população, fez-se necessária a reorganização dos serviços de saúde e do modelo de atenção (PARANÁ, 2011). Diante disso, as RAS foram instituídas no âmbito paranaense.

A organização das RAS funciona como estratégia para alcançar os objetivos do plano de governo do Paraná, sendo eles: promoção e proteção da vida, garantia e melhoria do acesso a APS, redução da mortalidade materna e infantil, melhoria da assistência à saúde da gestante e criança, ampliação da longevidade e resolutividade da atenção à saúde (SESA/PR, 2011). Essa estratégia ocorre por meio do fortalecimento da APS.

Sendo assim, a SESA/PR definiu como ação estratégica a implantação de um programa de apoio aos municípios: o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS, que propõe a melhoria da APS em todo Paraná.

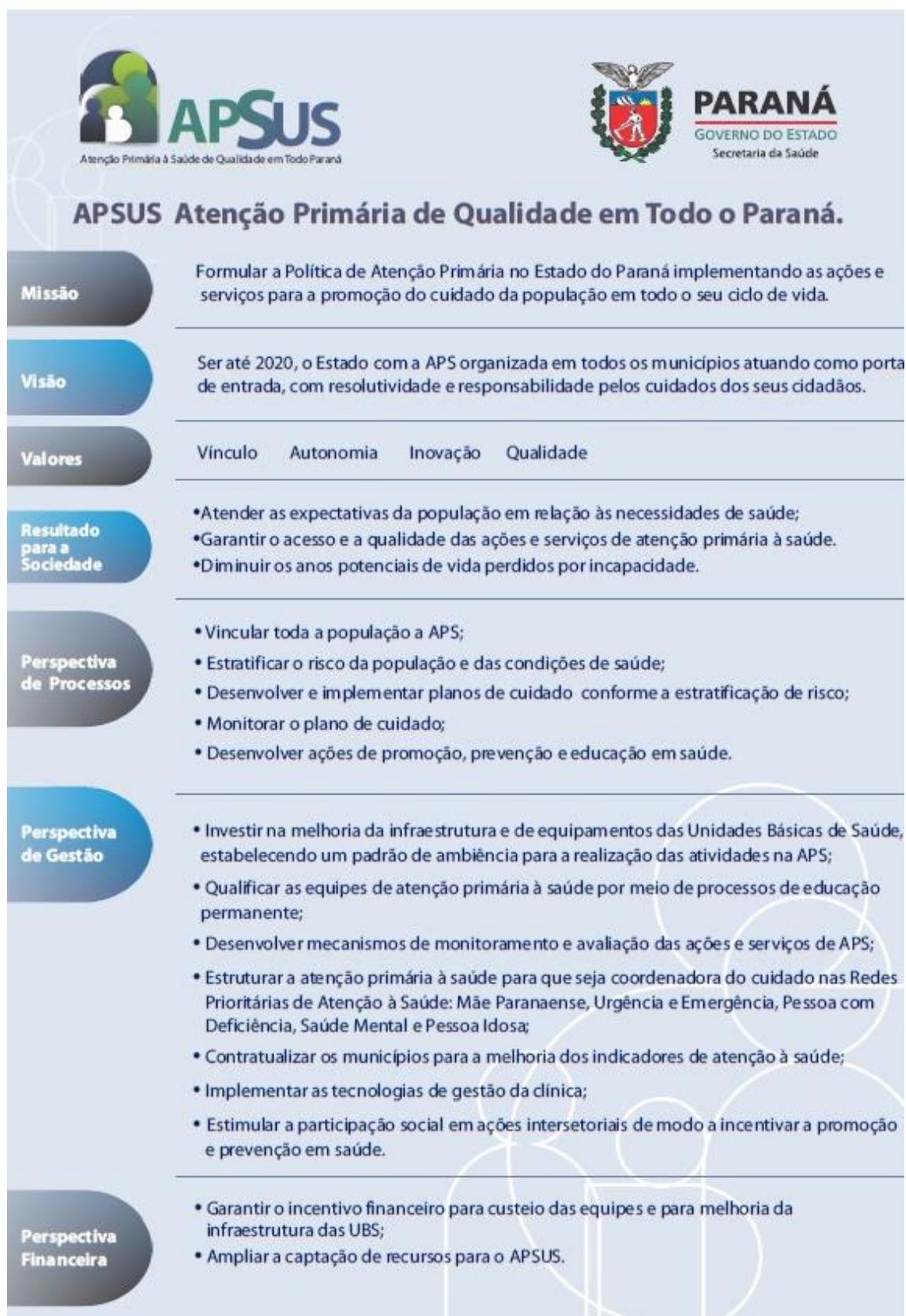
De acordo com Mendes (2009), para a implantação das RAS é necessário uma APS organizada em todos os municípios do Estado, com definição de sua área de abrangência, conhecendo o seu território e os determinantes sociais de saúde, atuando com ações de promoção, prevenção e cuidados aos cidadãos em todo o ciclo de vida. Países que investiram na APS têm melhores resultados sanitários que aqueles que optaram por um sistema voltado às condições agudas.

O APSUS tem por objetivo preparar os profissionais para o atendimento à saúde com qualidade e resolutividade, aumentando a capacidade de responder às demandas sociais, sanitárias e assistenciais por parte das equipes de APS. O programa foi desenvolvido com base em três componentes: um componente de investimento na melhoria da estrutura das UBS, um componente de custeio/incentivo para as equipes, e um componente de educação permanente, que objetiva a implementação do APSUS por meio de oficinas de educação permanente em todo território paranaense (PARANÁ, 2015a), de acordo com as RAS implementadas no Estado.

As oficinas desenvolvidas foram: 1ª Oficina: As Redes de Atenção à Saúde no Paraná; 2ª Oficina: Rede Mãe Paranaense; 3ª Oficina: Urgência e Emergência; 4ª Oficina: Monitoramento e Avaliação; 5ª Oficina: Planejamento Municipal da Estrutura da APS no Estado do Paraná; 6ª Oficina: Programa da Atenção Primária à Saúde; 7ª Oficina: Vigilância em Saúde na Atenção Primária à Saúde; e 8ª Oficina: Saúde Mental, Apresentação da oficina Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica e Sistema Nacional de Informatização das informações da Atenção Básica (E-SUS) e 9ª Oficina de Saúde do Idoso (PARANÁ, 2015a).

Desde 2011 a SESA utiliza o Mapa Estratégico, representado na figura a seguir (figura 2), que consiste em uma representação visual dos objetivos a serem alcançados pelo Estado. Esse mapa constitui-se em uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias propostas, bem como sua visibilidade, para o alcance dos objetivos, ou seja, permite visualizar a conexão dos resultados esperados com as ações e objetivos (PARANÁ, 2011).

Figura 2 - Mapa Estratégico APSUS



Fonte: SESA/PR, 2011.

Como se pode observar na figura 2, a meta do Paraná é ser, até 2020, o Estado com a APS organizada em todos os municípios atuando como porta de entrada, com resolutividade e responsabilidade pelos cuidados de seus cidadãos.

De acordo com o Mapa Estratégico proposto, já foram implantadas as seguintes Redes de Atenção à Saúde no Estado do Paraná: a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, a Rede de Saúde Mental, a Rede da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde do Idoso, a Rede de Atenção a Pessoa com Doença Crônica, a Rede de Saúde Bucal e a Rede Mãe Paranaense, sendo esta última, a primeira implantada (PARANÁ, 2011). A seguir apresentam-se as considerações e diretrizes sobre o PRMP, por meio do qual serão desenvolvidas as premissas do Programa Rede Cegonha no Estado, sendo este objeto de estudo desta pesquisa.

3.5 Indicadores de Saúde e o Programa Rede Mãe Paranaense

A partir dos indicadores apresentados a seguir, compreende-se a problemática da saúde materno-infantil e o empenho do estado em iniciar sua proposta de criação de redes de atenção pelo PRMP. Dentre os principais indicadores de saúde do grupo, incluem-se a mortalidade materna e infantil, assim como as morbidades na infância, o baixo peso ao nascer e a prematuridade.

Em relação à mortalidade materna, a OMS define óbito materno, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) –, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela (WHO, 1995). Segundo Souza (2013), parte considerável das mortes maternas é evitável e ocorre em países em desenvolvimento.

A OPAS/OMS considera como baixa a Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (NV). A RMM traduz-se no reflexo da qualidade da atenção prestada à saúde da mulher e as taxas elevadas revelam uma prestação de serviços assistenciais insatisfatória (PARANÁ, 2012).

De acordo com a Linha Guia, a RMM no Paraná, no período de 2001 a 2010 apresentou uma redução pouco significativa, foi de 65,27/100.000 NV em 2001 para

65,1/100.000 em 2010, demonstrando uma estagnação. No ano de 2011, de acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a RMM foi para 51,7/100.000 NV, ou seja, em um ano a redução foi maior do que nos últimos dez anos (PARANÁ, 2012).

Em média 85% dos casos de mortalidade materna são considerados evitáveis e 71% destes óbitos são atribuídos à atenção dispensada à gestante durante o pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais; e 6% ao planejamento familiar e outros (PARANÁ, 2012).

Quanto às causas da mortalidade materna, as obstétricas diretas representaram, em média, 67,8% das mortes entre 2000 e 2008 e 49,59% em 2009. De acordo com a OMS, mortes obstétricas diretas são aquelas que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (OMS, 1995; PARANÁ, 2012).

As taxas de cesarianas, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), têm variado de 52% (2006) para 60,6% em 2011. O percentual de pré-natal com sete consultas ou mais tem se mantido acima de 70% desde 2006 (PARANÁ, 2012).

A mortalidade infantil é considerada como o número de óbitos de menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos. A mortalidade infantil deve ser avaliada de acordo com o número de óbitos no período Perinatal, Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós Neonatal. São óbitos no período Perinatal, aqueles ocorridos a partir da 22ª semana de gestação até completos seis dias de vida; o Neonatal Precoce ocorre de zero a seis dias de vida completos; o Neonatal Tardio entre o sétimo e 27º dias de vida completos; e o Pós Neonatal de 28 a 364 dias de vida completos (BRASIL, 2009b).

Ao analisar a mortalidade infantil no Paraná, observa-se uma redução lenta e desigual. O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 16,4/1.000 NV; em 2007 esse coeficiente reduziu para 13,2/1.000 NV; e em 2011 o coeficiente de mortalidade chegou a 11,6/1.000 NV (PARANÁ, 2012), evidenciando uma redução de 4,8% nos últimos nove anos.

Os óbitos infantis no Paraná são preponderantemente neonatais (70%), sendo que a maior concentração de óbitos em menores de um ano ocorreu no período perinatal (52,8%). Esses dados revelam a estreita relação dos eventos com

a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido (PARANÁ, 2012).

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), da SESA/PR, 60,5% dos óbitos ocorridos em 2011 eram por causas evitáveis e sensíveis à Atenção Primária. Os percentuais continuam elevados, considerando-se que o índice para o Brasil é de 17,6% (PARANÁ, 2012).

As principais causas de mortalidade infantil registradas e investigadas no ano de 2011 foram: afecções do período pré-natal (57,58%), malformações congênitas (26,30%); causas externas (4,56%); sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, ou seja, causas mal definidas (3,23%) e as doenças de aparelho respiratório (2,44%) (PARANÁ, 2012).

Frente à estagnação dos indicadores de mortalidade materno infantil do Estado e tendo como marco conceitual as RAS a SESA implantou, em 2012, o Programa Mãe Paranaense, tendo como embasamento outros programas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN) e o Programa Rede Cegonha.

O PRMP representa um conjunto de ações voltadas à população materno infantil, que tem por objetivos: a captação precoce das gestantes, seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, sendo uma consulta de pré-natal e uma no puerpério, e realização de 17 exames, a realização da estratificação de risco materno infantil para organização da atenção nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), atendimento em ambulatório especializado nos casos de risco, garantia do parto por meio da vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Os programas já instituídos pela SESA como o APSUS, de qualificação da Atenção Primária, o COMSUS (Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) e o HOSPSUS (Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS no Paraná) constituem-se nos alicerces para a organização da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012).

Nas Regionais de Saúde em estudo os consórcios existentes são o Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu (CISI), da 9ª RS, com sede no município de Medianeira, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), da

10ª RS, com sede em Cascavel, e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), da 17ª RS, localizado em Londrina (PARANÁ, 2012).

No que diz respeito ao HOSPSUS, os hospitais participantes da 9ª RS são o Hospital Ministro Costa Cavalcanti e o Hospital Municipal de Foz do Iguaçu e o Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz de Medianeira, da 10ª RS o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) de Cascavel, e da 17ª RS o Hospital Universitário de Londrina, a Santa Casa de Misericórdia de Londrina e o Hospital Evangélico de Londrina, o Hospital São Rafael de Rolândia, Hospital Cristo Rei de Ibiporã e a Santa Casa de Cambé (PARANÁ, 2015b).

Em relação à estratificação de risco, a partir da análise de dados epidemiológicos específicos para a realidade do estado do Paraná, foram definidas três classificações de risco para a criança e gestante, são elas: risco habitual, risco intermediário e alto risco. O risco habitual se refere às gestantes que não apresentam risco individual, sociodemográfico, de história reprodutiva, doença ou agravamento. O risco intermediário está relacionado aos fatores de risco relacionados às características individuais como raça, etnia e idade, sociodemográficas, como a escolaridade, e de história reprodutiva anterior. E, por fim, o alto risco, associado às gestantes que apresentam fatores de risco como condições clínicas pré-existentes (hipertensão arterial, cardiopatias, dependência de drogas, obesidade mórbida, entre outras), e intercorrências clínicas (placenta prévia, sangramentos de origem uterina, trabalho de parto prematuro, entre outras). Frente à estratificação de risco as gestantes são vinculadas aos hospitais de referência para o atendimento de suas intercorrências tanto durante a gestação quanto no momento do parto (PARANÁ, 2012).

Na 9ª RS os hospitais de referência para o Risco Habitual são o Hospital e Maternidade Padre Tezza (Matelândia), Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz (Medianeira), Hospital Caravaggio (Matelândia) e Hospital Nossa Senhora de Fátima (Missal), para o Risco Intermediário e Alto Risco o Hospital Ministro Costa Cavalcante (Foz do Iguaçu), na 10ª RS, para Risco Habitual, o Hospital Policlínica Consolata (Cafelândia), Hospital Santo Antônio (Guaraniaçu), Hospital Municipal Felicita Sanson Arrozi (Ibema), Hospital Bom Jesus (Quedas do Iguaçu) e Hospital Municipal de Três Barras, para o Risco Intermediário o Hospital São Lucas (Cascavel), e para Alto Risco o HUOP (Cascavel), e na 17ª RS, para Risco Habitual, os hospitais de referência são o Hospital Pró-Vida (Assaí) e a Unidade Hospitalar

São Jorge (Bela Vista do Paraíso), para o Risco Intermediário a Maternidade Municipal Lucila Ballalai (Londrina), o Hospital São Rafael (Rolândia), a Santa Casa de Cambé e o Hospital Cristo Rei (Ibiporã), e para o Alto Risco o Hospital Universitário de Londrina e o Hospital Evangélico de Londrina (ambos localizados em Londrina) (PARANÁ, 2012).

Sabendo que o PRMP está fundamentado pelo marco conceitual das RAS proposta por Mendes (2011), ela se consolidará através da implantação de seus cinco componentes:

- 1) Atenção Primária de qualidade, resolutiva e orientadora do cuidado, com ações de pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, em especial no primeiro ano de vida;
- 2) Atenção Secundária com acompanhamento da gestante e criança de risco nos ambulatórios especializados;
- 3) Atenção Terciária, com ampliação dos leitos de UTI Neonatal e adulto e com a vinculação da gestante aos hospitais para assistência nas intercorrências e parto;
- 4) Sistemas logísticos como o cartão SUS, o cadastramento no SISPRENATAL, a carteira da gestante e da criança, o transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação;
- 5) Sistema de governança da rede, através das Comissões Intergestores Bipartite e CIB regionais.

O público alvo dessa rede são mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade e as ações implantadas têm por objetivo promover a qualidade de vida desse público, assim como ilustrado no Mapa Estratégico do PRMP a seguir (figura 3), que é apresentado na Linha Guia do Programa (ANEXO A). A Linha Guia da RMP trata-se de um manual, que tem por finalidade normalizar, padronizar e regular as ações propostas pelo PRMP.

Figura 3 - Mapa Estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2012

MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE	
MISSÃO	Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	Ser, até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Maternoinfantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
VALORES	Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
PROCESSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade e a responsabilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Maternoinfantil; - Implantar a Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme Estratificação de Risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; - Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; - Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; - Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.
GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Contratualizar os hospitais para vinculação do parto; - Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; - Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Maternoinfantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Maternoinfantil; - Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Maternoinfantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; - Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.

Fonte: SESA/PR, 2012, p.15

A APS tem papel fundamental na organização do PRMP, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são estratégias essenciais para uma assistência materno infantil de qualidade. Além de que a APS assume o papel de coordenadora dos diferentes níveis de atenção,

promovendo a integração dos serviços de saúde para ofertar tanto à mulher quanto à criança uma assistência integral e resolutiva. Frente a isso, a melhoria da atenção primária constitui-se como pressuposto para a organização do PRMP em todo território paranaense (PARANÁ, 2012).

Diante do exposto até o momento, propôs-se, nesse estudo, a realizar a avaliação da implementação do PRMP. Nesse sentido, aborda-se a seguir distintos conceitos de avaliação e na metodologia do estudo o conceito de avaliação que norteia essa pesquisa.

3.6 Avaliação em saúde

A avaliação tem por objetivo fornecer suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, visando subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e de serviços desenvolvidos, bem como avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A necessidade de avaliação dos serviços públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, devido ao papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, saúde, serviço social, saneamento básico, entre outras. O Estado, que passou a substituir o mercado, deveria encontrar meios para que a atribuição dos recursos fosse a mais eficaz possível, foi então que os economistas desenvolveram meios de avaliar as vantagens e os custos de programas públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

No decorrer dos anos 1970, com o fim da implantação de programas baseados no seguro médico, a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que, para isso, a qualidade dos serviços fosse questionada. A complexidade dos serviços de saúde, as grandes incertezas que existem entre os problemas de saúde e as intervenções necessárias, o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias e as expectativas crescentes da população tornavam difícil respeitar essa dupla exigência. Diante disso, surgiu a

necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema e a avaliação foi eleita como melhor solução (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Desde então, a avaliação vem ganhando espaço nos encontros científicos e movimentos institucionais, sendo ressaltada em discussões políticas e práticas dos serviços de saúde, indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e na implantação dos programas e ações na área de saúde (CARVALHO; NOVAES, 2004).

O surgimento de novas tecnologias em saúde e a diversidade de modelos assistenciais tornou imprescindível a discussão sobre a qualidade de cuidados médicos e serviços de saúde, bem como sobre a forma de avaliá-los (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A partir da década de 1990, iniciou-se o desenvolvimento de uma série de instrumentos para a avaliação da qualidade, extensão e efetividade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, surgiram diversas estratégias tanto do ponto de vista das experiências dos usuários quanto a análise da provisão do cuidado pelos serviços de APS, tais como: *The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)*; *The Components Of Primary Care Instrument (CPCI)*; *The Medical Home Family Survey (MHFS)*; *The Medical Home Index Adult Version 1.1 (MHI)*; *The Medical Home IQ (MHIQ)*; *The Parent's Perception of Primary Care (P3C)*; *The Physicians Practice Connections-Patient-Centered Medical Home (PPC-PCMH)*; *The Primary Care Assessment Survey (PCAS)*; *The Appropriateness of Primary Care Services Scales (APCS)* e *The Primary Care Assessment Tools (PCAT)* (MALOUINS; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

No Brasil, nos últimos anos, diversas propostas de avaliação dos serviços de saúde foram apresentadas e realizadas com enfoque na qualidade dos serviços. No âmbito hospitalar, em 1998, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, que se caracterizava como uma pesquisa de satisfação dos usuários em unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de um roteiro técnico, elaborado por gestores em hospitais públicos e hospitais privados vinculados ao SUS, para avaliar a estrutura e os processos prioritários dessas instituições. Mais tarde o programa foi reformulado e passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNISS (BRASIL, 2007a).

Em relação à avaliação dos serviços de APS, em 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) foi criada em um processo de reorganização do Ministério da Saúde, culminando na criação do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. A CAA/DAB nasceu com o objetivo de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à Atenção Primária no país (BRASIL, 2005).

Em 2011, por meio da Portaria nº 1.654/2011, instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável local, regional e nacionalmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011f).

Ainda que os exemplos acima remetam a propostas avaliativas amplas, como propostas de políticas nacionais de avaliação, a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto no qual os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que como subsídio do planejamento e gestão (BRASIL, 2005).

Para Cruz (2011), as ações de avaliação são consideradas essenciais para o planejamento e a gestão como instrumento de suporte para a formulação de políticas, ao processo de tomada de decisão e de formação dos sujeitos envolvidos. Na gestão em saúde, a avaliação das políticas deve ter como finalidade a melhoria dos serviços e ações, a prestação de contas e a produção de conhecimentos considerados úteis para atingir a qualidade na prática em saúde.

Ainda, os processos avaliativos contribuem para o avanço do processo de conhecimento *per se*, conjugando evidências empíricas e pressupostos teóricos, produzindo novos saberes cujos efeitos se situam para além dos muros dos sistemas e serviços de saúde. Nesse sentido, a avaliação visa reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente em relação à APS (BRASIL, 2005).

Segundo Arretche (1998), a avaliação envolve necessariamente um julgamento, uma atribuição de valor, uma medida de aprovação ou desaprovação sobre uma política ou programa público. Sendo assim, não existe possibilidade de qualquer modalidade de avaliação ser apenas instrumental, técnica ou neutra, pois

relaciona componentes intrínsecos aos processos que envolvem diferentes atores e interesses.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação do julgamento de valor a respeito de uma intervenção tem por objetivo auxiliar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). O autor afirma que uma intervenção pode passar pelos dois tipos de avaliação, por exemplo: na avaliação normativa busca-se estudar os componentes da intervenção em relação às suas normas e critérios, e na pesquisa avaliativa examinam-se, por meio de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes da intervenção.

Mas, por que avaliar? Contandriopoulos et al. (1997) afirmam que a avaliação apresenta objetivos de naturezas variadas e dicotômicos entre si. Para o autor os objetivos oficiais da avaliação são:

- 1) Ajudar no planejamento e elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- 2) Fornecer informações para melhoria do processo de intervenção (objetivo formativo);
- 3) Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida (objetivo somativo);
- 4) Utilizar os processos de avaliação como incentivo para transformar uma situação problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador);
e
- 5) Contribuir para o progresso dos conhecimentos e elaboração teórica (objetivo fundamental).

Assim, a avaliação pode começar desde a fase de elaboração de uma intervenção, com o propósito de melhorar seu desenho, até o período pós-intervenção, quando se tem o interesse de saber quais os efeitos ou impactos alcançados (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A importância da avaliação para os sistemas e serviços de saúde vem sendo ressaltada nas discussões de políticas e programas de saúde. Estudiosos trazem que a avaliação constitui-se de um instrumento essencial de apoio à gestão em saúde, pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (CARVALHO; NOVAES, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil são elencados: as mudanças nos processos legais e administrativos na gestão do SUS, a exemplo da descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a modificação do perfil epidemiológico nacional que requer novas abordagens e tecnologias; a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde; e a cobrança dos órgãos financiadores externos (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008).

A busca pela qualidade no cuidado em saúde tornou-se um imperativo social. A sociedade passou a exigir essa qualidade na prestação de serviços, principalmente pelos órgãos públicos, levando à criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da assistência prestada. A necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser uma alternativa adequada (BRASIL, 2007b; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Essa avaliação é considerada intrínseca à realização de planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo contribui para reordenação e execução de ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de saúde da população, promovendo, assim, maior racionalidade no uso de recursos (BRASIL, 2007b).

O campo de avaliação em saúde apresenta uma diversidade de termos, métodos e conceitos que estão relacionados à multiplicidade de questões consideradas pertinentes na área da saúde, da heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. Nesse contexto, a escolha de um modelo ou abordagem de avaliação a ser utilizada requer flexibilidade, criatividade e uma cuidadosa análise dos vários métodos disponíveis, em coerência com o objeto e os propósitos de um estudo avaliativo e a partir das necessidades envolvidas nessa avaliação (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Nesse contexto, a abordagem de avaliação escolhida para o desenvolvimento da presente pesquisa foi a análise/avaliação de implantação, constituída como um dos tipos de pesquisa avaliativa e que envolve a execução da avaliação normativa em seu processo, a qual se descreve a seguir na metodologia do estudo.

METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, realizada no Estado do Paraná, região sul do Brasil em três Regionais de Saúde (RS), sendo elas: 9ª RS, de Foz do Iguaçu, 10ª RS, de Cascavel e 17ª RS de Londrina. A avaliação nessa pesquisa segue os preceitos de Cruz (2011, p.186):

[...] tomamos as ações de avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e a gestão, como instrumento de suporte a formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos. A avaliação de políticas tem como finalidade a melhoria das ações em saúde, a prestação de contas e a produção de conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade.

Dentre as abordagens de avaliação existentes tem-se a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa, apresentadas a seguir.

A avaliação normativa é apoiada em normas e critérios e padrões estabelecidos e sua relação com os efeitos da intervenção. Esse tipo de avaliação considera a abordagem sistêmica do pesquisador Donabedian (1990) que sistematiza a tríade: estrutura, processo e resultados. A estrutura corresponde aos recursos necessários para o processo de assistência, como os sistemas de informação, os recursos materiais e financeiros, equipamentos, serviços prestados, entre outros. Os processos estão relacionados à dinâmica das atividades executadas pelos profissionais de saúde e ao conjunto de atividades em relação ao plano de cuidados. Já o resultado é a obtenção das características esperadas dos serviços de saúde oferecidos, que demonstram os efeitos do atendimento em saúde (DONABEDIAN, 2005; SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

A avaliação de processo visa definir como certas particularidades dos meios de implantação influenciam nos resultados de uma intervenção. Essa avaliação segue um objetivo essencialmente analítico relacionado às variações contextuais e efeitos observados após a intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Essa avaliação de processo informa aos atores envolvidos na intervenção se as ações deste atingiram a população esperada, o nível, a extensão e a qualidade dos serviços prestados e quais foram os recursos necessários para a realização do mesmo (CRUZ, 2011).

Esse tipo de avaliação responde se a intervenção foi implantada como planejado, se todos os contactantes foram detectados, qual foi o percentual da população que aderiu ao programa, quais as possíveis explicações para os achados e quais foram as barreiras que dificultaram ou inviabilizaram essa implantação (CRUZ, 2011).

Em relação ao processo, que corresponde às atividades da equipe de saúde na assistência ao usuário, sendo medido de acordo com padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões, incluindo componentes técnicos e as relações interpessoais (DONABEDIAN, 1990). Sendo assim, o processo será demonstrado por meio dos domínios consultas, risco e seguimento.

E por fim os resultados, que para Donabedian (1990) correspondem às alterações no cuidado à saúde, como grau de satisfação, estado de saúde, inclusão e conhecimento do usuário sobre sua saúde, estarão sendo avaliados neste estudo especificamente por meio dos índices de mortalidade infantil e materna após a implantação do PRMP.

De maneira geral, a avaliação de processo é fundamental porque possibilita informações sobre os motivos pelos quais a intervenção está ou não sendo efetivada e o que fazer para melhorá-la. Essa avaliação requer uma quantidade razoável de tempo tanto da equipe quanto do avaliador para realização da coleta, análise e interpretação das informações necessárias para chegar a conclusões e recomendações (CRUZ, 2011).

A influência das informações produzidas na avaliação das políticas e programas, tanto para ajustes na implementação quanto para a formulação de novas políticas, pode promover a mudança social pelos atores sociais e gestores (CRUZ, 2011).

A avaliação deve contribuir para a tomada de decisão dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções em saúde e, como horizonte final, com a qualidade de vida da população materno-infantil.

Esta pesquisa avaliativa utilizou-se de abordagem quantitativa, a qual, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego de quantificação na coleta e no tratamento dos dados. O processo de análise é dedutivo, usando técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, mediana, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação e dispersão e análise de regressão, para explicar o comportamento do objeto de estudo. Geralmente são estudos descritivos e procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis e/ou relação de causalidade entre fenômenos (RICHARDSON, 1989).

4.2 Caracterização das regiões e municípios de estudo

O Estado do Paraná localiza-se na região Sul do Brasil e faz fronteira com três estados. Ao Norte com o estado de São Paulo, ao Sul com o estado de Santa Catarina e a Oeste com o estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, numa extensão territorial de 199.304 Km² e população estimada de 10.590.169 habitantes (CASCAVEL, 2014).

Apresenta-se a seguir uma breve descrição das características da cada regional de saúde, em quadros comparativos.

Quadro 01: Características das regionais de saúde de estudo.

Características	9ª RS	10ª RS	17ª RS
População Regional	390.220 habitantes	510.281 habitantes	884.039 habitantes
Municípios que compõe a RS	9 muninípios: Foz do Iguaçu Medianeira Matelândia São Miguel do	25 municípios: Anahy Boa Vista da Aparecida Braganey	21 municípios: Alvorada do Sul Assaí Bela Vista do Paraíso Cafeara

	Iguaçu Itaipulândia Ramilândia Missal Santa Terezinha de Itaipu Serranópolis do Iguaçu.	Cafelândia Campo Bonito Capitão Leônidas Marques Cascavel Catanduvas Céu Azul Corbélia Diamante do Sul Espigão Alto do Iguaçu Formosa do Oeste Guaraniaçu Ibema Iguatú Iracema do Oeste Jesuítas Lindoeste Nova Aurora Quedas do Iguaçu Santa Lúcia Santa Tereza do Oeste Três Barras do Paraná Vera Cruz do Oeste.	Cambé Centenário do Sul Florestópolis Guaraci Ibiporã Jaguapitã Jataizinho Londrina Lupionópolis Miraselva Pitangueiras Porecatu Prado Ferreira Primeiro de Maio Rolândia Sertanópolis Tamarana
Sede da RS	Foz do Iguaçu	Cascavel	Londrina
População da Sede (estimativa 2015)	263.782	312.778	548.249
Rede de atenção básica e	53 unidades básicas de saúde,	97 unidades básicas de saúde,	127 unidades básicas de saúde,

ambulatorial.	3 unidades de pronto atendimento.	4 unidades de pronto atendimento.	5 unidades de pronto atendimento.
Rede Hospitalar	317 leitos SUS em um total de 12 hospitais gerais.	353 leitos SUS em um total de 22 hospitais gerais e 8 hospitais especializados.	1.191 leitos SUS em um total de 35 hospitais gerais e 7 hospitais especializados.
População feminina	199.541 (51,13%)	259.702 (50,89%)	455.078 (51,47%)
Em idade fértil	132.106 (33,85%)	168.407 (33,00%)	283.943 (32,11%)
População até 2 anos	12.073 (3,09%)	12.605 (2,47%)	19.997 (2,26%)

FONTE: BRASIL, 2015b; PARANÁ, 2014.

Especificamente em relação aos dados dos indicadores materno-infantis das regionais de saúde, apresenta-se o quadro comparativo a seguir.

Quadro 02: Dados referentes aos indicadores materno-infantis das três regionais de saúde do estudo.

Características	9ª RS	10ª RS	17ª RS
Consultas pré-natais			
a) Nº gestantes	6.169 (100%)	7.464 (100%)	12.508 (100%)
b) Nenhuma consulta	97 (1,57%)	26 (0,34%)	113 (0,90%)
c) 1 a 3 consultas	313 (5,07%)	260 (3,48%)	455 (3,63%)
d) 4 a 6 consultas	1.175 (19,04%)	1.562 (20,92%)	2.007 (16,04%)
e) 7 ou + consultas	4.584 (74,30%)	5.561 (74,50%)	9.890 (79,06%)
Tipos de parto (2012)			
a) Vaginal	2.820 (45,63%)	2.939 (39,39%)	4.276 (34,22%)
b) Cesarianas	3.359 (54,36%)	4.521 (60,60%)	8.217 (65,77%)

Nascidos Vivos	6.288	7.485	11.998
CMI	67 óbitos infantis (10,65/1.000NV)	67 óbitos infantis (8,95/1.000NV)	142 óbitos infantis (11,83/1.000NV)
RMM	2 óbitos maternos obstétricos (31,80/100.000NV)	1 óbito materno obstétrico (13,36/100.000NV)	1 óbito materno obstétrico (8,33/100.000NV)
Capacitação APSUS de Pessoas	Um médico, um enfermeiro, um ACS e um gestor de saúde de cada município.	Um médico, um enfermeiro, um ACS e um gestor de saúde.	Um médico, um enfermeiro, um ACS e um gestor de saúde de cada município.
Quantidade de Profissionais	296	399	451
a) gestores	9	25	62
b) médicos	174	239	179
c) enfermeiros	113	135	210

FONTE: BRASIL (2012); BRASIL (2015d).

Quanto aos indicadores materno-infantis nas regionais do estudo, o primeiro item descrito diz respeito ao número mínimo de sete consultas no pré-natal em que a maioria das gestantes tem acesso a esse serviço. Outro aspecto é o tipo de parto realizado, em que predominou a cesariana em todas as regionais. Em relação ao CMI, uma das regionais possui índice menor que 10/1.000NV, embora todas ainda precisem reduzir esses valores. Referente a RMM os valores são melhores para a 10^a e 17^a RS, contudo também necessitam de redução. Embora o número de profissionais cadastrados nas RS seja abrangente, uma equipe de cada município recebeu a capacitação do APSUS para a atenção materno-infantil, tendo a incumbência de replicar o treinamento recebido para os demais profissionais do município.

4.3 Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados eleita foi a documental, referente aos anos de 2010, 2011, 2012, 2013 e ocorreu a partir de relatórios mensais e anuais das seguintes bases de dados: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e DATASUS. Foi elaborado um instrumento para a coleta de dados a partir da Matriz e Linha Guia do PRMP, sendo composto pelos indicadores de saúde materno-infantis e pelos objetivos e metas propostos para a Rede (Apêndice A), conforme Linha Guia (Anexo A) (PARANÁ, 2012).

Foram solicitados dados de todos os municípios das respectivas Regionais de Saúde aos responsáveis pelos sistemas, dos anos mencionados acima (Apêndice B). Importante ressaltar que, quando foi necessário, os dados complementares foram coletados diretamente nos Sistemas de Informação da SESA/PR.

4.4 Classificação das Variáveis avaliadas

Os dados contidos na Matriz e Linha Guia do PRMP originaram as questões do instrumento, as quais formaram, em seu conjunto, indicadores para avaliação. Esses indicadores (variáveis observadas) são denominados domínios (variáveis latentes). Os domínios, suas respectivas descrições e seus algoritmos estão listados a seguir:

- **Consultas:** O domínio consultas refere-se à caracterização do número de gestantes avaliadas por município, bem como o número de gestantes que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e àquelas que apresentaram sete ou mais consultas (o que poderia caracterizar o pré-natal até o terceiro trimestre), o número total de consultas médicas e odontológicas realizadas no município. É composto pelos indicadores da questão 1, conforme formulário de coleta de dados. O domínio Consultas pode variar entre os escores 0 a 4.

$$\text{Consultas} = \frac{n \geq 7 \text{ consultas}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{n \text{ 1}^{\circ} \text{ trimestre}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{n \text{ odonto}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{n \text{ consultas}}{n^{\circ} \text{ gestante}}$$

- **Prevenção Materna:** O domínio de prevenção materna refere-se aos exames realizados pelas mães, bem como pelo programa de imunização ao qual cada gestante é submetida. É composto pelos indicadores da questão 2, conforme formulário de coleta de dados. O domínio Prevenção Materna pode variar entre os escores 0 a 6.

Prevenção materna

$$\begin{aligned} &= \frac{n^{\circ} \text{ exames 1}^{\circ} \text{ trimestre}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{n^{\circ} \text{ exames 2}^{\circ} \text{ trimestre}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} \\ &+ \frac{n^{\circ} \text{ exames 3}^{\circ} \text{ trimestre}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{\text{teste sífilis}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} + \frac{\text{teste gravidez}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} \\ &+ \frac{\text{teste HIV}}{n^{\circ} \text{ gestantes}} \end{aligned}$$

- **Risco:** O domínio de Risco refere-se à classificação de risco da gestante (habitual, intermediário e alto risco), assim como o tipo de parto realizado (parto normal ou cesárea). É composto pelos indicadores das questões 3.1, 3.2, 3.3 e 6, conforme formulário de coleta de dados. O Domínio Risco pode variar entre os escores 0 a 6.

$$\text{Risco} = \text{Estratificação de Gestantes} + \text{Atendimento ambulatorial} + \text{Risco habitual} \\ + \text{Risco intermediário} + \text{Alto risco} + \text{Tipo de parto}$$

- **Gestão/Vinculação:** O domínio de Gestão/Vinculação refere-se ao tipo de vinculação dos hospitais com o município, bem como o local onde foram realizados os partos (hospital vinculado por termo de adesão ou por contrato). É composto pelos indicadores das questões 4, 5 e 6, conforme instrumento de coleta de dados. O Domínio Gestão/Vinculação pode variar entre os escores 0 a 5.

Gestão – Vinculação

$$\begin{aligned} &= \text{Termo de adesão risco habitual} \\ &+ \text{termo de adesão risco intermediário} \\ &+ \text{Termo de contrato risco habitual} \\ &+ \text{Termo de contrato risco intermediário} \\ &+ \text{Termo de contrato alto risco} \end{aligned}$$

- **Seguimento:** O domínio de Seguimento refere-se ao acompanhamento das crianças de acordo com o cadastro no Programa Nacional de Imunização e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Avalia também o índice de mortalidade (neonatal precoce, neonatal tardio e infantil) e as causas de mortalidade. Em relação ao município verifica se o mesmo apresenta comitê de análise dos óbitos maternos e infantis, e se realiza as investigações de tais óbitos. Além destes indicadores, avalia a frequência relativa de crianças que receberam a última dose de vacinas (Hepatite B, Pentavalente, Sabin ou Salk, BCG (Bacillus Calmette-Guérin), VTV (Tríplice Viral), Febre amarela, Rotavírus, Meningocócica C, Pneumocócica 10). É composto pelos indicadores das questões 8, 9, 10, 11 e 12, conforme formulário de coleta de dados. O Domínio Seguimento pode variar entre os escores 0 a 14.

$$\begin{aligned}
 \text{Seguimento} = & \text{Mortalidade NP} + \text{Mortalidade NT} + \text{Mortalidade Infantil} \\
 & + \text{Investigação} + \text{Comitê} + \frac{3^{\text{a}} \text{ dose Hepatite B}}{\text{crianças nascidas vivas}} \\
 & + \frac{3^{\text{a}} \text{ dose Pentavalente}}{\text{crianças nascidas vivas}} + \frac{3^{\text{a}} \text{ dose Sabin ou Salk}}{\text{crianças nascidas vivas}} \\
 & + \frac{\text{Dose única BCG}}{\text{crianças nascidas vivas}} + \frac{\text{Dose única VTV}}{\text{crianças nascidas vivas}} \\
 & + \frac{\text{Dose única Febre Amarela}}{\text{crianças nascidas vivas}} + \frac{2^{\text{a}} \text{ dose Rotavírus}}{\text{crianças nascidas vivas}} \\
 & + \frac{3^{\text{a}} \text{ dose Meningocócica C}}{\text{crianças nascidas vivas}} + \frac{3^{\text{a}} \text{ dose Pneumocócica 10}}{\text{crianças nascidas vivas}}
 \end{aligned}$$

A partir do cálculo dos escores de cada um dos domínios, estes foram standardizados em uma escala de 0 a 100, por regra de três, e posteriormente se realizou a média de todos os domínios para se definir o índice avaliativo, conforme o seguinte algoritmo:

$$\begin{aligned}
 & \text{Índice de Avaliativo} \\
 = & \frac{\text{Consultas} + \text{Prevenção Materna} + \text{Risco} + \frac{\text{Gestão}}{\text{Vinculação}} + \text{Seguimento}}{5}
 \end{aligned}$$

Após o cálculo do Índice Avaliativo (IA), os dados foram ranqueados e classificados de acordo com critérios de adequação ao PRMP, sendo considerado como “Adequado” quando apresentou pontuação igual ou maior a 70 pontos, ou “Inadequado” quando foi menor do que 70.

A nota de corte de 70 pontos foi estipulada seguindo a premissa de que este valor representa 2/3 do cumprimento dos pressupostos da Linha Guia da RMP.

4.5 Análise dos Dados

Para avaliação da correlação entre as variáveis foi realizado o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), seguido do Teste de Esfericidade de Barlett, e a coerência interna foi analisada por meio do Alfa de Cronbach. Respeitados os critérios de correlação e coerência interna, os valores foram submetidos à Análise Fatorial, para validação do instrumento elaborado.

Após validação e aplicação do instrumento nas três Regionais de Saúde, os dados foram ranqueados em escala de 0 a 100 e calcularam-se os domínios e IA de cada Regional de Saúde.

Os dados foram avaliados quanto ao padrão de distribuição por meio do teste de Shapiro-Wilk, seguido da avaliação da homogeneidade das variâncias com o teste de Cochran. As variáveis foram avaliadas por meio do teste de ANOVA para medidas repetidas, seguido pelo teste de acompanhamento de Fisher LSD (Least Significant Difference).

4.6 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos necessários à realização de pesquisas com seres humanos, conforme o que preconizam as Diretrizes e Normas de Pesquisa em seres Humanos, por meio da resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

A solicitação de autorização da pesquisa foi feita mediante ofício à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná para as três Regionais de Saúde: 9ª, 10ª e 17ª (Anexo B) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, sob parecer nº 544.107/2014 (Anexo C).

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados em dois artigos, a saber:

- Artigo 1 – *Construção e validação de instrumento avaliativo de Programa Público de Saúde Materno-Infantil*, o qual foi submetido à revista **Ciência, Cuidado e Saúde**, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo D.
- Artigo 2 - *Avaliação do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná*, submetido à revista científica da área de saúde pública **Ciência e Saúde Coletiva**, cujas normas de publicação encontram-se no Anexo E.

CONCLUSÃO GERAL

No campo das políticas públicas em saúde, faz-se importante avaliar a forma como os programas e políticas estão sendo implementados para que se possa compreender as mudanças e avanços necessários, tendo em vista o alcance das metas e objetivos inicialmente propostos. A incorporação da avaliação como prática nos diferentes níveis dos serviços de saúde pode propiciar aos gestores informações para definição de estratégias de intervenção, em especial quando se avalia a implantação de um programa materno-infantil, visto que este é o campo prioritário das ações governamentais.

Nesse sentido, a avaliação do PRMP trouxe importantes resultados que possibilitaram considerações em relação à forma em que o programa encontra-se estruturado.

Inicialmente, a elaboração do presente estudo ocasionou a construção e validação de um instrumento de avaliação da implementação do PRMP, que tem o potencial de ser utilizado como indicador de qualidade da saúde materna e infantil nas demais RS do estado e de ser reaplicado para avaliação de outros programas de saúde que possam contribuir para melhoria dos indicadores de saúde dessa população.

Valendo-se da aplicação do instrumento, os objetivos do estudo foram atingidos. Os resultados da avaliação demonstraram que os domínios que apresentaram maior influência após a implantação do PRMP foram Consultas e Prevenção Materna, devido à importante falha de registros nos SIS que acabaram influenciando nos escores abaixo do preconizado, e Gestão, influenciando positivamente na avaliação da implementação do PRMP. Os escores dos demais domínios: Seguimento da Criança, Risco e Mortalidade Infantil pouco oscilaram ao longo dos quatro anos de estudo.

Com o IA, utilizado como indicador de avaliação que demonstra a média dos domínios avaliados, foi possível observar que a 10ª RS apresentou o melhor índice de avaliação após a implantação do PRMP, entretanto obteve a maior RMM e CMI, bem como o maior número de partos cesáreos em 2013, contrariando as ações preconizadas pelo PRMP. O segundo melhor IA após a implantação foi o da 17ª RS, sendo que esta foi a Regional que apresentou os melhores resultados em relação a mortalidade materna e infantil e incentivo ao parto natural, cumprindo com o proposto pelo programa.

A 9ª RS não atingiu os resultados esperados para a avaliação após a implantação, ainda que tenha demonstrado a menor RMM no ano de 2013. Essa incoerência entre os resultados é evidenciada pela importante falha nos registros de informação, que, como já abordado anteriormente, contribuiu para os resultados negativos após a implantação do PRMP.

A alimentação e atualização dos sistemas de informação ainda apresentam importantes falhas que acabam comprometendo a confiabilidade dos dados e impactando negativamente na avaliação de programas de saúde. Nesse caso, sugere-se maior monitoramento na coleta e processamentos dos dados em saúde, tendo em vista a correção de falhas e aperfeiçoamento de dados produzidos.

Ainda, os resultados possibilitaram uma crítica ao cumprimento das ações preconizadas pelo PRMP, visto que as taxas de mortalidade materna e infantil, bem como o número de partos cesáreos ainda apresentam-se contrários às metas propostas. Faz-se necessário avaliar a implementação dessas metas nas três regionais de estudo no que diz respeito à qualidade da atenção prestada no pré-natal, parto e nascimento para identificação de situações de risco e vulnerabilidade que exijam uma maior complexidade de ações e cuidado.

Por fim, faz-se importante lembrar que o processo de implementação do PRMP é incipiente e ainda se tem muito a melhorar na forma que se encontra estruturado e como vem sendo implementado, principalmente em relação à qualificação dos profissionais que permeiam esse processo, no que diz respeito ao aperfeiçoamento da qualidade da atenção prestada às mulheres e crianças, bem como no monitoramento e precisão dos registros de informação, tendo em vista o alcance das metas propostas pela PRMP que visam à garantia da melhoria da qualidade de vida da população materno-infantil em todo Paraná.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam Saúde Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2014.

ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. In RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate, São Paulo: Cortez, 1998.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/12.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Subsídios para uma ação programática. Brasília, MS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas. Brasília, MS, 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 08 maio 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Brasília, DF: 1990. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 29 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 06 maio 2014.

BRASIL. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Secretaria Executiva, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 06 maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O programa de Saúde da Família:** evolução e sua implantação no Brasil – Relatório Final. Bahia: MS, 2002a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em: 06 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: **Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, MS, 2002b. Disponível em: <<http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/parto1.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, MS, 2002c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2003a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 24 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente** – 2. ed. atual. Brasília, MS, 2003b. Disponível em:

<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_leg_lei_8.069_1990_estatuto_da_crianca_e_do_adolescente.pdf>. Acesso em: 08 maio 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília: CONASS, v. 2, 2004a. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conassdocumenta4.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília, 2005.

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 25 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS**. [citado em: 28 out 2008]. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1> 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS): Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Monitoramento e Avaliação com foco na Melhoria do Programa**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 16 setembro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n.27. 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 09 set 2015;

BRASIL. 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, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 18 maio 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13 maio 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011b. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 dez 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 06 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação do Programa Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011e.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. Brasília, 2011f. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 25 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 30 set 2015.

BRASIL. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos 2012b**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>> Acesso em: 25 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c, 81p

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília 2012d. Disponível em: <http://www.funorte.com.br/files/Resolucao_CNS_466_2012.pdf>. Acesso em 17 dez 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983)**. 2014a Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236>. Acesso em: 08 maio 2014

BRASIL. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 26 set 2015a.

BRASIL. DAB. **Departamento da Atenção Básica**. Histórico cobertura de saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/prioritaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 28 set 2015b.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Brasília, 2015c. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4315:ci-n-167--publicada-a-portaria-gm-n-1130-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-sus&catid=6:conass-informa&Itemid=14>. Acesso em: 17 dez 2015.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Acesso a informação: cidades**. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 out 2015d.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão**: trabalho médico e o programa de saúde da família. UNICAMP/Campinas – SP, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/angela%20aparecida_tese.pdf>. Acesso em: 06 maio 2014.

CARVALHO, D.; NOVAES, H. M. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de corte de primigestas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. 220-230, 2004.

CASCAVEL. Prefeitura Municipal de Cascavel, Paraná, 2014. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/indicadores.php>>. Acesso em: 07 jun 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.705-11, jul./set., 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, E.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan-fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F. R. S.; BORENSTEIN, M. S. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**. Rio de Janeiro v.1, n.1, 14p., abr. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf>. Acesso em: 08 maio 2014.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS R. A.; BAPTISTA T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde.**, [versão online] 2011, p.181-199. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Capitulo-7.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitibana: Pré-Natal, Parto e Puerpério**. Disponível em:

<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 13 maio 2014

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DONABEDIAN, A. The seven pillar of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, no. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**. v. 83, n. 4, p. 691-729, nov./dez., 2005.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELA, L. et al. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

FACCHINI, L. A.; GARCIA, C. P. Evolução e avanços da saúde da família e os 20 anos do sistema único de saúde no Brasil. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programático e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 117-6, nov./dez. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 08 maio 2014.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em Saúde: Bases e Conceitos Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C.; DIAS, A. L. F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V (orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

FRANK, B. R. B.; VIERA, C. S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P. L.; TOSO, B. R. G. O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.400-10, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00400.pdf>>. Acesso em: 26 out 2015.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 129-32, nov., 2010.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAUJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C.P Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 881-892, set., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf> >. Acesso em: 05 maio 2014.

JANNOTTI, C. B.; SEQUEIRA, A. L. T.; SILVA, K. S. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.31, n.75/76/77, p. 25-33, jan./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cebex.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n75.pdf>. Acesso 08 maio 2014.

JIMENEZ, E. J. B. *et al.* – Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana. In:DUCCI, L. *et al.* (Editores) – **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez., 2011.

LEÃO, C. D.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde**

Materno Infantil, Recife, v.11, n.3, p. 323-334, jul./set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf> >. Acesso em: 30 abril 2014.

MALOUINS, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag Care.**, v. 18, n. 6, p. 44-8, Jun, 2009.

MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Rev. Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 13, n. 4 p.251-9, out./dez., 2003.

MANCUSO, A. M. C.; TONACIO, L. V.; SILVA, E. R.; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 12, p. 3289-3399, dez. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n12/14.pdf> >. Acesso em: 30 abril 2014.

MENDES, E. V. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.

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

MENDES, E. V. **Programa Mãe Curitibana**: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima, Organização Pan-Americana de Saúde, 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde**. Alma-Ata, URSS, set., 1978.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS, 1964. 38p.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337>>. Acesso em: 08 maio 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v.377, n.9779, p.1778-97, mai., 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2014.

PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation**. 2.ed. Beverly Hills: Sage, 1986.

PINA, J. C.. MELLO, D. F.; MISHIMA, S. M.; LUNARDELO, S. R. Contribuições da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p. 142-8, abr., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: Uma perspectiva histórica**. 2007. 308 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROECHER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho Educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-9, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA PR). **As Redes de atenção à Saúde no Paraná. Linha Guia**. Paraná, 2011.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SESA PR). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Paraná, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

PARANÁ. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2014. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>. Acesso em: 19 jun 2014.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA PR). **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS**. SESA/PR, 2015a. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 19 maio 2014.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA/PR). HOSPSUS. Hospitais Participantes. SESA/PR, 2015b. Disponível em: <<http://www.hospus.org.br/participantes/>>. Acesso em 09 out 2015.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-9, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n. 4, p. 585-593, out.-dez. 2005.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 533-5, dez., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 494-1504, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a85v16s1.pdf> >. Acesso em: 25 abril 2014.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, supl.15, p.225-64, jul./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, Londres, p.32-46, mai., 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: jul. 2014.

WHO. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1993. (Traduzido para o português pelo Centro Colaborador da OMS para Classificação de doenças em Português. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP;1995).

ARTIGO 1

Construção e validação de instrumento avaliativo de programa público de saúde materno-infantil*

Construction and validation of a public program of maternal and child health instrument evaluation

La validación y construcción del instrumento de evaluación del programa público de salud materno-infantil

Bruna Regina Bratti Frank¹

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

Cláudia Silveira Viera³

Ana Tereza Bittencourt Guimarães⁴

Sebastião Caldeira⁵

Artigo de Pesquisa

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2013, processo nº 474768/2013-9.

Autor(a) correspondente: Bruna Regina Bratti Frank. Endereço: Rua Santa Maria, nº 668, ap. 02, Bairro Santa Maria, Toledo, Paraná, Brasil. Telefone: (45)9967-5227. E-mail: brunabratti@gmail.com.

*Etapa de pesquisa intitulada Avaliação da Implementação do Programa Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná, vinculada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – nível mestrado - UNIOESTE.

¹ Enfermeira. Aluna do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Toledo, Paraná, Brasil, E-mail: brunabratti@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, membro do GPEMI – CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, de Biociências e Saúde da UNIOESTE . Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: beatriz.oliveira@unioeste.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, membro do GPEMI – CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, de Biociências e Saúde da UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: clausviera@hotmail.com

⁴Graduação em Ciências Biológicas Bacharelado e Licenciatura. Mestre em Ciências, área de concentração em Zoologia pela Universidade Federal do Paraná e doutora em Ciências, área de concentração em Ecologia e Recursos Naturais pela Universidade Federal de São Carlos. Atualmente é professora de Bioestatística do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: anatbguimaraes@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciências - Cuidados em Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE-EEUSP). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas (PPGE-EEUSP). Professor Adjunto em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica no Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Líder do GPEMI – UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: calenf3@gmail.com

Construção e validação de instrumento avaliativo de programa público de saúde materno-infantil

Construction and validation of a public program of maternal and child health instrument evaluation

La validación y construcción del instrumento de evaluación del programa público de salud materno-infantil

RESUMO: Este artigo apresenta a construção e validação de um instrumento de avaliação de programa público de saúde materno-infantil. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, realizada por meio dos sistemas de informação em saúde nos 55 municípios da 9^a, 10^a e 17^a regionais de saúde do estado do Paraná, nos anos anteriores (2010 e 2011) e posteriores (2012 e 2013) à implantação do programa Rede Mãe Paranaense. Para o tratamento dos dados utilizou-se a análise fatorial. O instrumento contemplou 22 variáveis que foram distribuídas em 5 domínios, sendo eles: Consultas e Prevenção Materna, Seguimento da Criança, Gestão, Mortalidade Infantil e Risco. Os resultados apresentados confirmaram a validade e a confiabilidade dos dados, com um alfa de Cronbach de 0,839. O instrumento avaliativo do estudo demonstrou-se útil para a avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense e tem o potencial de ser utilizado para outros programas públicos de saúde materno-infantis.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de programas e projetos de saúde. Avaliação em saúde. Estudos de validação. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: This article presents the construction and validation of a maternal and child health public program evaluation framework. Quantitative and evaluative research, conducted across systems of information in health, related to 55 municipalities, which comprises 9th, 10th and 17th health regions of Parana state. The period studied was previous years (2010 and 2011) and later (2012 and 2013) to the implantation of the programa Rede Mãe Paranaense. For the data analysis, it was used factorial analysis. The instrument included 22 variables that were distributed in 5 domains: Consultation and Maternal Prevention, Child Follow-up, Management, Infant Mortality and Risk. The results confirmed the validity and reliability of data, with a Cronbach's alfa of 0.839. The evaluation framework of this study showed to be useful for the evaluation of the programa Rede Mãe Paranaense and has potential to be used for other public programs of maternal and child health.

KEYWORDS: Program evaluation. Health evaluation. Validation studies. Primary health care.

RESUMÉN: En este trabajo se presenta el desarrollo y la validación de un instrumento de evaluación de un programa público para la salud materno-infantil. La investigación de evaluación fue cuantitativa, llevada a cabo a través de los sistemas de información en salud en los 55 municipios de la 9^a, 10^a y 17^a regionales de salud del estado de Paraná, en años anteriores (2010 y 2011) y posteriores (2012 y 2013) a la implementación del programa Rede Mãe Paranaense. Para el tratamiento de los datos se utilizó el análisis factorial. El instrumento incluye 22 variables que se distribuyen en cinco áreas: Consulta y Prevención de la Madre, Seguimiento del Niño, Gestión, la mortalidad infantil y de Riesgo. Los resultados confirmaron la validez y fiabilidad de los datos, con un alfa de Cronbach de 0,839. El instrumento de evaluación del estudio se ha demostrado útil para la evaluación del programa Rede Mãe Paranaense y tiene el potencial de ser utilizado para otros programas públicos de salud materna e infantil.

PALABRAS CLAVE: Evaluación de programas y proyectos de salud. Evaluación en salud. Estudios de validación. Atención primaria.

INTRODUÇÃO

A situação de saúde brasileira caracteriza-se por uma transição demográfica acelerada, expressa por uma tripla carga de doenças, que inclui agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, causas externas e presença proeminente de condições crônicas. Tenta-se resolver essa situação de saúde com um sistema de atenção fragmentado, reativo e voltado para o enfrentamento de condições agudas e agudizações de condições crônicas, com evidentes falhas na obtenção de resultados. Contrapondo essa realidade, tem-se a organização do sistema na forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS), em modo integrado, para resolver as condições de saúde da população de forma pró-ativa, efetiva, eficiente e com qualidade⁽¹⁾.

Instituída pela Portaria GM nº 4.279/2010, as RAS são arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, em que se desenvolvem procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio e gestão, buscam a garantia da integralidade do cuidado e resolução dos problemas da população^(1,2). Nesse contexto, o contato entre os diversos pontos de atenção no sistema de saúde deve ocorrer pela integração efetiva, coordenada dentre esses serviços pela Atenção Primária à Saúde (APS), para todas as necessidades de saúde dos usuários.

Nas últimas três décadas, o Brasil passou por uma série de mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população, com grande impacto sobre a saúde materno infantil. A atenção à essa população se tornou mais proeminente na agenda pública e diversos programas verticais de saúde foram implementados (promoção do aleitamento materno, vacinação, atenção integral às mulheres durante a gestação, parto e puerpério e à criança no primeiro ano de vida). O acompanhamento de saúde das crianças é essencial para avaliar o impacto de mudanças

sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços⁽³⁾.

Em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP)⁽⁴⁾. A prioridade das ações desenvolvidas baseou-se na análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil que, ou apresentaram aumento ou leve redução, beirando a estagnação nos últimos anos: a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná, em 2002, era de 57,64/100.000 Nascidos Vivos (NV) e em 2010 foi para 65,11/100.000NV. A Mortalidade Infantil (MI), que em 2002 representava 16,72/1.000NV, diminuiu, em 2010, para 12,15/1.000NV⁽⁴⁾ e mantém-se próximo a esse índice.

Esses indicadores chegaram a um patamar que demanda uma maior complexidade de ações. Diante disso, o PRMP estabeleceu um conjunto de ações a serem desenvolvidas: captação precoce da gestante, realização de no mínimo sete consultas de pré-natal, estratificação de risco das gestantes e crianças, atendimento ambulatorial especializado e vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme o respectivo risco. Essas ações, incluindo a análise dos indicadores de mortalidade materna e infantil, constituem-se como pressupostos para a organização e funcionamento da Rede Mãe Paranaense (RMP)⁽⁴⁾.

Para identificar a extensão e o desempenho dos pressupostos do PRMP e averiguar o efeito que essa implantação está causando na saúde do público a que se dirige, faz-se necessário que uma avaliação sistematizada desse processo. Diante disso, esse estudo objetiva apresentar a construção e validação de instrumento de avaliação de programa público de saúde materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, metodológica, com abordagem quantitativa. As pesquisas metodológicas envolvem investigações dos métodos de obtenção e

organização de dados, tratam do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa⁽⁵⁾.

O estudo faz parte de um projeto multicêntrico denominado “Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense”, financiada pelo CNPq, na qual se trabalhou com o total de municípios (55) de três Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná, sendo elas: 9ª RS, de Foz do Iguaçu, com nove municípios, 10ª RS, de Cascavel, com 25 municípios e 17ª RS de Londrina, com 17 municípios.

Construção do Instrumento

Contemplou os pressupostos estabelecidos pela Linha Guia do PRMP⁽⁴⁾ e inicialmente abrangia 16 questões, com 75 variáveis para avaliação. Após verificação de sua aplicabilidade a partir dos sistemas de informação nacionais dos dados de saúde, o instrumento permaneceu com dez questões, distribuídas em 22 variáveis, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Instrumento com questões definidas a priori e após a verificação da aplicabilidade nas bases de dados. Cascavel, Pr, 2015.

Questões Definidas a Priori	Questões Remanescentes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de Gestantes Cadastradas no município 2. Garante a toda gestante assistência no pré-natal com qualidade <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Consultas médicas 2.2 Consultas com enfermeiro 2.3 Consultas odontológicas 2.4 Imunização da gestante 2.5 Exames realizados 3. Identifica as gestantes no primeiro trimestre de gestação 4. Padroniza a utilização da carteirinha da gestante 5. Estratificação de risco das gestantes <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Implanta a Estratificação de Risco das gestantes – Habitual, Intermediário e Alto Risco 5.2 Atendimento ambulatorial das gestantes de risco 5.3 Hospital de referência para a gestante de risco habitual e intermediário 5.4 Hospital de referência para gestante de alto risco 6. Contratualiza os hospitais para a vinculação do parto da gestante conforma a Estratificação de Risco ao hospital mais adequado à sua condição, de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA. 7. Institui incentivo de qualidade ao parto <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Cesáreas e partos normais 7.2 O hospital contratualizado recebe incentivo confirme contrato quando atinge metas estipuladas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quantidade de gestantes cadastradas no SISPRENATAL no município: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Quantidade de gestantes 1.2 Quantidade de gestantes com 7 ou mais consultas 1.3 Quantidade total de consultas 1.4 Quantidade de gestantes que iniciaram o pré natal no primeiro trimestre 1.5 Quantidade de consultas odontológicas 2. Quantidade de exames realizados por trimestre gestacional <ol style="list-style-type: none"> 2.1 1º trimestre 2.2 2º trimestre 2.3 3º trimestre 2.4 Teste rápido de sífilis 2.5 Teste rápido de gravidez 2.6 Teste rápido de HIV 3. Estratificação de risco das gestantes <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Município implantou a Estratificação de Risco das gestantes (Habitual, Intermediário e Alto Risco)

Continua na próxima página

<p>Continuação</p> <p>8. Implanta comitê de investigação de óbitos maternos no município</p> <p>9. Número de crianças cadastradas no município de 0 a 2 anos</p> <p>10. Implanta Estratificação de Risco de crianças menores de 1 ano – Habitual, Intermediário e Alto Risco</p> <p>11. Acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança, conforme Estratificação de Risco</p> <p>12. Padroniza a utilização da Carteira da Criança</p> <p>13. Garante a toda criança assistência com qualidade</p> <p>13.1 Consultas médicas</p> <p>13.2 Consultas com enfermeiro</p> <p>13.3 Consultas odontológicas</p> <p>13.4 Imunização da criança</p> <p>14. Implanta comitê de investigação de óbitos infantis do município</p> <p>15. Participa com seus profissionais de saúde das capacitações ofertadas pela SESA</p> <p>16. Garante que os laboratórios de análises clínicas alimentem o sistema de gerenciador de ambiente laboratorial junto ao Laboratório Central do Estado – LACEN</p>	<p>4. Contratualização dos hospitais para a vinculação do parto da gestante conforme a Estratificação de risco ao hospital de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA (Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco)</p> <p>5. Instituiu incentivo de qualidade ao parto (Quantidade de partos normais e cesáreas)</p> <p>6. Mortalidade materna</p> <p>6.1 Indicadores de Mortalidade materna</p> <p>7. Cadastro infantil (número de crianças nascidas vivas pelo SINASC)</p> <p>8. Mortalidade infantil</p> <p>8.1 Mortalidade Neonatal Precoce</p> <p>8.2 Mortalidade Neonatal Tardia</p> <p>8.3 Mortalidade Pós-Neonatal</p> <p>9. O município possui comitê de análise dos óbitos maternos e infantis</p> <p>10. Número absoluto de doses de vacinas aplicadas em crianças menores de 1 ano, conforme PNI, por município</p>
---	---

Coleta de dados

A coleta de dados foi desenvolvida em todos os municípios da 9ª, 10ª e 17ªRS, referente aos anos anteriores a implantação do Programa (2010 e 2011) e posteriores (2012 e 2013), a partir de relatórios mensais e anuais emitidos por cada município para os sistemas de informação nacionais de dados de saúde, relativas ao pré-natal (SISPRENATAL) e ao seguimento da criança (SINASC, PNI, SIM, etc).

Variáveis

Os indicadores de saúde foram categorizados em três níveis: 0 – Informação inexistente nos sistemas de informação; 0,5 – Informação existente com seguimento de uma estratificação de risco; 1 – Informação existente, mas parcialmente em acordo com a Linha Guia⁽⁴⁾; e 2 – Informação existente, em acordo com a Linha Guia⁽⁴⁾, conforme Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Níveis adotados para cada variável do instrumento de coleta de dados. Cascavel, Pr, 2015.

Questões	Variável	Níveis adotados
1 e 2	“Consultas” e “Prevenção Materna	1 – Número de consultas e número de testes rápidos abaixo de 100% 2 – Número de consultas e testes rápidos acima de 100%
3	“Estratificação”	0,5 – Município aderiu a um tipo de risco

Continua na próxima página

Continuação		
		1 – Município aderiu a dois tipos de risco (Habitual e Alto Risco) 2 – Município aderiu a estratificação de risco Habitual, Intermediário e Alto Risco
4	“Contratualização	1 – Hospital aderiu ao Termo de Contrato com o município para risco Habitual e Alto Risco 2 – Hospital aderiu ao Termo de Contrato com o município para os três riscos (Habitual, Intermediário e Alto Risco)
5	“Parto”	1 – Município apresentou mais de 15% de partos cesáreos 2 – Município apresentou menos de 15% de partos cesáreos, conforme preconizado pela Linha Guia do PRMP ⁽⁴⁾ .
6*	“Mortalidade Materna”	1 – RMM maior de 20/100.000NV, conforme preconizado pela Linha Guia do PRMP ⁽⁴⁾ . 2 – RMM menor que 20/100.000NV
8.1*	“Mortalidade Neonatal Precoce” (0 a 6 dias)	1 – Coeficiente de mortalidade infantil acima de 6,78/1.000NV** 2 – CMI abaixo de 6,78/1.000NV**
8.2*	“Mortalidade Neonatal Tardia” (7 a 27 dias)	1 – CMI acima de 2,00/1.000NV** 2 – CMI abaixo de 2,00/1.000NV**
8.3*	“Mortalidade Pós Neonatal”	1 – CMI acima de 3,31/1.000NV** 2 – CMI abaixo de 3,31/1.000NV**
9	“Comitê”	1 – Município não possui Comitê de Investigação de óbitos maternos e infantis 2 – Município possui Comitê de Investigação de óbitos maternos e infantis
10	“Imunização”	1 – Cobertura vacinal menor que 100% 2 – Cobertura vacinal igual ou superior a 100%, conforme preconizado pela Linha Guia ⁽⁴⁾ .

* O CMI e a RMM são calculados dividindo-se o número de óbitos que se deseja verificar por 1.000NV e por 100.000NV, respectivamente, na população residente de um determinado espaço geográfico no período considerado⁽⁶⁾, sendo assim utilizaram-se os dados da questão 7, que diz respeito ao número de NV, para o cálculo das questões 6 e 8. ** Os pesos utilizados estão de acordo com a Linha Guia do PRMP e os índices adotados reportam o ano de 2011⁽⁴⁾.

Na análise fatorial, as variáveis colineares, ou seja, que apresentaram redundância foram suprimidas do instrumento, sendo elas: “número de gestantes com 7 ou mais consultas/número de gestantes”, “número de gestantes que realizaram consulta no primeiro trimestre/número de gestantes” e “existência de comitê de verificação de óbitos materno e infantil”. Aquelas variáveis em que não foi possível encontrar os dados nos sistemas de informação, ou mesmo na RS, também foram suprimidas do instrumento, são elas: “número de consultas odontológicas/número de gestantes” e “cobertura vacinal meningocócica da criança”. Assim sendo, trabalhou-se com 22 variáveis para validação do instrumento.

Análise estatística

As informações foram submetidas à Análise Fatorial, a qual faz parte da família de modelos de equações estruturais, classificada no subtipo de modelos de medição, que descreve as relações entre os domínios (variáveis latentes) e seus indicadores (variáveis observadas)⁽⁷⁾.

Essa análise reduz o conjunto original de dados em uma nova matriz, com variáveis denominadas domínios, sendo tal extração realizada por meio da análise de componentes principais⁽⁸⁾, a qual está relacionada com a explicação da estrutura de covariância por meio de combinações lineares das variáveis originais. Tem como objetivo a redução da dimensão original das variáveis e a facilitação da interpretação de análises realizadas. Esta redução promove a menor perda de informação por meio de uma transformação linear de um espaço p-dimensional para um espaço k-dimensional⁽⁷⁾.

Antes de proceder a Análise Fatorial verificou-se a existência de níveis aceitáveis de correlação entre as variáveis por meio do Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujos valores devem ser superiores a 0,5, e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett. Esses testes verificam a adequação dos dados à aplicação da Análise Fatorial. A coerência interna entre as 22 variáveis foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach⁽⁹⁾, que consiste em um coeficiente responsável pela mensuração da confiabilidade dos domínios, com valor mínimo considerado aceitável de 0,70^(10,11).

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) sob parecer nº 544.107/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar a qualidade dos dados, foi verificada a presença de correlações e intercorrelações entre as variáveis (Teste de Bartlett, $\chi^2=\infty$; GL=231; $p<0,05$), obtendo-se

valor de KMO de 0,618, sugerindo boa adequação para a Análise Fatorial. A coerência interna foi considerada elevada, com valor do coeficiente de Alfa de Cronbach igual a 0,839.

Após a verificação da qualidade da base de dados, foram determinados os autovalores, os quais representam a variabilidade conjunta de cada um dos domínios, bem como o percentual de variância explicada pelo domínio, representados na Tabela 1. Os domínios agregados a partir da análise fatorial não foram definidos a priori, mas resultantes da aplicação da análise. No domínio 1, a análise fatorial agregou indicadores que caracterizaram um domínio denominado ‘Consultas e Prevenção Materna’, com autovalor equivalente a 7,09 e variabilidade de explicação de 32,25%.

Tabela 1 – Tabela de Autovalores e Percentual de Variância Explicada por Domínios. Cascavel, Foz do Iguaçu e Londrina, Pr, 2015

	Autovalor	Variabilidade (%)	% acumulada
Domínio 1	7,096	32,254	32,254
Domínio 2	3,915	17,795	50,049
Domínio 3	2,009	9,132	59,181
Domínio 4	1,314	5,971	65,152
Domínio 5	1,044	4,746	69,898

FONTE: Banco de Dados da pesquisa.

O domínio 2, cujos indicadores caracterizam o domínio ‘Seguimento da Criança’, obteve autovalor de 3,91 e variabilidade de 17,79%. O domínio 3, com indicadores do domínio ‘Gestão’, apresentou autovalor 2,00 e variabilidade de 9,13%. O domínio 4 agregou indicadores do domínio ‘Mortalidade Infantil’, com autovalor de 1,31 e variabilidade de 5,91%. E por fim, o domínio 5 agregou indicadores do domínio ‘Risco’, com autovalor de 1,04 e variabilidade de 4,74%.

Foram definidos cinco fatores ou domínios por meio do Critério de Raiz Latente, o qual seleciona os domínios cujos autovalores são superiores ou iguais a um, sendo que os demais domínios foram eliminados. Diante de tal critério, foi possível observar que estes cinco domínios correspondem a 69,89% da variabilidade total. Para a correspondência de

cada variável original em novos domínios foi utilizado o critério de maior valor de cosseno quadrado⁽⁷⁾, sendo representado na Tabela 1, por meio das cargas fatoriais que constituem o critério de definição dos domínios a partir das combinações lineares das variáveis originais.

Na Tabela 2 verifica-se que a variável “Escore Mortalidade neonatal tardia” apresentou valores de correlação para os domínios 3 e 4 muito próximos. Dada a natureza dos indicadores e sua associação com as demais variáveis, optou-se por incluir essa variável ao domínio 4, relacionado à Mortalidade Infantil.

Tabela 2 – Cargas fatoriais na combinação dos domínios. Cascavel, Foz do Iguaçu e Londrina Pr, 2015.

Variáveis/Domínios	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Domínio 5
Número de consultas / Número de gestantes	0,826	-0,028	0,087	-0,124	-0,015
Exames 1º tri / n gestantes	0,977	0,130	0,119	0,071	0,030
Exames 2º tri / n gestantes	0,977	0,130	0,119	0,071	0,030
Exames 3º tri / n gestantes	0,977	0,130	0,119	0,071	0,030
Sífilis / n gestantes	0,973	0,115	0,125	0,059	0,034
Gravidez / gestantes	0,977	0,130	0,119	0,071	0,030
HIV / gestantes	0,973	0,115	0,125	0,059	0,034
Hepatite B	0,101	-0,842	0,049	-0,035	0,027
Pentavalente	0,058	-0,811	0,273	0,182	0,034
Sabin ou Salk	0,021	-0,815	0,257	0,151	-0,017
BCG	-0,121	-0,354	0,328	0,036	-0,162
VTV	0,259	-0,519	-0,070	-0,108	-0,198
Febre amarela	0,213	-0,619	-0,259	-0,179	0,050
Rotavírus	0,068	-0,720	-0,008	-0,024	0,094
Pneumocócica 10	0,347	-0,629	-0,125	-0,151	-0,210
Estratificação	0,456	0,004	-0,616	-0,393	-0,180
Contratualização	0,449	-0,090	-0,686	-0,184	-0,186
Escore Mortalidade neonatal tardia	0,118	-0,138	-0,545	0,439	0,187
Escore Mortalidade neonatal precoce	0,036	-0,090	-0,214	0,712	-0,324
Escore Mortalidade pós-neonatal	0,062	0,022	-0,262	0,470	0,162
Parto	0,104	-0,142	0,235	-0,187	0,577
Escore Mortalidade materna	-0,005	-0,207	-0,508	0,036	0,591

FONTE: Banco de Dados da pesquisa.

A Figura 1 a seguir demonstra o diagrama de ordenação da Análise Fatorial, que representa as inter-relações das variáveis para os respectivos domínios.

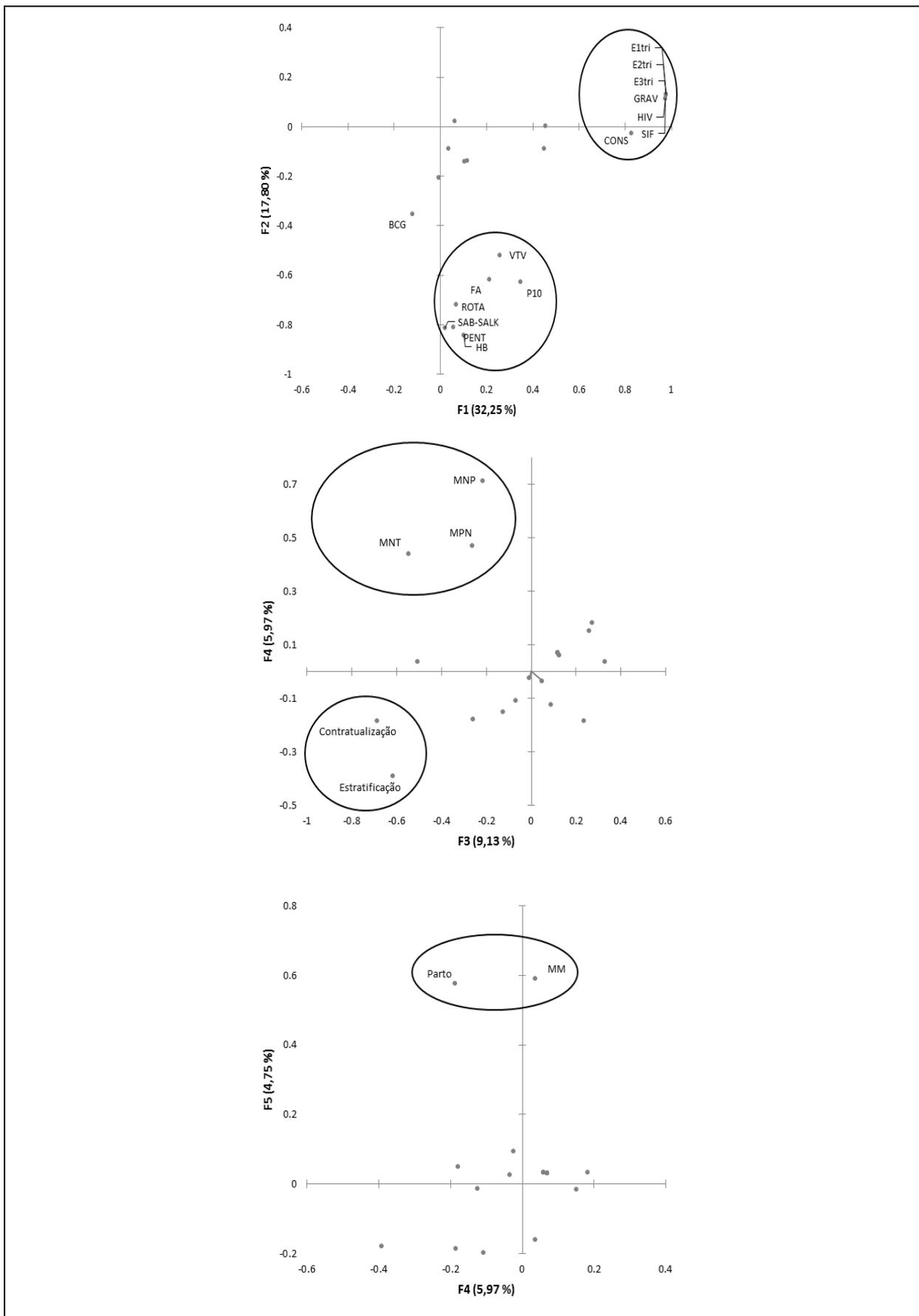


Figura 1 - Diagrama de Ordenação da Análise Fatorial A) Domínio 1 e 2; B) Domínio 3 e 4; C) Domínio 5.

Na figura 1A, o eixo das abscissas corresponde ao domínio 1, Consultas e Prevenção Materna, com 32,25% da variabilidade total, contemplando as variáveis: número de consultas/número de gestantes, exames do 1º trimestre/número de gestantes, exames de 2º trimestre/número de gestantes, exames 3º trimestre/número de gestantes, teste rápido de sífilis/número de gestantes, teste rápido de gravidez/número de gestantes, teste rápido de HIV/número de gestantes. No eixo das ordenadas, tem-se o domínio 2, Seguimento da Criança, representando 17,79% da variabilidade total. Neste domínio foram contempladas as variáveis: Hepatite B, Pentavalente, Sabin ou Salk, BCG, VTV, Febre Amarela, Rotavírus e Pneumocócica 10.

Na figura 1B, as abscissas correspondem ao domínio 3, com 9,13% da variabilidade total. As variáveis agregadas nesse domínio foram: Contratualização e Estratificação de risco das gestantes, bem como sua vinculação aos hospitais de referência por meio de contratos dos hospitais com os municípios. Sabendo que estas são ações desenvolvidas pelos gestores dos municípios, juntamente com sua Regional, optou-se por denominar o conjunto de variáveis como “Gestão”. No eixo das ordenadas tem-se o domínio 4, Mortalidade Infantil, representando 5,97% da variabilidade total. Neste domínio agregaram-se as variáveis: escore de mortalidade neonatal precoce, escore de mortalidade neonatal tardia e escore de mortalidade pós-neonatal.

Na figura 1C, no eixo das ordenadas está o domínio 5, Risco, representando 4,74% da variabilidade total. Nesse domínio as variáveis contempladas foram: Parto e Escore de mortalidade materna. Considerando que o tipo de parto representa um fator de risco para a gestante e para a criança, esse indicador em associação com a Mortalidade Materna, demonstrado pelo conjunto de variáveis do domínio 5, representa a composição do domínio “Risco”.

Para os cálculos dos domínios, utilizaram-se as seguintes equações:

$$\text{Eq. 1) Consultas e Prevenção materna (variação do escore de zero a 14) =} \\ \frac{\text{n consultas}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{exames 1º tri}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{exames 2º tri}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{exames 3º tri}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{sífilis}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{gravidez}}{\text{n gestante}} + \frac{\text{HIV}}{\text{n gestante}}$$

$$\text{Eq. 2) Seguimento da criança (escore 0 a 16) = Hepatite B + Pentavalente + Sabin ou Salk + BCG + VTV +} \\ \text{Febre Amarela + Rotavírus + Pneumocócica 10}$$

$$\text{Eq. 3) Gestão (escore 0 a 4) = Estratificação + Contratualização}$$

$$\text{Eq. 4) Mortalidade Infantil (escore 0 a 6) = Escore de mortalidade neonatal tardia + Escore de mortalidade} \\ \text{neonatal precoce + Escore de mortalidade pós-neonatal}$$

$$\text{Eq. 5) Risco (escore 0 a 4) = Parto + Escore de mortalidade materna}$$

Os cálculos de cada um dos domínios resultaram em escores que foram normalizados em uma escala de zero (0) a 100, e posteriormente realizou-se a média de todos os domínios para a definição do Índice Avaliativo (IA), conforme o algoritmo da Equação 6:

$$\text{Eq. 6) Índice Avaliativo = } \frac{\text{Consultas e Prevenção Materna} + \text{Seguimento} + \text{Gestão} + \text{Mortalidade Infantil} + \text{Risco}}{5}$$

5

Após o cálculo do IA, os resultados foram ranqueados e classificados de acordo com os critérios de adequação do PRMP, sendo que valores iguais ou acima de 70 pontos, apresentam resultados “Adequados” para a Avaliação, e valores menores de 70, “Inadequados”. Este valor segue a premissa de que pelo menos 2/3 dos pressupostos estabelecidos pelo PRMP foram seguidos.

Os cinco domínios referentes aos fatores avaliados possuem validade e confiabilidade para sua aplicação em estudos futuros com o mesmo objetivo. Todos os domínios demonstraram carga fatorial e correlação de acordo com os critérios estabelecidos neste estudo. Dessa forma, este estudo contribui para mensuração dos domínios propostos para a avaliação da implementação do PRMP.

Por outro lado, como limitação do processo, a validação do instrumento resultou na exclusão de um considerável número de variáveis do proposto originalmente, ou porque os dados não estavam disponíveis em bases de dados, ou por estarem incompletos, ou ainda

por se mostrarem redundantes na análise fatorial. Esse fato indica uma menor disponibilidade de ações e uma menor integralidade dos serviços.

Nesse estudo, o valor de KMO foi 0,618. Valores de KMO superiores a 0,5 indicam boa qualidade da base de dados para Análise Fatorial⁽⁷⁾. Ainda, a coerência interna foi considerada elevada, sendo que o valor do coeficiente de Alfa de Cronbach foi igual a 0,839. O resultado da análise fatorial de 69,89% foi considerado satisfatório, acima do resultado com explicabilidade mínima de 60% da variabilidade⁽¹²⁾.

A análise visual avalia a relevância de cada variável na composição do domínio, o que contribui para o entendimento das inter-relações das variáveis e a melhor compreensão do comportamento das mesmas⁽¹²⁾, o que foi demonstrado pelas figuras 1, 2 e 3. Ressalta-se que os planos fatoriais não são relacionados, contudo, representam as variáveis em um plano bidimensional para entender o comportamento de inter-relação entre as mesmas, ou seja, quanto mais próxima a variável estiver do círculo unitário, maior é sua representatividade para o respectivo domínio⁽¹²⁾.

O domínio 1, Consultas e Prevenção Materna, está relacionado ao acompanhamento do pré-natal das gestantes, contemplando os exames gestacionais, os testes rápidos para seguimento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o número de consultas realizadas e o número de gestantes acompanhadas, conforme preconizado pela Linha Guia do PRMP. Sabe-se que uma assistência pré-natal de qualidade é imprescindível para a detecção e o tratamento oportuno de afecções, bem como para o controle de fatores de risco que podem trazer complicações para a saúde materno-infantil⁽¹³⁾.

Em relação aos fatores de risco voltados à criança, tem-se o domínio 2, Seguimento da Criança, que demonstra as ações relacionadas ao acompanhamento infantil no primeiro ano de vida no que se diz respeito à imunização, prática obrigatória às crianças conforme calendário vacinal estabelecido pelo PNI, visto que a vacinação representa uma ação de

prevenção de doenças infectocontagiosas, contribuindo para a proteção da saúde e controle de doenças imunopreveníveis, além de evitar surtos epidêmicos^(14,15).

No domínio 3, Gestão, verificam-se as questões referentes à Estratificação de Risco das gestantes e criança e a Contratualização dos hospitais para realização do acompanhamento dessa população conforme o risco. Essas ações são ferramentas importantes para o fluxo dentro da rede, possibilitando a resolutividade das condições de saúde das gestantes no interior do sistema, visto que a atenção habitual ocorre na atenção primária durante o pré-natal e o parto será realizado no serviço hospitalar, considerado atenção terciária. O fluxo bem estabelecido e regulamentado da rede possibilita o cuidado no momento oportuno⁽¹⁾.

No domínio 4 avaliou-se a Mortalidade Infantil. Identificar em qual período o óbito infantil ocorreu é imprescindível para o desenvolvimento de ações de prevenção, pois se o óbito ocorreu no período neonatal, por exemplo, pode estar associado às afecções perinatais, anomalias congênitas, problemas relacionados ao parto, deficiência na qualidade dos serviços disponibilizados à mãe durante a gestação e ao recém-nascido, nesse sentido as ações em saúde devem ser direcionadas à melhoria da qualidade do pré-natal^(16,17).

E por fim, no domínio 5, denominado Risco, expressou-se a Mortalidade Materna. Nesse domínio foi possível avaliar o tipo de parto realizado, bem como a RMM, visto que as duas variáveis estão relacionadas, pois a qualidade do parto influencia significativamente no número de óbitos maternos⁽¹⁸⁾. A classificação de risco e a assistência humanizada à gestante de acordo com as condições obstétricas implicam em um pré-natal de qualidade em que o cuidado é desenvolvido baseado nas necessidades individuais de cada gestante e resultarão em um parto adequado a essas demandas, minimizando agravos a gestante e ao RN e influenciando no indicador de mortalidade⁽¹⁹⁾.

Diante do exposto, a construção de um instrumento capaz de avaliar esses domínios, que refletem nas ações de um programa público de saúde, é de suma importância, visto que a avaliação deve ter como finalidade a melhoria das ações, a prestação de contas e a produção de conhecimentos úteis para atingir a qualidade na prática em saúde⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os desafios enfrentados para a elaboração desse estudo, duas questões merecem destaque. A primeira foi a construção e validação de um instrumento que tenha o potencial de ser utilizado como indicador da qualidade de saúde materna e infantil no Estado do Paraná. A segunda foi a elaboração de um instrumento com capacidade de ser utilizado para avaliação da implementação de outros programas públicos de saúde materno-infantil. Sabe-se que novos estudos, valendo-se deste instrumento, poderão buscar, além das dimensões aqui apresentadas, outras que não tenham sido contempladas, dada a realidade de inconsistência de dados dos sistemas de informações hoje disponíveis. Ademais, espera-se, com este trabalho, poder contribuir para a avaliação da implementação do Programa Rede Mãe Paranaense em todas as Regionais de Saúde do Estado, bem como de outros programas que visem avaliar a qualidade das ações na saúde materna e infantil.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011 Out/Dez; 20(4):867-74.
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet.* 2011 Mai; 377(9780): 1863-76.
4. Secretaria de Estado da Saúde (SESA PR). *Linha Guia Rede Mãe Paranaense*. Paraná; 2012.
5. Lima DVM. *Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor*. *Online Braz. J. Nurs.* (Online). 2011 abr-ago; 10(2).
6. RIPSAs. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Fichas de qualificação para o indicador*. BVS [Internet]. 2012 [citado em 30 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br>

7. Hair FJ, Black WC, Babin B, Anderson RE, Tathan RL. Análise multivariada de dados. 6ª edição. Porto Alegre: Bookman; 2009.
8. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
9. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*. 2010 Jun; 11(2): 85-103.
10. Pires DA, Brandão MRF, Silva CB. Validação do questionário de burnout para atletas. *REVDEF*. 2006; 17(1): 27-36.
11. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34(4): 572-80.
12. Zanella A, Seidel EJ, Lopes LFD. Validação de questionário de satisfação usando análise factorial. *INGEPRO*. 2010 Dez; 2(12): 102-12.
13. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 Mar; 28(3): 425-37.
14. Pugliesi MV, Tura LFR, Andreazzi FS. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010 Jan/Mar; 10(1).
15. Souza CJ, Vigo ZL, Palmeira CS. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. *Rev Enfermagem Contemporânea*. 2012 Dez; 1(1): 44-58.
16. Santos Junior GGM, Jacobi LF. Análise da taxa de mortalidade infantil no município de Caçapava do Sul, RS. *Cienc Nat*. 2009; 1(1): 17-32.
17. Fernandes CA, Vieira VCL, Scochi MJ. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: Pesquisando municípios da 15 Regional de Saúde do Paraná. *Rev. Cien cuid saúde*. 2013 Out/Dez; 12(4): 752-9.
18. Viana C, Novaes MRCG, Carderon IMP. Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22 Sup.1: 141-52.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
20. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro; 2011. p.181-99.

ARTIGO 2**Avaliação do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde *****Evaluation of the implementation process of the Rede Mãe Paranaense in three Health Regions**Bruna Regina Bratti Frank⁶Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso⁷Cláudia Silveira Viera⁸Ana Tereza Bittencourt Guimarães⁹Sebastião Caldeira¹⁰

RESUMO: Estudo para avaliar o processo de implementação do Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) em três Regionais de Saúde (RS) do Paraná. Pesquisa avaliativa, quantitativa, realizada na 9^a, 10^a e 17^a RS em anos anteriores (2010 e 2011) e posteriores (2012 e 2013) à sua implantação. A coleta de dados foi documental, efetuada nos sistemas de informações em saúde por meio de formulário pré-elaborado contemplando cinco domínios que norteiam o programa: Consultas e prevenção materna, Seguimento da criança, Gestão, Mortalidade infantil e Risco. A partir do cálculo da média dos domínios, obteve-se o Índice Avaliativo (IA), normalizado em uma escala de 0 a 100, em que valores acima de 70 foram considerados adequados e abaixo, inadequados. O IA foi comparado entre as três RS por meio do teste ANOVA para medidas repetidas. Os resultados demonstraram que a 10^a RS foi a que apresentou melhor IA após a implantação do Programa (IA de 76,85 em 2013), seguida da 17^a (IA de 73,31), sendo que a 9^a não atingiu valores adequados (IA de 58,07). Ainda se tem muito a melhorar na forma que o programa encontra-se estruturado, entretanto, mesmo que incipiente, o PRMP tem contribuído na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantis.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de programas e projetos de saúde. Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT: Study to evaluate the implementation process of the Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) in three Health Regions of Parana. Quantitative and evaluative research, conducted in 9th, 10th and 17th Health Regions in past years (2010 and 2011) and later (2012 and 2013) to the implantation of the program. The data collection was documental, realized in the Systems of Information in Health through pre-elaborated

*Etapa de pesquisa intitulada Avaliação da Implementação do Programa Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná, vinculada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – nível mestrado - UNIOESTE.

⁶Enfermeira. Aluna do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil.

⁷Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE e do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, de Biociências e Saúde da UNIOESTE . Cascavel, Paraná, Brasil.

⁸Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, docente da área de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE e do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, de Biociências e Saúde da UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil.

⁹Graduação em Ciências Biológicas Bacharelado e Licenciatura. Mestre em Ciências, área de concentração em Zoologia pela Universidade Federal do Paraná e doutora em Ciências, área de concentração em Ecologia e Recursos Naturais pela Universidade Federal de São Carlos. Docente de Bioestatística do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil.

¹⁰ Enfermeiro. Doutor em Ciências - Cuidados em Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE-EEUSP). Docente em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica no Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil.

instrument including five domains that north the program: Consultation and Maternal Prevention, Child Follow-up, Management, Infant Mortality and Risk. By the average calculation of domains, there was obtained the Evaluative Index, normalizes on a scale from 0 to 100, where values above 70 were considered adequate, and values below were considered inadequate. The Evaluative Index was compared between three Health Regions through the test ANOVA for repeated measures. The results demonstrated that the 10th showed better Evaluative Index after the implantation of the program (76,85 in 2013), followed by 17th (73,31), wherein the 9th didn't reach adequate values (58,07). Still has a lot to improve in the way that the program is structured, however, even though incipient, the PRMP has contributed in the improvement of the indicators of maternal and child health.

KEYWORDS: Program evaluation. Health evaluation. Primary health care. Maternal and child health.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde voltadas à população materno-infantil têm como prioridade a atenção integral às mulheres na gestação e à criança nos primeiros anos de vida, visando à garantia de assistência à saúde para ambas, além de promover estratégias para prevenção e redução da mortalidade materno-infantil. O acompanhamento em saúde a essa população é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde ^(1,2).

Nesse contexto, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), fundamentado no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁾, adotado no Paraná como modelo de atenção em razão da necessidade da melhoria do acesso e qualidade nas ações prestadas à população. Toda estruturação das RAS baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da captação precoce da gestante e seu acompanhamento e o da criança até um ano de vida⁽⁴⁾.

O PRMP levou em consideração os indicadores de mortalidade materna e infantil, que apresentaram aumento, ou leve redução, beirando a estagnação nos últimos anos: a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná, que era de 57,64/100.000 Nascidos

Vivos (NV) em 2002, em 2010 aumentou para 65,11/100.000NV e a mortalidade infantil, que era de 16,72/1.000NV em 2002, diminuiu para 12,15/1.000NV em 2010⁽⁴⁾, mas mantém-se próxima a esse patamar.

Dos óbitos maternos registrados até 2012, 85% foram considerados evitáveis e 71% atribuídos à atenção dispensada à gestante durante o pré-natal, puerpério e assistência hospitalar. Em relação aos óbitos infantis, 60,5% dos óbitos registrados em 2011 foram considerados evitáveis⁽⁴⁾.

Diante desses indicadores, a SESA/PR estabeleceu um conjunto de ações para implantação do PRMP, sendo a captação precoce da gestante, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, a estratificação de risco de gestantes e crianças, o atendimento ambulatorial especializado e a vinculação das gestantes aos hospitais de referência, conforme o risco. Essas ações, incluindo a análise dos indicadores de mortalidade materno-infantil, constituem-se como pressupostos para a organização e funcionamento do PRMP⁽⁴⁾.

Para se averiguar o efeito que a implantação de um serviço ou programa está causando na saúde do público a que está sendo dirigido, faz-se necessário uma avaliação sistematizada do mesmo. No entanto, os efeitos decorrem de como a implementação vem ocorrendo, sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o processo de implementação do PRMP em três Regionais de Saúde (RS) do estado por meio da análise do cumprimento de seus pressupostos estabelecidos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, longitudinal, de abordagem quantitativa, realizada em três RS do Paraná, sendo: 9ª RS, de Foz do Iguaçu, 10ª RS, de Cascavel e 17ª RS, de Londrina.

A coleta de dados foi documental, referente aos anos anteriores (2010 e 2011) e posteriores (2012 e 2013) à implantação do PRMP, e ocorreu a partir dos relatórios anuais dos sistemas de informação em saúde (SIS), a saber: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) relativos a cada município. Como esses são dados secundários, esta pode ser uma limitação do estudo.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento validado na própria pesquisa por análise fatorial, contendo questões que contemplam os indicadores de saúde materno-infantis propostos pela Linha Guia do PRMP, aqui chamados de domínios, sendo eles: 1) Consultas e Prevenção Materna, contendo as variáveis: número de consultas, exames do 1º trimestre, exames de 2º trimestre, exames 3º trimestre, teste rápido de sífilis, teste rápido de gravidez e teste rápido de HIV, divididas pelo número de gestantes; 2) Gestão, com as variáveis: contratualização e estratificação; 3) Seguimento da Criança referente à cobertura vacinal de crianças, sendo: Hepatite B, Pentavalente, Sabin ou Salk, Bacilus Calmette-Guérin (BCG), Tríplice Viral (VTV), Febre Amarela, Rotavírus e Pneumocócica 10; 4) Risco, com as variáveis tipo de parto e mortalidade materna; e 5) Mortalidade Infantil, com as variáveis mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal.

Distribuídos os domínios e suas respectivas variáveis, formularam-se os cálculos representados nas equações a seguir: Consultas e Prevenção Materna (Eq. 1 - variação do escore de 0 a 14), Seguimento da Criança (Eq. 2 - variação de 0 a 16), Gestão (Eq. 3 -

variação de 0 a 4), Mortalidade Infantil (Eq. 4 - variação de 0 a 6) e Risco (Eq. 5 - variação de 0 a 4).

$$\text{Eq. 1) } \textit{Consultas} = \frac{n \textit{consultas}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{exames 1}^\circ \textit{tri}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{exames 2}^\circ \textit{tri}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{exames 3}^\circ \textit{tri}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{sifilis}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{gravidez}}{n \textit{gestante}} + \frac{\textit{HIV}}{n \textit{gestante}}$$

$$\text{Eq. 2) } \textit{Gestão} = \textit{Estratificação} + \textit{Contratualização}$$

$$\text{Eq. 3) } \textit{Seguimento} = \textit{Hepatite B} + \textit{Pentavalente} + \textit{Sabin ou Salk} + \textit{BCG} + \textit{VTV} + \textit{Febre Amarela} + \textit{Rotavírus} + \textit{Pneumocócica 10}$$

$$\text{Eq. 4) } \textit{Mortalidade Infantil} = \textit{Escore de mortalidade neonatal tardia} + \textit{Escore de mortalidade neonatal precoce} + \textit{Escore de mortalidade pós-neonatal}$$

$$\text{Eq. 5) } \textit{Risco} = \textit{Parto} + \textit{Escore de mortalidade materna}$$

Os cálculos dos domínios resultaram em escores que foram normalizados em escala de zero (0) a 100, e posteriormente realizou-se a média de todos os domínios para a definição do Índice Avaliativo (IA), conforme o seguinte algoritmo (Equação 6):

$$\text{Eq. 6) } \textit{Índice Avaliativo} = \frac{\textit{Consultas e Prevenção Materna} + \textit{Gestão} + \textit{Seguimento} + \textit{Mortalidade Infantil} + \textit{Risco}}{5}$$

Após o cálculo do IA, os resultados foram ranqueados e classificados de acordo com os critérios de adequação do PRMP, estabelecendo-se que valores iguais ou acima de 70 foram considerados adequados para a avaliação, e valores menores de 70, inadequados.

Os dados foram avaliados quanto ao padrão de distribuição por meio do teste Shapiro-Wilk, seguido da avaliação de homogeneidade das variâncias, com o teste de Cochran. As variáveis foram avaliadas pelo teste de ANOVA para medidas repetidas, seguido pelo teste de acompanhamento de Fisher LSD (Least Significant Difference). Utilizou-se o nível de significância equivalente a 0,05, sendo tais análises realizadas no programa Statistica 7.0.

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) sob parecer nº 544.107/2014.

RESULTADOS

Na Tabela 1, a seguir, estão apresentados os escores médios dos cinco domínios de avaliação dos indicadores materno-infantis, bem como do IA do PRMP nas três RS pesquisadas ao longo de sua implementação.

Tabela 1 – Escore médio dos domínios e IA para cada ano de implementação do Programa Rede Mãe Paranaense. Cascavel, PR, 2015.

Domínio/RS	2010	2011	2012	2013	p-valores
Consultas e Prevenção Materna					
9ª RS	0,0	0,0b	0,0b	0,0b	
10ª RS	0,0	0,0b	0,0b	46,86a	< 0,0001
17ª RS	0,0	7,48a	7,14a	49,32 ^a	
Gestão					
9ª RS	33,33 ^{ab}	52,78 ^b	55,56 ^b	55,56 ^b	
10ª RS	25,00 ^b	100,00 ^a	100,00 ^a	100,00 ^a	< 0,0001
17ª RS	47,62 ^a	47,62 ^b	83,33 ^a	83,33 ^a	
Seguimento da Criança					
9ª RS	67,36	75,69	77,08	84,72	
10ª RS	70,75	71,25	70,25	77,75	0,021*
17ª RS	68,75	82,74	75,89	72,02	
Risco					
9ª RS	69,44 ^b	66,67 ^b	72,22	72,22	
10ª RS	84,00 ^a	81,00 ^a	82,00	71,00	0,002
17ª RS	71,43 ^b	72,62 ^{ab}	75,00	71,43	
Mortalidade Infantil					
9ª RS	90,73	75,92	81,46	77,76	
10ª RS	89,99	85,98	88,66	88,66	0,139
17ª RS	84,91	84,10	85,70	90,46	
Índice Avaliativo					
9ª RS	52,17	54,21 ^b	57,2 ^b	58,05 ^b	
10ª RS	53,95	67,65 ^a	68,18 ^a	76,85 ^a	< 0,0001
17ª RS	54,54	58,91 ^b	65,41 ^{ab}	73,31 ^a	

FONTE: Base de Dados da Pesquisa, 2015.

Letras diferentes indicam as diferenças estatísticas entre as regionais de saúde em cada ano analisado.

* A diferença estatística foi observada apenas entre os anos

Em relação ao domínio “Consultas e Prevenção Materna”, em que a base de dados é o SISPRENATAL, observou-se a inexistência de registros no ano de 2010, para as três RS, o que demonstra a falha na coleta e no registro das informações relacionadas à gestante e seu acompanhamento pré-natal. Nesta base de dados houve diferença significativa ($p < 0,0001$), sendo que nos anos de 2011 e 2012 apenas a 17ª RS apresentou registros (7,48 em 2011 e 7,14 em 2012). Em 2013 a 9ª RS continuou sem registros e a 10ª e 17ª RS

apresentaram um aumento significativo (46,86 na 10^a e 49,32 na 17^a RS). Ainda assim, as três RS apresentaram escores considerados inadequados para o domínio em questão, sendo que a 9^a RS não apresentou influência da implantação do PRMP, retratada pela ausência de dados.

Em relação ao domínio Gestão houve diferenças significativas ($p < 0,0001$) entre as regionais, em que a 9^a RS apresentou elevação significativa a partir de 2011 (52,78), comparado a 2010 (33,33). Na 10^a RS esse aumento se demonstrou expressivo (25,00 em 2010 para 100,00 em 2011). Na 17^a RS a elevação ocorreu apenas em 2012, ano de implantação do PRMP. Os resultados das três RS nos anos posteriores (2012 e 2013) à implantação do PRMP permaneceram constantes, sendo que a 10^a RS foi melhor avaliada para o domínio em questão (100,00 em 2012 e 2013), seguido da 17^a RS (83,33 em 2012 e 2014). Na 9^a RS a avaliação demonstrou resultados inadequados após implantação (55,56 em 2012 e 2013).

No domínio Seguimento da Criança, cuja base de dados é o PNI, as médias tanto dos anos pré quanto dos anos pós implantação do PRMP obtiveram valores muito próximos para as três RS, sendo que seus resultados foram considerados adequados, com diferenças significativas apenas entre os anos ($p = 0,021$). Nesse caso, a 9^a RS apresentou os melhores escores em 2013 (84,72).

A análise do domínio Risco expressa tanto a RMM das três RS, quanto o tipo de parto realizado. Para as RS avaliadas houve diferenças estatísticas significativas ($p = 0,002$), embora o domínio apresentasse médias consideradas adequadas no período pré e pós implantação do PRMP, com exceção da 9^a RS em 2010 (69,44) e 2011 (66,67). Nesse caso, os resultados pós implantação demonstraram-se superiores aos do período pré. Na 10^a e 17^a RS os valores oscilaram, sendo que a 10^a foi mais bem avaliada em 2010 (84,00), em

relação a 2013 (71,00). Na 17ª RS o maior escore foi registrado em 2012 (75,00), apresentando queda em 2013 (71,43).

O domínio Mortalidade Infantil demonstrou médias consideradas adequadas nas três RS, sem haver diferenças significativas entre as regionais e os períodos estudados ($p=0,139$). É possível observar na Tabela 1 que a 9ª e 17ª RS apresentaram valores menores em 2013 (9ª RS: 77,76 e 10ª RS: 88,66), comparados a 2010, por exemplo, em que os escores foram os mais altos dentre os quatro anos avaliados (9ª RS: 90,73 e 10ª RS: 89,99). A 17ª RS, no entanto, apresentou uma evolução gradual, com uma média que foi de 84,91 em 2010 para 90,46 em 2013.

Por fim, tem-se o resultado do IA, calculado por meio da média dos cinco domínios, havendo diferenças significativas entre as regionais ($p<0,0001$). Nos anos anteriores à implantação do PRMP, embora nenhuma RS apresentasse IA adequado, a 10ª RS, em 2011, obteve a melhor avaliação (67,64). E após a implantação, a RS mais bem avaliada foi a 10ª, que em 2013 apresentou um escore de 76,85, seguida da 17ª, também em 2013, com 73,31. A avaliação do IA demonstrou que os resultados pós implantação do programa, para as três RS, foram superiores aos registrados nos anos anteriores, embora a 9ª RS não tenha atingido valores considerados adequados.

A avaliação longitudinal da implementação do PRMP nas três RS ao longo dos quatro anos avaliados é mais bem visualizada pelas representações gráficas das análises dos cinco domínios e do IA, demonstrados na Figura 1.

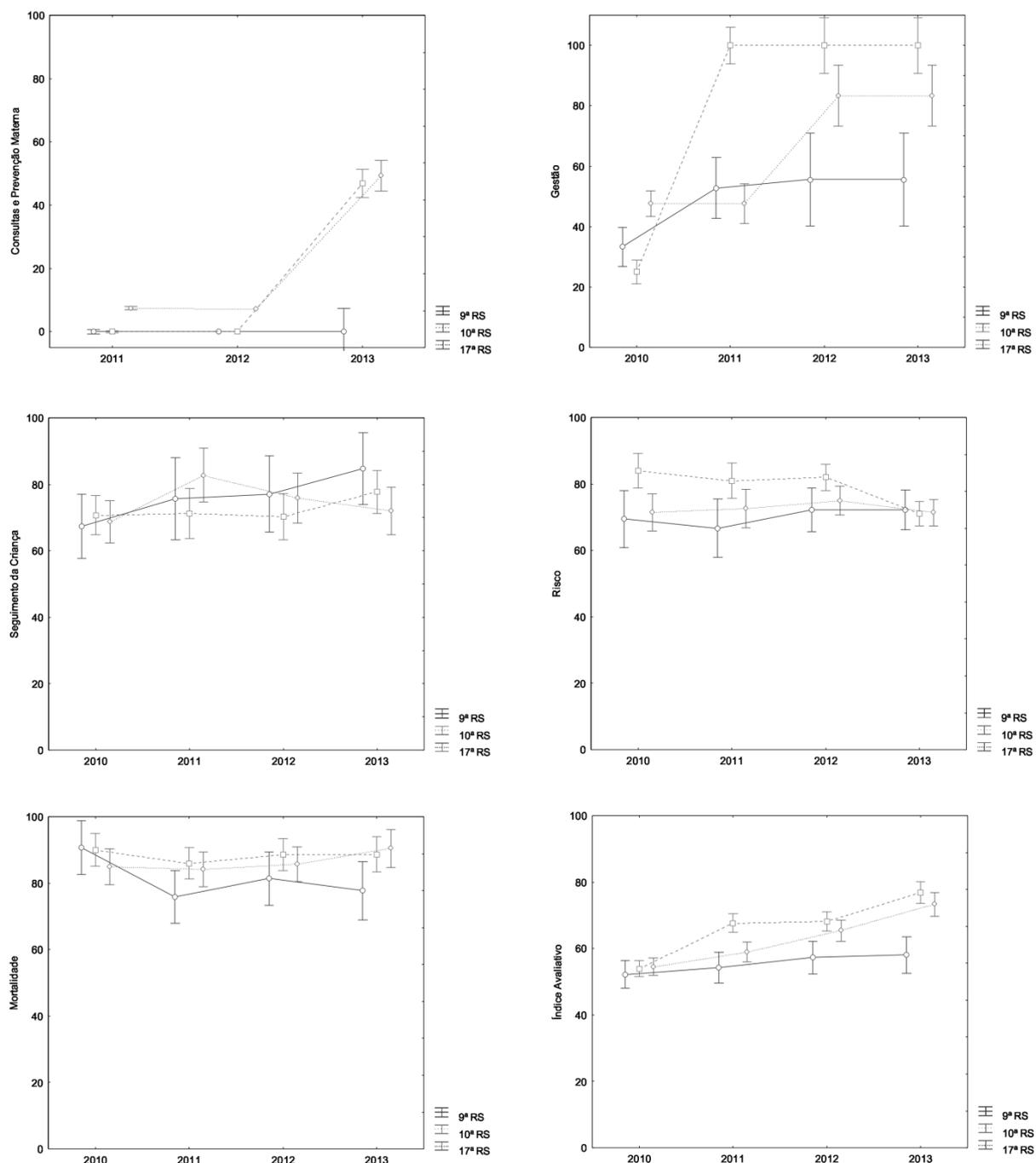


Figura 1 – Médias e intervalos de confiança dos domínios do índice avaliativo do Programa Rede Mãe Paranaense ao longo dos anos de 2010 a 2013 nas Regionais de Saúde (9ª, 10ª, 17ª).

As representações gráficas demonstradas acima permitem observar que os domínios que obtiveram mudanças representativas, dois anos após a implantação do PRMP (2013), foram Consultas e Prevenção Materna e Gestão, sendo que os demais domínios apresentaram uma estagnação durante seu processo de implementação.

Na representação gráfica acima, evidencia-se que as RS com IA considerados adequados pós implantação do PRMP, foram a 10ª, com IA de 76,85, seguida da 17ª, com

IA de 73,31, ambas em 2013. A 9ª RS foi a que obteve o menor IA, considerado inadequado, após a implantação, com 58,05, em 2013.

DISCUSSÃO

O objetivo do acompanhamento do pré-natal é de assegurar às gestantes o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo a detecção e o tratamento oportuno de afecções e de fatores de risco que podem levar a complicações para a saúde materno-infantil tanto no momento do parto, quanto no período puerperal^(5,6).

Diante disso, a Linha Guia do PRMP preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, e de 17 exames laboratoriais ao longo dos três trimestres gestacionais, incluindo o teste rápido de gravidez e a ultrassonografia obstétrica. Ainda, os testes rápidos para detecção do vírus HIV tipo 1 e 2 e sífilis são imprescindíveis no 1º trimestre gestacional. É por esse motivo que a detecção precoce das gestantes e sua vinculação e acompanhamento na APS é uma das principais metas do PRMP⁽⁴⁾.

No entanto os resultados apresentados pelo domínio ‘Consultas e Prevenção Materna’ contrariam esse objetivo, evidenciando uma considerável falha nos registros de informação do SIS voltado ao acompanhamento das gestantes, o SISPRENATAL. Essa falha pode ser observada principalmente em 2010, em que as três RS não apresentaram registro no SISPRENATAL, sendo que na 9ª essa falha é evidenciada nos quatro anos estudados.

O SISPRENATAL é um sistema eletrônico criado pelo DATASUS para a coleta de informações sobre o acompanhamento de pré-natal das gestantes no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)⁽⁷⁾. O programa disponibiliza instrumentos de coleta e as informações devem ser digitadas no SISPRENATAL. Qualquer falha no registro e transcrição dos dados para o sistema pode resultar em informações incompletas ou indisponíveis, comprometendo a avaliação da qualidade da assistência

prestada à gestante, fato constatado em estudo realizado para avaliar a qualidade do SISPRENATAL, em que as informações registradas manualmente no cartão do pré-natal demonstraram melhor notificação que o sistema⁽⁸⁾.

Visando a qualidade da assistência materno-infantil, uma das ações do PRMP é a detecção e prevenção de fatores de risco durante a gestação por meio da Estratificação de Risco da gestante e criança, de acordo com a seguinte classificação: Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco, sendo que o risco Intermediário foi uma ação inovada pelo PRMP. Essa estratificação permite o acompanhamento e vinculação das gestantes e crianças aos hospitais e ambulatórios conforme o risco. É válido lembrar que, dentro da rede, a gestante terá seu seguimento nos serviços de APS dos municípios e ambulatórios especializados para atenção à gestante de risco durante o pré-natal, e seu parto será realizado nos hospitais contratualizados com o PRMP⁽⁴⁾.

A relação entre a Estratificação de Risco e a Contratualização dos hospitais com o PRMP, demonstrada pelo domínio Gestão, constitui-se como uma importante ferramenta para o fluxo da rede e possibilita a resolutividade das condições de saúde das gestantes e crianças no interior do sistema⁽³⁾.

Ainda que sua implantação tenha ocorrido no ano de 2012, em 2011 se iniciavam as etapas preparatórias do PRMP. Até então, as gestantes e crianças eram classificadas como Baixo e Alto Risco e encaminhadas aos hospitais de referência existentes nas sedes das RS. Com a implantação do PRMP, a estratificação de risco Intermediário foi adotada e as gestantes e crianças foram vinculadas aos hospitais que possuísem Termo de Contrato com o referido programa. Isso explica o aumento expressivo das médias demonstradas em 2012 comparadas a 2010, como no caso da 9ª e 10ª RS. Na 17ª RS o aumento ocorreu apenas em 2012.

Os baixos valores demonstrados para a 9ª RS, pós implantação, podem ser explicados porque nem todos os municípios realizam a referência das gestantes e crianças para as três classificações de risco. Em alguns casos, os riscos habitual e intermediário, por exemplo, são acompanhados no próprio município por hospitais não contratualizados ou pertencentes à outra RS.

Em relação à contratualização dos hospitais nas RS do estudo, tem-se, na 9ª, um hospital de referência para risco Intermediário, sendo que o mesmo é referência para Alto Risco, na 10ª, um hospital para risco Intermediário e um para Alto Risco, e na 17ª, quatro hospitais para Intermediário e dois para Alto Risco⁽⁴⁾.

A assistência pré-natal constitui-se como um importante componente de cuidados primários em saúde, devendo garantir o maior número de ações de promoção e prevenção e permitir a identificação de gestações em situações de maior risco⁽⁹⁾.

Tendo em vista a redução da morbimortalidade materno-infantil, faz-se necessário identificar essas situações de risco gestacionais o mais precocemente possível. Nesse sentido, o acolhimento às gestantes com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e densidade tecnológica ofertada a essa população⁽⁵⁾.

Em relação ao acompanhamento da criança, o domínio Seguimento demonstra dados referentes à imunização. Formulado em 1973 e institucionalizado em 1975, o PNI foi criado tendo como meta operacional básica o alcance de 100% da cobertura vacinal para menores de um ano. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que os percentuais de cobertura vacinal sejam de 95% para o esquema básico de vacinação^(10,11). Entretanto os resultados apresentados na pesquisa, mesmo com escores considerados adequados, evidenciam uma cobertura vacinal abaixo do preconizado para as três RS.

A vacinação infantil contribui na prevenção de doenças infectocontagiosas, no controle de surtos epidêmicos e na erradicação de doenças, como no caso da poliomielite e varíola. Sendo assim, a imunização no primeiro ano de vida constitui-se como um importante indicador no controle da mortalidade infantil^(12,13).

Contudo, apenas a segurança e eficácia dos imunobiológicos não são suficientes para a garantia de sucesso dos programas de imunização. É preciso que os profissionais de saúde os operacionalizem conforme as recomendações exigidas (conservação, manejo, técnica de administração, registro nos SIS, busca ativa de faltosos e suscetíveis e acompanhamento pós-vacinal) e que a população tenha conhecimento de sua importância para redução da morbimortalidade infantil em todo país. Em relação aos profissionais, faz-se necessário a supervisão, monitoramento e avaliação das salas de vacina⁽¹⁴⁾ na APS, para que se possa alcançar a cobertura vacinal ideal, conforme estimado. No caso da população, torna-se imprescindível trabalhar com educação em saúde nas unidades de APS, tendo em vista a ampliação do entendimento dessa prática de saúde e seus benefícios, enfatizando a manutenção do esquema vacinal e estimulando a promoção da saúde⁽¹⁵⁾.

Quanto à assistência em saúde às gestantes, tem-se o domínio Risco que expressa tanto o tipo de parto realizado quanto a RMM das três RS. Essa relação é diretamente proporcional. Estudos constatam que quanto maior a incidência de parto cesáreo, maior o risco de mortalidade materna⁽¹⁶⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos realizados em um serviço de saúde seja de 10 a 15%, visto que é a porcentagem que apresenta indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real em que, para a preservação da saúde materno-infantil, indica-se que o parto seja realizado cirurgicamente⁽¹⁷⁾.

Os resultados apresentados demonstraram oscilações para as três RS, sendo que a 10ª obteve melhores resultados nos anos pré implantação do PRMP (84,00 em 2010), comparada aos anos subsequentes (71,00 no ano de 2013). A 17ª apresentou o maior escore em 2012 (75,00), caindo para 71,43 em 2013, e a 9ª RS apresentou os melhores resultados pós implantação do PRMP (72,22 em 2012 e 2013).

Em 2010, 58,52% dos partos realizados no Paraná foram por cesárea, em 2013 a porcentagem foi para 63,55%. Essa estatística é similar aos dados encontrados para a 10ª RS, em que o registro de partos cesáreos foi de 57,56% em 2010 para 62,22% em 2013. Na 9ª RS, os partos cesáreos foram de 54,34% em 2010 para 59,63% em 2013, e na 17ª, em contrapartida, os registros diminuíram de 63,55% em 2010 para 42,58% em 2013, reduzindo em 20% o número de cesáreas registradas. Visto que o incentivo ao parto natural é uma das metas propostas pelo PRMP e constituiu-se como um importante indicador para a avaliação do PRMP, essa ainda é uma meta a ser atingida⁽⁴⁾.

Em pesquisa realizada pelo MS constatou-se que o excesso de cesáreas apresenta implicações para a saúde das mulheres, tendo impacto sobre a mortalidade materna e infecções puerperais, e também para a saúde das crianças, evidenciada pelo aumento da prematuridade⁽¹⁸⁾.

A cesárea, quando realizada sob indicações médicas específicas, é um procedimento indispensável para a saúde materno-infantil, porém sua utilização exige um conhecimento profundo dos riscos e implicações existentes. Assim sendo, torna-se imprescindível a qualificação na atenção a gestante a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos de forma claramente informada pelos profissionais de saúde, visando à redução da mortalidade materno-infantil⁽¹⁹⁾.

A redução da RMM é uma preocupação mundial e consta como a 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas do ano de 2000, assinado por 191 países que se comprometeram em reduzir em 75% a RMM entre 2000 e 2015. No Brasil a RMM foi de 143/100.000NV em 1990 para 70/100.000NV em 2010, sendo que em 2011 a taxa foi de 64/100.000NV⁽²⁰⁾.

Quanto a RMM no Paraná, o índice de óbitos maternos foi de 65,11/100.000NV em 2010 para 39,20/100.000NV em 2013^(4,21). O declínio significativo da RMM expresso no Paraná nos últimos anos, também é evidenciado pela 9ª RS, que foi de 64,73/100.000NV em 2010 para 31,26/100.00NV em 2013, e 17ª, com 59,97/100.000NV em 2010 e 40,96/100.000NV em 2013. Em relação à 10ª RS, os dados apresentados são contrários à estatística do Estado, sendo que a RMM foi de 54,13/100.000NV para 66,27/100.000NV em 2013, explicando mais uma vez o declínio dos valores apresentados no domínio Risco.

Mesmo revelando sinais de progresso, a mortalidade materna, tanto no Brasil quanto no Paraná, ainda apresenta resultados muito aquém do necessário para realizar a meta do ODM, que consiste em reduzir em três quartos, até 2015, a RMM. Nesse sentido, ações que contribuam para a redução da RMM são imprescindíveis, como a melhoria no acesso e qualidade dos serviços e ações de saúde, contribuindo para a identificação precoce de fatores de risco gestacionais, a continuidade das ações em saúde, uma melhor integração entre os níveis assistenciais e profissionais e, principalmente, o fortalecimento do vínculo das mulheres com os serviços e equipes de saúde⁽²²⁾.

No que se refere à assistência prestada à saúde das crianças, tem-se o domínio Mortalidade Infantil, representado pelos escores de mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal. A pesquisa demonstrou grandes oscilações nas médias apresentadas pela 9ª e 10ª RS, sendo que o escores de 2010 (9ª: 90,73 e 10ª: 89,99) foram superiores aos de 2013 (9ª: 77,66 e 10ª: 88,66), pós implantação do PRMP. A 17ª foi a RS que obteve maior

impacto da implantação do PRMP, apresentando um aumento gradual no decorrer dos quatro anos, sendo que em 2013 seu escore avaliativo foi para 90,46.

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) no Brasil foi de 26,04/1.000NV em 2002 para 17,22/1.000NV em 2010. Em 2011, o Brasil atingiu a meta estabelecida pelo ODM, chegando a um CMI de 15,3/1.000NV, sendo que a meta era 15,7/1.000NV em 2015⁽²⁰⁾.

No Paraná, a redução foi lenta e desigual, sendo que em 2010 o coeficiente era de 12,15/1.000NV e foi para 10,89/1.000NV em 2013^(4,21). Em contrapartida, os resultados apresentados pela 9ª e 10ª RS contrariam os dados nacionais e do Estado, sendo que o CMI na 9ª foi de 16,66/1.000NV em 2010 para 22,67/1.000NV em 2013, e na 10ª de 11,36/1.000NV em 2010 para 18,02/1.000NV em 2013. A 17ª RS obteve os melhores resultados, apresentando uma queda de 11,65/1.000NV em 2010 para 9,58/1.000NV em 2013.

A redução da mortalidade infantil ainda apresenta-se como um desafio para os serviços de saúde⁽²³⁾, podendo ser evidenciado pela estagnação observada no Paraná nos últimos anos e pelos resultados da 9ª e 10ª RS nos anos avaliados.

As principais causas de mortalidade infantil estão relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada no pré-natal, no parto e ao recém-nascido. Estatísticas demonstram que as afecções perinatais se mantêm como a primeira grande causa de óbito em menores de um ano no Brasil⁽²³⁾.

Nesse sentido, dentre os óbitos infantis, os óbitos neonatais precoces têm sido recomendados como um dos indicadores mais apropriados para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, permitindo maior visibilidade do problema e propiciando a identificação de ações de prevenção de óbitos neonatais precoces evitáveis⁽²³⁾.

Como já abordado anteriormente, 60,5% dos óbitos infantis registrados em 2011 foram considerados evitáveis, ou seja, diante da garantia de acesso em tempo oportuno aos serviços qualificados de saúde poderiam ter sido evitados. As intervenções dirigidas à redução da mortalidade infantil dependem de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população e de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde⁽²³⁾.

Por fim, a avaliação do impacto da implantação do PRMP, nos seus cinco domínios, nas três RS de estudo pode ser observada pela apresentação dos resultados do IA, construído por meio dos cinco domínios anteriormente descritos.

Os domínios que mais influenciaram no resultado do IA foram Consultas e Prevenção Materna, devido à inexistência de dados que geraram resultados consideravelmente abaixo do preconizado para avaliação, e Gestão, que contribuiu para os resultados positivos nos anos posteriores à implantação do PRMP, principalmente para a 10ª RS. Os demais domínios, apesar de terem contribuído positivamente para a avaliação do IA, não demonstraram variações significativas.

Nesse sentido, é possível verificar a importância de avaliar o processo de implantação de programas, visto que essa avaliação é considerada intrínseca à realização de planejamento e gestão do sistema de saúde. O monitoramento, planejamento e avaliação da implantação de um programa são etapas que possibilitam a efetividade do mesmo. O planejamento em saúde assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Sem planejamento, as atividades executadas e os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel⁽²⁴⁾.

A avaliação de processo é fundamental para entender os motivos pelos quais a intervenção está ou não sendo efetivada e o que fazer para melhorá-la. As ações de

avaliação são consideradas essenciais para o planejamento e gestão, e funcionam como instrumento de suporte para a formulação de políticas, ao processo de tomada de decisão e de formação dos sujeitos envolvidos. Na gestão em saúde, a avaliação de políticas deve ter como finalidade a melhoria dos serviços e ações, a prestação de contas e a produção de conhecimentos considerados úteis para atingir a qualidade na prática em saúde⁽²⁵⁾, principalmente no que diz respeito à atenção à saúde das mulheres e crianças no âmbito da APS.

Como planejamento na gestão em saúde, visando o fortalecimento da APS em todo o estado, a SESA/PR propôs o Programa de Qualificação da APS – APSUS – com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, por meio de oficinas de educação permanente, para o atendimento à saúde da população com qualidade e resolutividade. Nesse sentido, a oficina do PRMP propõe a qualificação dos profissionais da APS que atuam no seguimento materno-infantil como forma de promover a melhoria dos indicadores de saúde dessa população em todo o estado⁽⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os domínios que apresentaram maior influência da implantação do PRMP foram Consultas e Prevenção Materna, ainda que seus escores tenham permanecido abaixo do preconizado, e Gestão. Os demais domínios demonstraram oscilações pouco significativas e os escores após a implantação do PRMP foram considerados adequados nas três RS.

Com o IA, que demonstra o resultado da avaliação da implementação da PRMP, observou-se que a 10ª RS foi a mais bem avaliada, seguida da 17ª, sendo que os valores apresentados no ano de 2013 atingiram escores considerados adequados. Por outro lado, a 9ª RS, além de apresentar médias que oscilaram pouco ao longo dos quatro anos, não atingiu os resultados esperados à avaliação.

Com a avaliação realizada, levantaram-se duas importantes considerações quanto à estruturação do PRMP. A primeira, em relação à alimentação e atualização dos SIS, uma vez que se constituem como a principal ferramenta de informação para avaliação da qualidade da assistência prestada à população e fornecem subsídios para implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde. Um dos maiores problemas para a análise de informações em saúde é a confiabilidade dos indicadores gerados, sendo assim, sugere-se maior monitoramento na coleta e processamento dos dados dos sistemas, tendo em vista a correção de falhas e aperfeiçoamento dos dados produzidos.

Em segundo lugar, os resultados possibilitaram uma crítica ao cumprimento das ações preconizadas pelo PRMP, uma vez que os dados observados na 9ª e 10ª RS, no que diz respeito às taxas de mortalidade materna e infantil e à incidência de partos cesáreos, são contrários às metas propostas. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes no pré-natal para identificação de situações de risco e vulnerabilidade que exigem uma maior complexidade de ações e cuidado, promovendo a evitabilidade de óbitos materno infantis e a realização de partos cesáreos desnecessários.

Os resultados da avaliação demonstram que a implantação do PRMP, mesmo com as falhas identificadas, tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno infantil. Esse processo ainda tem muito a melhorar na forma em que se encontra estruturado e como tem sido implementado, principalmente no que diz respeito à qualificação dos profissionais que permeiam esse processo, a fim de promover a atenção à saúde das mulheres e crianças de forma eficiente e resolutiva, permitindo, assim, a redução da mortalidade materna e infantil no Paraná.

REFERÊNCIAS

⁽¹⁾SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Saúde materno-infantil: uso de Serviços de Saúde para Morbidade de 15 dias. São Paulo, 2011. (Série “Boletins ISA – Capital 2008”, n.6).

- ⁽²⁾VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, v.377, n. 9780 p.1863-76, 2011.
- ⁽³⁾MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- ⁽⁴⁾PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SESA/PR). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Paraná, 2012.
- ⁽⁵⁾BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a
- ⁽⁶⁾DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.425-37, mar. 2012.
- ⁽⁷⁾ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.6, jun. 2011.
- ⁽⁸⁾ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G.; MACCHETTI, C.E.; SOUSA, M.H. Sisprenatal como instrumento de avaliação de qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública*, v.45, n.5, p.854-63, 2011.
- ⁽⁹⁾FESCINA, F.H.; MUCIO, B.D.; DIAZ, R.J.L.; SERRUYA, S.; et al. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en la APS. 2 ed. Guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR, 2010.
- ⁽¹⁰⁾SI-PNI. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2015
- ⁽¹¹⁾BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações – 30 anos. Brasília, 2003.
- ⁽¹²⁾PUGLIESI, M.V.; TURA, L.F.R., ANDREAZZI, F.S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*, v.10, n.1, jan./mar., 2010.
- ⁽¹³⁾SOUZA, C.J.; VIGO, Z.L.; PALMEIRA, C.S. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. *Rev Enfermagem Contemporânea*, v.1, n.1, p.44-58, dez., 2012.
- ⁽¹⁴⁾VASCONCELOS, K.C.E.; ROCHA, S.A.; AYRES, J.A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.21, n.1, mar., 2012.
- ⁽¹⁵⁾SANTOS, L.B.; BARRETO, C.C.M.; SILVA, F.L.S.; SILVA, K.C.O. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. *Rev Rene*, Fortaleza, v.12, n.3, p.621-6, jul./set., 2011.
- ⁽¹⁶⁾MACHADO JUNIOR, L.C.; SEVRIN, C.R.; OLIVEIRA, E.; CARVALHO, H.B.; ZAMBONI, J.W.; et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.124-32, jan., 2009.
- ⁽¹⁷⁾ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015.
- ⁽¹⁸⁾BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.
- ⁽¹⁹⁾BRASIL. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília, 2015.

(20) OMS. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2012.

(21) TABNET. Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SESA/PR). Sistema de Informação sobre mortalidade e nascidos vivos. 2015.

(22) MANDU, E.N.T.; ANTIQUEIRA, V.M.A.; LANZA, R.A.C. Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.278-84, 2009).

(23) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância de óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2 ed. Brasília, 2009.

(24) VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento do Sistema Único de Saúde. Cien Saúde Colet, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./out., 2009.

(25) CRUZ, M.M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate.** In Mattos R.A.; Baptista T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, p.181-199, 2011

ANEXO A

LINHA GUIA

REDE MÃE PARANAENSE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

René José Moreira dos Santos
Diretor-Geral

Paulo Almeida
Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Sezifredo Paz
Superintendente de Vigilância em Saúde

Equipe de Elaboração

Márcia Huçulak
Olga Laura Peterlini
Marise Gnata Dalcuche
Edwin Javier Boza Jimenez
Ivana Maura Kaminski
José Carlos Abreu

APRESENTAÇÃO

Em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Maternoinfantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014.

A Rede Mãe Paranaense nasce da experiência exitosa do Mãe Curitibana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto.

Desde 2011, a SESA constituiu os alicerces para a organização dessa rede por meio dos programas estruturantes: o APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária), o COMSUS (Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) e o HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos).

Além disso, estabelecemos parcerias com as nossas Universidades e Sociedades de Especialidades e de Enfermagem para a realização de cursos de atualização profissional das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares.

Reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná requer uma atuação contínua, sistêmica e conjunta dos gestores federal, estadual e municipal, dos profissionais da saúde, das universidades e de toda a sociedade, e é isso que propomos com este conjunto de ações descritas nesta linha guia.

O Paraná nasce com Saúde!

Michele Caputo Neto

Secretário de Estado da Saúde do Paraná



Errata:

- Página 34: Incluir o exame Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos da urina (Urina I) nos três trimestres de gestação.
- Páginas 46 a 53: Os Pontos de Atenção Hospitalar serão atualizados constantemente na página da Sesa / Mãe Paranaense (www.saude.pr.gov.br) conforme dinâmica de contratualização.

SUMÁRIO

1 - Justificativa	06
1.1 - A Estratificação de Risco	10
2 - Rede Mãe Paranaense	13
2.1 - Conceitos e Princípios	13
2.2 - Mapa Estratégico	14
2.3 - Estratégias	15
2.4 - Os pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense	16
2.4.1 - Atenção Primária à Saúde	16
2.4.2 - Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense	20
2.4.3 - Atenção Terciária à Saúde	28
3 - Matriz dos Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense	30
4 - Fluxo da Gestante na Atenção Primária	31
5 - Fluxo da Criança na APS	37
6 - Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação	41
7 - Pontos de Atenção	44

A REDE MÃE PARANAENSE

Justificativa:

A avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade é a tendência temporal de queda de mortalidade materna e infantil. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionadas à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Portanto, a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações e para a mudança desses indicadores. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde analisou os nascimentos e os óbitos que ocorreram nos últimos cinco anos (2006 a 2010) no Paraná, e essa análise orientou as ações para a Rede Mãe Paranaense.

A OPAS/OMS considera como baixa a Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV). A RMM reflete na qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar, assistência pré-natal e a assistência ao parto e puerpério.

A RMM no Paraná no período de 1990 a 2000 teve uma redução de 26,6%, foi de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,4/100.000 NV em 2000. No período de 2001 a 2010 não houve redução, a RMM foi de 65,3/100.000 NV em 2001 para 65,1/100.000 em 2010.

Com a implantação do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos (HOSPSUS), a partir de 2011 foi definida a referência hospitalar para o atendimento das gestantes e crianças de risco para todas as regiões de saúde, o que contribuiu para a redução, já em 2011, de 20,6% na RMM, que foi de 51,7/100.000 NV. Os dados preliminares de 2012 apontam para uma redução. Ou seja, a redução da Mortalidade Materna no Paraná em 2 anos foi maior do que nos últimos 20 anos.

A idade média em que as mulheres morreram foi de 28 anos, porém, para o grupo de mulheres que tinham acima de 35 anos, o risco para a morte materna foi 2,6 vezes maior do que as mulheres que tinham de 20 a 34 anos. 79% dos óbitos ocorridos foram em mulheres brancas, porém o risco de morte para as mulheres negras foi 15 vezes maior do que nas mulheres brancas. O risco de morte para as mulheres com menos de 3 anos de estudo foi de 4,2 vezes maior do que nas mulheres com mais de 12 anos de estudo.

Em 2010, a RMM foi de 65,11/100.000 NV, portanto, o quadro da mortalidade materna demonstrou uma estagnação no seu indicador nos últimos anos. Essa é a maior justificativa para as ações a serem desenvolvidas na Rede Mãe Paranaense.

No que se refere às causas de morte materna, as obstétricas diretas representaram, em média, 67,8% das mortes entre 2000 e 2008, e 49,59% em 2009. Essas causas dizem respeito aos óbitos decorrentes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias são as causas mais frequentes, representando 32,2% das mortes registradas. Isso remete à necessidade de educação permanente dos profissionais no atendimento às emergências obstétricas e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis.

GRÁFICO 1 – RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA, PARANÁ, 1990 A 2011



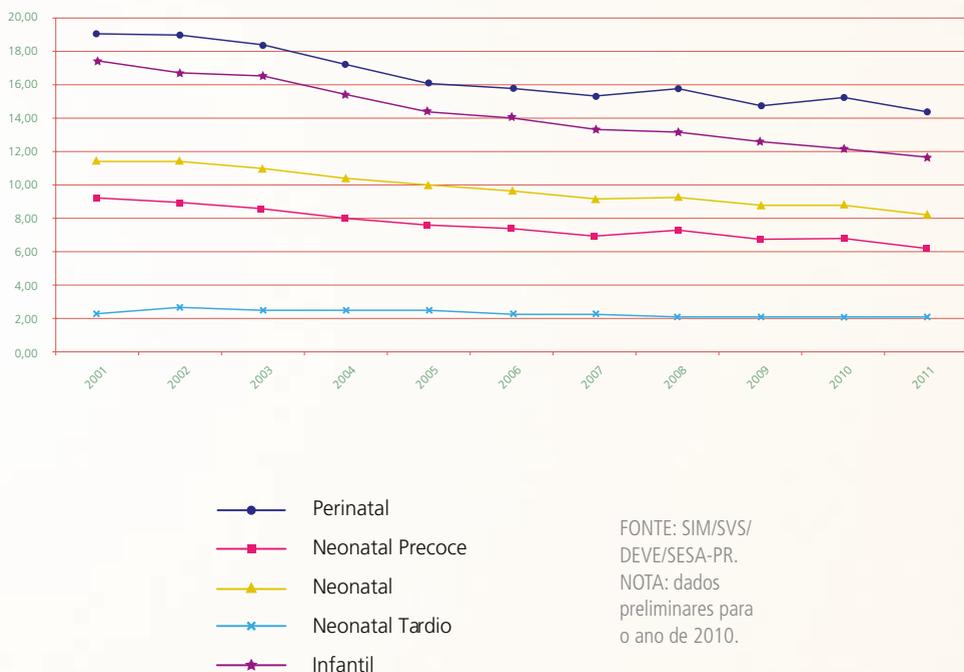
As taxas de cesarianas, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), têm variado de 52% (2006) a 60,6% (2011). O percentual de pré-natal com 7 ou mais consultas tem se mantido em um pouco mais de 70% desde 2006, não apresentando aumento percentual tão desejável de 100% de mulheres com 7 ou mais consultas realizadas. No Brasil, esse índice era de 68,7% em 2008, de acordo com dados do Departamento de Informática do SUS DATASUS.

Apesar dos esforços, o Paraná apresenta a manutenção do coeficiente no patamar muito acima da média de países desenvolvidos. Outro dado que chama a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no estado, com o aumento da detecção de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009 sendo que, em 2011, 561 casos de gestantes com sorologia positiva foram notificados. O que preocupa é que no mesmo período de 2011 foram notificados 213 casos de sífilis congênitas, o que pode evidenciar gestantes com sífilis e sem diagnóstico ou com diagnóstico sem tratamento ou tratamento incompleto ou com reinfestação. (Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais)

Ao analisarmos a mortalidade infantil no Paraná, observamos que, apesar da redução da mortalidade infantil no estado, essa redução é lenta e desigual. O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 16,4/1.000 (NV); em 2007, de 13,2/1.000 NV; em 2010, o coeficiente foi de 12,12/1.000 NV; e, em 2011, 11,65/1.000 NV, evidenciando uma redução de 3,6% na mortalidade infantil.



GRÁFICO 2 – SÉRIE HISTÓRICA DA MORTALIDADE INFANTIL PERINATAL, NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA, PÓS-NEONATAL E INFANTIL, PARANÁ, 2001 A 2011



A mortalidade infantil no Paraná é preponderantemente neonatal (70%), sendo que a maior concentração de óbitos em menores de um ano ocorreu no período perinatal (22 semanas completas de gestação até sete dias após o nascimento), 52,8% revelando a estreita relação desses eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido.

Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, 68,2% dos óbitos ocorridos em 2007 foram considerados evitáveis. Em 2010, esse percentual variou para 61,5% dos óbitos investigados. Apesar da redução dos percentuais, permanece ainda alto o número de óbitos infantis evitáveis no estado, pois esse índice para o Brasil é de 17,6% (DATASUS).

As principais causas dos óbitos infantis registrados e investigados no ano de 2010 foram: as afecções do período pré-natal (57,58%); as malformações congênitas (26,30%); as causas externas (4,56%); os sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório, ou seja, causas mal definidas (3,23%) e as doenças do aparelho respiratório (2,44%).

1.1 – A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A Secretaria de Estado da Saúde realizou estudo dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no período de 2006 a 2010. A partir dessa análise, foram identificadas as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e infantil. De acordo com essa análise, verificou-se a necessidade de estabelecer na Rede Mãe Paranaense a estratificação de risco da gestante e da criança como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco.

RISCO HABITUAL: Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

RISCO INTERMEDIÁRIO: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:

Para estabelecer o risco intermediário da gestante e da criança, foram considerados:

Raça e/ou etnia da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas.

Idade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52, representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.

Grau de escolaridade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que não tiveram filho morto.

Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de 3 filhos vivos foi de 29,61 enquanto que naquelas que tiveram menos de 3 filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de 3 filhos.

ALTO RISCO: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:

Condição clínica pré-existente:

- Hipertensão arterial;
- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias;
- Obesidade mórbida;
- Cirurgia bariátrica;
- Psicose e depressão grave.

Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.);
- Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual;
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias);
- Retardo do crescimento intrauterino;
- Trabalho de parto prematuro;
- Placenta prévia;
- Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas);
- Sangramento de origem uterina;
- Isoimunização Rh (Rh negativo);
- Má-formação fetal confirmada;
- Macrossomia do concepto com patologias.

A Estratificação de Risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto.

2 – REDE MÃE PARANAENSE

2.1 – Conceitos e Princípios

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em 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.

A Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Essa rede se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes:

- Atenção Primária de qualidade, resolutive e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida;
- Atenção Secundária, com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional (Centro Mãe Paranaense);
- Atenção Terciária, com a ampliação de leitos de UTI adulto e Neonatal, a vinculação das gestantes de risco nos hospitais para a atenção às intercorrências e ao parto;
- sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, prontuário (carteira da criança e da gestante), transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação;
- sistema de governança da rede, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, que, segundo população IBGE/2012, representa 3.428.706 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2012 nasceram no Paraná 152.863 crianças e estima-se que foram atendidas 167.885 gestantes. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a Família Paranaense.

MAPA ESTRATÉGICO DA REDE MÃE PARANAENSE

MISSÃO	Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	Ser, até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Maternoinfantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
VALORES	Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
PROCESSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade e a responsabilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Maternoinfantil; - Implantar a Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme Estratificação de Risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; - Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; - Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; - Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.
GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Contratar os hospitais para vinculação do parto; - Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; - Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Maternoinfantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Maternoinfantil; - Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Maternoinfantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; - Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.

2.3 – ESTRATÉGIAS

1. Apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
2. Estabelecer incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde que atuam na APS com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social;
3. Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente;
4. Implantar a Segunda Opinião e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária;
5. Garantir a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as mães paranaenses, na Atenção Primária e na Atenção Secundária;
6. Garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante;
7. Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida;
8. Estabelecer ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco;
9. Padronizar a utilização da carteira da gestante e da criança em todo o estado;
10. Instituir incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais que atendem aos critérios para uma adequada atenção à gestante e ao parto;
11. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos de leite humano e postos de coleta.

2.4 – OS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

2.4.1 – Atenção Primária à Saúde:

A Atenção Primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A Rede Mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do estado, que desenvolvem as atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de um ano; oferta de pré-natal em quantidade, mas, principalmente, em qualidade; vincula as gestantes a serviços em que o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de atenção. Toda a unidade de Atenção Primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UAP.

A Estratificação de Risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois, dessa forma, as carteiras da gestante e da criança permitem a comunicação das equipes da APS com os demais níveis: pontos de Atenção Secundários e Terciários.

No momento da inscrição no pré-natal terá seu parto assegurado no hospital de referência, de acordo com avaliação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar.

As melhorias da Atenção Primária são pressupostos para a organização da Rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento e o da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a Estratificação de Risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado.

Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um Termo de Compromisso, no qual consta que o município se compromete a executar os indicadores de acompanhamento.

COMPETÊNCIA MUNICIPAL

COMPETE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A equipe da UAP é responsável pela assistência à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência e devem:

- Inscrever a gestante no pré-natal;
- Vincular as gestantes no hospital/maternidade, de acordo com sua Estratificação de Risco;
- Solicitar os exames de rotina da Rede Mãe Paranaense e agendar consultas médicas em sete dias para avaliação dos resultados;
- Realizar as consultas de pré-natal conforme cronograma, avaliando em cada consulta possíveis alterações e mudança na Estratificação de Risco;
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso;
- Imunizar as gestantes conforme protocolo;
- Encaminhar, por meio da Central de Regulação, e monitorar as gestantes de risco para o ambulatório de referência (Centro Mãe Paranaense) para gestação de risco;
- Garantir no mínimo 7 consultas de pré-natal;
- Imunizar as crianças conforme calendário de vacinação;
- Encaminhar as crianças menores de um ano Estratificadas de Risco para o ambulatório de referência, conforme o protocolo.

COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UAP para a inscrição no pré-natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco;
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UAP para o seu acompanhamento;
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram altas hospitalares;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo – ACS “amigo do peito”;
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando a equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência.

COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE

- Conhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- Acompanhar as famílias da microárea de risco em suas casas (visita domiciliar), na UAP (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Identificar a presença de fatores de risco para a gestante e o feto, por meio dos antecedentes familiares e pessoais, com as famílias das microáreas definidas como risco social;
- Cadastrar a gestante o mais precoce possível e alimentar o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) por ocasião das consultas de pré-natal;
- Marcar consulta de avaliação com a Equipe de Saúde Bucal;
- Manter a carteira da gestante preenchida com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, inclusive na atenção hospitalar. Assim, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando a sua carteira;
- Realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na UAP;
- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação, etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea;
- Assistir as gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco;

- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica para o bebê;
- Registrar na carteira da criança todos os dados necessários para o seu acompanhamento relacionado ao desenvolvimento, intercorrências e procedimentos realizados até os cinco anos de idade. O início do preenchimento será na atenção hospitalar, quando todas as informações sobre o parto e o nascimento serão registradas e entregue à mãe. A mãe deve ser orientada para portar a carteira da criança sempre que se direcionar a qualquer serviço de atenção à saúde;
- Acompanhar a criança de risco até um ano de vida;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

Fonte: SESA/SAS

2.4.2 – ATENÇÃO SECUNDÁRIA/CENTRO MÃE PARANAENSE

O Centro Mãe Paranaense é um ponto de atenção secundário ambulatorial da Rede Mãe Paranaense que oferece atendimento por equipe multidisciplinar para a gestante e criança Estratificada como de Alto Risco ou Risco Intermediário, conforme estabelecido na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense realiza atendimentos e orientações, complementando as ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária.

O perfil demográfico e epidemiológico da população da área de abrangência do Centro Mãe Paranaense definirá a necessidade de atenção para as gestantes e crianças da região. Portanto, torna-se imprescindível no primeiro momento conhecer a sua população com suas características singulares, como as doenças específicas da gestação e da criança, prevalentes neste território de atuação. Outra questão importante é conhecer as características das gestantes e crianças consideradas de Risco Intermediário que não apresentam especificamente uma doença, mas possuem fatores raciais, étnicos, educacionais, reprodutivas e de faixa etária e que caracterizam um risco maior de adoecer e morrer. O Risco Intermediário na gestante e na criança requer que as equipes da Atenção Primária tenham um olhar e cuidado diferenciado e, na Atenção Secundária Ambulatorial, uma atenção especializada sempre que necessária e referenciada pela Atenção Primária.

a) A Definição do Modelo de Atenção à Saúde

A gestação e o desenvolvimento da criança são condições crônicas. A SESA estabeleceu como estratégia de organização de uma adequada atenção à saúde a essas condições a implantação da Rede Mãe Paranaense.

Na Atenção Primária à Saúde, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu a Estratificação de Risco (Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco) e, a partir dessa identificação, oferece o atendimento nos diversos níveis de atenção, tanto para a gestante como para a criança até um ano de vida. Assim, as gestantes e crianças consideradas de Risco Intermediário e Alto Risco serão encaminhadas para os serviços secundários ambulatoriais segundo a constituição da Rede na região e/ou macrorregião e, dependendo do caso, para uma referência estadual.

O modelo de Atenção para o nível Secundário Ambulatorial é o da integralidade, em que a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional, de diagnóstico e terapêutico ofertados. Nesse modelo estarão disponíveis profissionais como: Obstetras, Pediatras, Cirurgiões Pediatras, Endocrinologistas, Nefrologistas, Cardiologistas, Nutricionistas, Enfermeiros (preferencialmente Enfermeiros Obstétricos), Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Social, entre outros.

b) Princípios da Atenção Secundária Ambulatorial

O território da Atenção Secundária Ambulatorial para a Rede Mãe Paranaense são as 22 Regionais de Saúde, que devem prever e organizar, no mínimo, um serviço para atendimento à gestante de Alto Risco e de Risco Intermediário, que pode estar localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Para o recém-nascido (RN) e criança identificada na Estratificação de Risco como Risco Intermediário e Alto Risco, também está prevista atenção multiprofissional em um ambulatório no Hospital de Referência à Gestante de Alto Risco e Risco Intermediário e/ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Nessa organização deve-se levar em conta primeiro a garantia de acesso, a qualidade do serviço na perspectiva de atenção multiprofissional, respeitando os aspectos culturais de utilização dos serviços e sempre voltados para a atenção humanizada da gestante e da criança.

O acesso deverá ocorrer mediante o agendamento pelo sistema de regulação.

O Sistema de Informação oficial é o SISPRENATAL WEB e a gestante, quando encaminhada pela Atenção Primária, tem o nº do cartão SUS e nº do SISPRENATAL WEB registrado na carteira da gestante. As carteiras da gestante e da criança serão preenchidas inicialmente na Unidade de Saúde e Hospital/Maternidade onde a criança nasceu e, a cada consulta na atenção Secundária Ambulatorial, serão atualizadas com dados de procedimentos e orientações realizados. Também o SISPRENATAL WEB deve ser atualizado e finalizado por ocasião da consulta puerperal.

Para o Risco Intermediário, é necessário planejar, para a gestante referenciada pela Atenção Primária, uma consulta individual no primeiro trimestre, para avaliação. Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos conforme a necessidade.

A Gestante de Alto Risco poderá ser encaminhada tanto para o hospital de referência para a Gestante de Alto Risco como para o Consórcio Intermunicipal de Saúde, dependendo da configuração da Rede Mãe Paranaense na região. São previstas cinco consultas para gestação de alto risco, durante o período da gestação.

Para a Criança de Alto Risco, é necessário planejar quatro atendimentos multiprofissional para a criança completar um ano e um atendimento trimestral em grupo e por equipe multiprofissional. Para a criança estratificada como de Risco Intermediário, encaminhada pela Atenção Primária, estão previstas três consultas pela equipe multiprofissional.

c) O Risco Intermediário na Rede Mãe Paranaense

Considerando que os critérios para a Estratificação da Gestante e da Criança de Risco Intermediário foram estabelecidos em razão do perfil de mortalidade materna e infantil no Paraná, que demonstra que fatores como raça, cor, idade da gestante/mãe, escolaridade e ocorrência de óbitos em gestação anterior impactam a mortalidade materna e infantil, a SESA propôs a Estratificação de Risco Intermediário para as Gestantes e Crianças menores de um ano com esses fatores associados. Dessa forma, é importante que a equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense ao receber essas gestantes e crianças organize o atendimento no sentido de avaliar se esses fatores contribuem na gestação ou no desenvolvimento da criança e de que forma eles podem ser reduzidos com orientações para a equipe da Atenção Primária, por meio do plano de cuidados. A agenda de possíveis retornos irá depender da avaliação da equipe do Centro Mãe Paranaense em cada situação.

Os Protocolos Clínicos reconhecidos como padrão para a Rede Mãe Paranaense são os editados pelo Ministério da Saúde.

É fundamental que o Centro Mãe Paranaense elabore um Plano de Cuidados para a Atenção Primária, no qual toda a orientação de acompanhamento necessária deve ser prescrita. Esse Plano de Cuidados possibilita uma formação continuada para os profissionais da Atenção Primária, sendo a Atenção Secundária também responsável por essa formação continuada, promovendo reuniões para estudo de casos, eventos de atualização com os municípios da área de abrangência. Manter também sempre atualizado o preenchimento da carteira da gestante e da criança, registrando os procedimentos, exames e orientações realizadas.

d) Compete ao Centro Mãe Paranaense

Estrutura:

- Consultório obstétrico completo com Doptone e Cardiotocógrafo;
- Consultório pediátrico;
- Exames diagnósticos disponíveis, conforme tabela a seguir;
- Multiprofissionais para o atendimento, tais como: médicos com as seguintes especialidades: Obstetras, Pediatras, Cirurgiões Pediatras, Endocrinologistas, Nefrologistas, Cardiologistas, Nutricionistas, Enfermeiros (preferencialmente Enfermeiros Obstétricos), Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Social, entre outros.

e) Equipe Multiprofissional do Centro Mãe Paranaense

Gestantes e Crianças de Alto Risco

Atividades	Gestantes		Crianças	
	Profissionais	Número de atendimento previsto	Profissionais	Número de atendimento previsto
Consultas e atendimentos	Obstetras Enfermeiros Farmacêuticos Nutrição Serviços Social Outros	5 (cinco) atendimentos multiprofissional durante o período gestacional	Pediatras Enfermeiros Fisioterapeutas Nutrição Serviço Social Outros	4 (quatro) atendimentos multiprofissional até um ano de vida
Atividades educativas em grupo	Será conduzida por profissional de nível superior	2 atividades educativas	Será conduzida por profissional de nível superior	
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até um ano			

Gestantes e Crianças de Risco Intermediário

Atividades	Gestantes		Crianças	
Procedimentos	Profissionais	Número de atendimento previsto	Profissionais	Número de atendimento previsto
Consultas e atendimentos	Obstetras Enfermeiros Farmacêuticos Nutrição Serviços Social Outros	1 (um) atendimento multiprofissional durante o período gestacional	Pediatras Enfermeiros Fisioterapeutas Nutrição Serviço Social Outros	3 (três) atendimentos multiprofissional até um ano de vida
Atividades educativas em grupo	Será conduzida por profissional de nível superior	2 atividades educativas	Será conduzida por profissional de nível superior	
Procedimentos diagnósticos	Garantir os procedimentos diagnósticos necessários para o período gestacional adequado e para o crescimento e desenvolvimento da criança até um ano			

Garantir exames para gestantes e crianças de alto risco e risco intermediário no quantitativo especificado a seguir:

Exames	Quantitativo mínimo liberado
Urina I (EAS)	1 exame por trimestre de gestação
Urocultura	1 exame por trimestre de gestação
VDRL para detecção da Sífilis	1 exame por trimestre de gestação
Hematócrito	2 exames
Dosagem de Hemoglobina	2 exames
Dosagem de Glicose	1 exame por trimestre de gestação
Pesquisa de Antígeno de superfície do vírus de hepatite B (HBs Ag)	1 exame
Pesquisa de Anti HBC IgG e IgM	1 exame conforme critério médico
Pesquisa de Anticorpo Anti-HIV1 + HIV2 (ELISA)	2 exames (podendo ser substituído pelo teste rápido, quando disponível)
Sorologia para Toxoplasmose IgG e IgM	1 exame (repetir por trimestre se a gestante for suscetível)
Prova de Aidez para IgG	Quando necessário
Ultrassonografia Obstétrica	3 exames (1 por trimestre de gestação)
Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	Quando necessário

Exames	Quantitativo mínimo liberado
Determinação da Curva Glicêmica	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Proteínas (urina 24 h)	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ureia	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Creatinina	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ácido Úrico	1 exame conforme critério médico
Desidrogenase Láctica LDH	1 exame conforme critério médico
ECG	1 exame conforme critério médico
Contagem de Plaquetas	1 exame conforme critério médico
US obstétrico c/ Doppler	1 exame conforme critério médico
Tocardiografia anteparto	1 exame conforme critério médico

Também para o Nível Secundário contamos com os hospitais em condições de atender a Gestante e a Criança de Risco Habitual e Risco Intermediário.

2.4.3 – NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

Quando chegar a hora do parto, a gestante procura o serviço de referência para o parto ao qual foi vinculada durante a realização do pré-natal.

Compete aos serviços de Atenção Terciária receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico, realizar o parto, atender o recém-nato, realizar o teste do pezinho, completar a carteira da gestante, preencher a carteira da criança, dar alta com orientações para APS.

Para esse nível de atenção, a Secretaria do Estado da Saúde estabeleceu uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, a de Risco Intermediário e a de Alto Risco.

A definição da tipologia dos hospitais permitiu a identificação, dentre os hospitais que prestavam atendimentos obstétricos no estado, as instituições aptas a atender com qualidade as gestantes. Abaixo os requisitos necessários para que os hospitais façam parte da Rede Mãe Paranaense.

HOSPITAIS/ MATERNIDADES:

a) Risco Habitual

- Dispor de equipe médica e de enfermagem 24h;
- Aderir à vinculação do parto de Risco Habitual;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Comprometer-se com a realização da vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC).

b) Risco Intermediário

- Dispor de equipe médica com obstetra, anestesista, pediatra e de enfermagem 24h;
- Aderir à vinculação do parto de Risco Intermediário;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);
- Dispor às centrais de leito e regulação estadual, do número acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação.

c) Alto Risco

- Dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e de enfermagem 24h;
- Aderir à vinculação do parto de Alto Risco;
- Permitir a participação de acompanhante durante a internação da gestante;
- Ofertar condições para o parto natural;
- Dispor de comissão interna de avaliação da morte materna e infantil;
- Realizar a vacina contra hepatite B;
- Comprometer-se com a alimentação de sistemas de informação relativos ao evento nascimento e morte (SIM e SINASC);

- Dispor às centrais de leitos e regulação estadual, do número acordado de vagas, para os municípios da sua vinculação.

Na Atenção Terciária, a Rede Mãe Paranaense se organiza em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e/ou macrorregionais. Esses hospitais contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatoriais para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculados.

3 – MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde	Hospital de Alto Risco	Casa de apoio à Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Macrorregião de Saúde
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica, UCINCa e UCINCo	
Atenção Secundária à Saúde	Hospital de Risco Habitual e Intermediário	Centro Mãe Paranaense (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde
			UTI Pediátrica, UTI e UCI Neonatal	
	Hospital de Risco Habitual			
Atenção Primária à Saúde	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)			Município
	Unidade de Atenção Primária (UAP)			Área de abrangência
	Domicílio (ACS)			Microárea
				Município

4 – FLUXO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Unidade de Atenção Primária (UAP) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para a realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo Agente Comunitário de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família ou pela UBS. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação.

Para mulheres que procuram a UAP com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro da Unidade Básica de Saúde. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez (TIG), de urina e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG e também está disponível o Teste Rápido para Gravidez.

Após confirmação da gravidez, dá-se início ao cadastramento no SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Identifica-se o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal.

a) Passos para cadastramento

- Preencher ou atualizar a Ficha de Cadastro Familiar (Ficha A – SIAB), com os dados da gestante;
- Cadastrar a gestante no SISPRENATAL WEB.

Nesse momento, a gestante e o acompanhante devem receber as orientações necessárias ao acompanhamento que será realizado no pré-natal, como:

- A carteira da gestante, com identificação preenchida, número do cartão SUS, do SISPRENATAL, hospital de referência para a realização do parto e o calendário das consultas de pré-natal;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina.

b) Vinculação da gestante ao serviço hospitalar

No momento do cadastramento a gestante deverá ser vinculada ao serviço hospitalar, referência da Unidade/Município, para o parto, de acordo com a Estratificação de Risco Gestacional, devendo ser observados os seguintes cuidados:

- Anotar na carteira da gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto;
- Orientar a gestante nos primeiros sinais de parto a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas e a UAP estiver fechada;
- Programar visita guiada ao hospital, com acompanhante, até o 6º mês de gestação.

c) Consultas

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina.

A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 07 (sete) consultas durante a gravidez e puerpério, sendo 6 (seis) consultas de pré-natal e 1 (uma) de puerpério, preferencialmente:

- 01 (uma) no primeiro trimestre;
- 02 (duas) no segundo trimestre;
- 03 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 01 (uma) no puerpério.

d) Procedimentos que devem ser realizados

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL;
- Exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico;
- Solicitação de exames laboratoriais de acordo com a Linha Guia do Mãe Paranaense;
- Orientação, avaliação dietética e prescrição, conforme Linha Guia do Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade.

e) Relação de exames a serem solicitados

Exames	1º Trimestre/ 1ª Consulta	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez	X		
Teste rápido para HIV	X		
Teste rápido para sífilis	X		
Teste rápido para dosagem de proteinúria	Quando necessário		
Tipagem sanguínea	X		
Pesquisa fator Rh	X		

Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos da urina (Urina I)	X	X	X
VDRL/Sorologia para sífilis*	X	X	X
Eletroforese de hemoglobina	X		
Hematócrito	X		
Cultura de bactérias	A critério do médico	A critério do médico	A critério do médico
Dosagem de hemoglobina	X		
Dosagem de glicose	X		X
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Hbs Ag)	X		
Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1+HIV2 (Elisa)	X		X
Ultrassonografia obstétrica**	1º Trimestre		
Exame citopatológico cervicovaginal/ microflora	X		
Toxoplasmose	X		
Teste Indireto de Anti-globulina Humana (Tia)	X		

* O VDRL deve ser solicitado nos três trimestres e poderá também ser utilizado o teste rápido a exemplo da primeira consulta.

** O período para realização do ultrassonografia fica a critério médico.

f) Relação de exames complementares

- Exame Odontológico, preferencialmente no 1º trimestre;
- Ecografia Obstétrica: realizar antes da 24ª semana de gestação, preferencialmente no 1º trimestre, para determinar a idade gestacional, repetir na presença de intercorrências;
- Exame para detecção de Tuberculose para gestante HIV positivo.

g) Orientações complementares

A avaliação e a Estratificação de Risco da gestação devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Mãe Paranaense.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco. Mas devem ser reforçados às gestantes o cuidado e a atenção da equipe de saúde. Vale reforçar que, mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica continua responsável pelo cuidado a ela.

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real), e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas, devem ser necessariamente referenciadas. Compete às equipes de Atenção Primária à Saúde o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Nas Unidades de Atenção Primária, a gestante será informada e orientada sobre o serviço hospitalar em que fará o parto e essa informação deverá constar na carteira da gestante.

A Unidade de Atenção Primária entrará em contato com o serviço hospitalar para programar uma visita guiada, da gestante e do acompanhante, no hospital, que deverá acontecer até o 6º mês de gestação. Para nortear a vinculação da gestante ao serviço hospitalar foi preciso definir critérios de Estratificação de Risco da gestante e classificar os hospitais por tipologia. Foram definidos três níveis de Estratificação: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco.

A identificação do risco será feita pela equipe da Atenção Primária à Saúde, responsável pelo pré-natal, conforme critérios a seguir.

h) Hora do Parto

Quando chegar a hora do parto, orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto. O deslocamento até o serviço de referência poderá ser realizado por meio de:

- Ambulância do município;
- SAMU;
- Veículo particular;
- Transporte público.

Obs.: caso a gestante resida em local de difícil acesso, que dificulte o seu deslocamento para o serviço de referência, recomenda-se o seu encaminhamento para uma Casa de Apoio à Gestante, próxima ao serviço a que ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

A Gestante de Risco que reside em município diferente da sua vinculação para o parto também deverá ser encaminhada para uma Casa de Apoio, próxima ao serviço a que ela está vinculada, quando da proximidade da data esperada para o parto.

i) O puerpério

- A Equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança;
- Será realizada 01 (uma) consulta no puerpério, na primeira semana pós-parto. A mulher deve ter acesso garantido às ações do planejamento familiar;
- Deverá ser estimulado o aleitamento materno;
- Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na unidade de saúde de referência;
- Dar baixa no SISPRENATAL.

5 – FLUXO DA CRIANÇA NA APS

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intrauterino.

No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para mãe e deverá comunicar a UAP de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data a UAP já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a Estratificação de Risco da Criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

Lembrando: tanto a visita domiciliar quanto a demanda espontânea caracterizam-se como oportunidades para captação e inscrição da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

EXAMES DE ROTINA PARA CRIANÇAS

Exame de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) será realizado a partir de 48 horas de nascimento e preferencialmente ainda no hospital/maternidade. Os exames laboratoriais e de diagnósticos até o primeiro ano de vida só serão requisitados a partir da avaliação médica e constatação da necessidade.

a) Visita domiciliar até o 5º dia após o parto

Até o 5º dia de nascimento deverá ser realizada visita domiciliar para:

- Atualizar a ficha A do SIAB;
- Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar $> 37,5^\circ$), hipotermia (temperatura axilar $< 35,5^\circ$), frequência respiratória > 60 mpm e convulsões;
- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene;

- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UAP;
- Avaliar a carteira da criança, quanto:
 - a) à realização dos testes do Pezinho, Orelhinha, Olhinho e do Coraçãozinho;
 - b) à aplicação das vacinas previstas ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar a procurar a UAP para realizar a imunização.

b) Acompanhamento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, sendo previsto: o registro na carteira da criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene);

A monitorização do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades cada vez mais complexas) é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde da criança;

A equipe da UAP/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança;

O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até 6º mês;
- Trimestral do 6º ao 12º mês;

Duas consultas no 2º ano de vida (semestral de 12 até 24 meses). E uma consulta a partir do 3º ano de vida.

Também deverá ser feita uma consulta odontológica para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Em todas as consultas realizadas deve-se registrar o atendimento da criança na carteira da criança e no prontuário;

Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário;

A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto.

Durante todo esse acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, a equipe deve:

- estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;
- orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;
- verificar o calendário vacinal;
- acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;
- avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- orientar sobre a prevenção de acidentes;
- tratar as intercorrências patológicas;
- identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades.

c) Situações de risco

Da mesma forma que as gestantes, é necessário Estratificar o Risco das crianças para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco, que têm maior probabilidade de adoecer e morrer.

Para a Estratificação de Risco foram estabelecidos os seguintes critérios:

Risco Habitual

- Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.

Risco Intermediário

- Filhos de mães da raça negra e indígena;
- Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;
- Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente;
- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.

Existem algumas situações em que é necessária uma atenção especial por parte da equipe de saúde ou até mesmo o encaminhamento para especialista. Dentre essas situações, destacamos:

Alto Risco

- Prematuridade;
- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida);
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

Observar que para a mãe soro positiva é contraindicado o Aleitamento Materno.

A equipe da UAP deve prestar atenção especial às crianças em que as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução.

A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto.

d) Busca de faltosos

A UAP deverá realizar visita as crianças faltosas nas atividades programadas e agendar nova consulta, priorizando para as crianças em situações de risco. Caso a falta seja devida ao internamento da criança, a UAP deverá entrar em contato com o hospital e programar uma consulta após a alta.

6 – ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permite que os municípios, as Regionais de Saúde, os Serviços de Saúde e a Secretária da Saúde reflitam pelos indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, metas e a missão desenvolvidos no Mapa Estratégico. Ao olhar e refletirmos sobre os indicadores que o Painel de Bordo definiu, observa-se que estes permitem obter as respostas frente às seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

O monitoramento possibilitará o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede de atenção à Mãe Paranaense e irá orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas.

A seguir, o Painel de Bordo para a Rede Mãe Paranaense, que estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: Resultado para a sociedade, Indicadores de processo, Indicadores de gestão e por último Indicadores relacionados ao financiamento.

REDE MÃE PARANAENSE – PAINEL DE BORDO

Perspectiva	Objetivo estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1. Reduzir mortalidade materna e infantil	Razão de morte materna coeficiente de mortalidade infantil
	2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materna e infantil em todo o estado	Índice de satisfação das usuárias da rede
Processo	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério	- Número absoluto de crianças com sífilis congênita - Índice de partos prematuros - Índice de cesarianas - Índice de crianças com baixo peso ao nascer
	4. Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-infantil	Procedimento Operacional Padrão (POP) auditado
	5. Implantar a Estratificação de Risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de Alto Risco	- % de gestantes Estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos - % de crianças Estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos
	6. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme Estratificação de Risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança	- % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a Estratificação de Risco - % de gestantes com acompanhante no parto

Perspectiva	Objetivo estratégico	Indicador
Gestão	7. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano	- % de cobertura de gestantes de alto risco - % de cobertura de crianças de risco menores de um ano
	8. Consolidar sistema e governança da Rede de Atenção Maternoinfantil	- Número de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAPs) estabelecidos - Número de Colegiados de Gestão macrorregional em funcionamento
	9. Contratualizar os hospitais para vinculação ao parto	- % cobertura de municípios com parto vinculado
	10. Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil	- % de gestantes de Alto Risco monitoradas - % de crianças de Risco menor de 1 ano monitoradas
	11. Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Maternoinfantil	- % de profissionais da Atenção Primária capacitados - % de profissionais da Atenção Terciária - % de profissionais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
Financiamento	12. Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Maternoinfantil	- % de carteiras de gestantes encaminhadas - % de carteiras de crianças encaminhadas
	13. Garantir incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos	- % de municípios com incentivo financeiro implantado
	14. Garantir incentivo da qualidade ao parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto	- % de hospitais com IQP implantado

Para 14 (quatorze) objetivos estratégicos, elencou-se 25 (vinte e cinco) indicadores, que possibilitarão o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

Esse monitoramento será possível pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação oficial do governo como: SISPRENATAL WEB, SIAB, SINAN, SINASC, SIM, SIAH, SIA e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicados às usuárias da Rede.

Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que, durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente os formulários do Sistema de Informação em Saúde e as carteiras da gestante e da criança:

7 – PONTOS DE ATENÇÃO

7.1 – Pontos de Atenção Secundário Ambulatorial – Centro Mãe Paranaense

RS	CONSÓRCIO/ ASSOCIAÇÃO	MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO
1ª	CISLIPA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	Paranaguá
2ª	COMESP – Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	Curitiba
3ª / 21ª	CIMSAÚDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	Ponta Grossa
4ª	CIS / AMCESPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro-Sul do Paraná	Irati
5ª	CIS PARANÁ CENTRO – Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Pitanga
5ª	ASSISCOP – Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Laranjeiras

5 ^a	CISGAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava e Pinhão	Guarapuava
5 ^a	CIS – CENTRO-OESTE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Guarapuava
6 ^a	CISVALI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	União da Vitória
7 ^a	ASSIMS – Associação Intermunicipal de Saúde	Pato Branco
8 ^a	ARSS – Associação Regional de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão
9 ^a	CISI – Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	Medianeira
10 ^a	CISOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	Cascavel
11 ^a	CISCONCAM – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Campo Mourão	Campo Mourão
12 ^a	CIS/AMERIOS – Consórcio Intermunicipal de Saúde	Umuarama
13 ^a	CISCENOP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste do Paraná	Cianorte
14 ^a	CIS/AMUNPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde	Paranavaí
15 ^a	CISAMUSEP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense	Maringá

15 ^a	CISVAP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema	Colorado
16 ^a	CISVIR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	Apucarana
17 ^a	CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	Londrina
18 ^a	CISNOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Cornélio Procopio
19 ^a	CISNORPI – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Jacarezinho
20 ^a	CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	Toledo
21 ^a	CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã	Ivaiporã

7.2 – Pontos de Atenção Hospitalar

RS	Referência para Risco Habitual	Referência para Risco Intermediário	Referência para Alto Risco
1 ^a RS	- Santa Casa de Misericórdia de Guaratuba - Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	- Hospital Regional do Litoral	- Hospital Regional do Litoral

<p>2ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Comunitário Bairro Novo (Curitiba) - Hospital Vitor Ferreira do Amaral (Curitiba) - Hospital e Maternidade Alto Maracanã (Colombo) - Hospital São José (São José dos Pinhais) - Hospital N. S. Aparecida (Fazenda Rio Grande) - Hospital e Maternidade N.S. da Luz dos Pinhais (Pinhais) - Hospital e Maternidade Municipal Humberto Carrano (Lapa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Mater Dei (Curitiba) - Hospital Parolin (Campo Largo) - Hospital e Maternidade N.S. da Luz dos Pinhais (Pinhais) - Hospital do Trabalhador (Curitiba) - Hospital Evangélico (Curitiba) - Hospital Angelina Caron (Campina Grande do Sul) - Hospital N.S. Rocio (Campo Largo) - Hospital São José (São José dos Pinhais) - Hospital Municipal de Araucária (Araucária) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital do Trabalhador (Curitiba) - Hospital Evangélico (Curitiba) - Hospital de Clínicas (Curitiba) - Hospital Angelina Caron (Campina Grande do Sul) - Hospital N.S. Rocio (Campo Largo) - Hospital São José (São José dos Pinhais) - Hospital Municipal de Araucária (Araucária)
<p>3ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Ana Fiorillo Menarin (Castro) - Hospital Santo Antônio (Piraí do Sul) - Hospital Afic (Ipiranga) - Hospital Carolina Lupion (Jaguariaíva) - Hospital de Caridade de Palmeira (Palmeira) - Hospital Municipal de Ivaí (Ivaí) - Hospital e Maternidade Imaculada Conceição (São João do Triunfo) - Maternidade Santana (Ponta Grossa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Evangélico de Ponta Grossa (Ponta Grossa) - Maternidade Santana (Ponta Grossa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Regional de Ponta Grossa (Ponta Grossa) - Santa Casa de Ponta Grossa (Ponta Grossa)

4ª RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital de Caridade São Francisco de Assis (Rio Azul) - Hospital de Caridade São Pedro (Mallet) - Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas (Rebouças) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Irati (Irati) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Irati (Irati)
5ª RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Santa Clara (Candió) - Hospital Santo Antônio de Cantagalo (Cantagalo) - Hospital Irmandade de Santa Casa (Prudentópolis) - Hospital Bom Pastor (Turvo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto Virmond (Guarapuava) - Hospital São Lucas (Laranjeiras do Sul) - Hospital São Vicente de Paulo (Pitanga) - Hospital Sagrado Coração de Jesus (Prudentópolis) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Vicente de Paulo
6ª RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Vicente de Paula (Bituruna) - Hospital Municipal Santa Terezinha (Cruz Machado) - Hospital Paulo Fortes (São Mateus do Sul) - Hospital Municipal Dr. Régis B. Marigliani (General Carneiro) 	<ul style="list-style-type: none"> - APMI (União da Vitória) 	<ul style="list-style-type: none"> - APMI (União da Vitória)
7ª RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital e Maternidade São Sebastião (Clevelândia) - Policlínica Chopinzinho (Chopinzinho) - Hospital São Judas Tadeu (Mangueirinha) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São José (Palmas) - Hospital São Paulo (Palmas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Lucas (Pato Branco) - Policlínica Pato Branco

<p>8ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sociedade Hospitalar Santa Rita Ampére (Ampére) - Casa de Saúde e Maternidade Barracão Hospital Sudoeste Capanema (Capanema) - Hospital Imaculada Conceição Realeza (Realeza) - Casa de Saúde de Santa Izabel Doeste (Santa Izabel do Oeste) - Hospital e Maternidade Santa Izabel (Santo Antônio do Sudoeste) - Hospital Dr. Júlio Zavala Barrientos (São Jorge d' Oeste) - Casa de Saúde e Maternidade Vera Cruz (Barracão) - Hospital e Maternidade São Judas Tadeu (Dois Vizinhos) - Hospital N. Sra. das Graças (Marmeleiro) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Francisco (Francisco Beltrão) - Fundação Hospitalar da Fronteira (Pranchita) - Hospital Pró-Vida (Dois Vizinhos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Regional de Francisco Beltrão
<p>9ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital e Maternidade Padre Tezza (Matelândia) - Hospital e Maternidade N. S. da Luz (Medianeira) - Hospital Caravaggio (Matelândia) - Hospital N. S. de Fátima (Missal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Ministro Costa Cavalcante (Foz do Iguaçu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Ministro Costa Cavalcante (Foz do Iguaçu)

10 ^a RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Policlínica Consolata (Cafelândia) - Hospital S. Antônio (Guaraniaçu) - Hospital Municipal Felicitá Sanson Arrosi (Ibema) - Hospital Bom Jesus (Quedas do Iguaçu) - Hospital Municipal Três Barras (Três Barras do PR) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Lucas (Cascavel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Cascavel)
11 ^a RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Municipal São Judas de Terra (Terra Boa) - Santa Casa São Vicente de Paulo (Terra Boa) - Hospital São Judas Tadeu (Ubiratã) - SISU (Ubiratã) - Hospital Municipal Santa Rosa (Iretama) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Engenheiro Beltrão (Engenheiro Beltrão) - Santa Casa de Misericórdia de Goioerê (Goioerê) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Campo Mourão (Campo Mourão)
12 ^a RS	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica N. S. de Fátima (Cruzeiro do Oeste) - Hospital e Maternidade Municipal CYRO (Iporã) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital do Sindicato dos Trabalhadores (Altônia) - Norospar (Umuarama) 	<ul style="list-style-type: none"> - Norospar (Umuarama)
13 ^a RS	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Paulo (Cianorte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Paulo (Cianorte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Paulo (Cianorte)

<p>14^a RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Santa Terezinha (Alto PR) - Hospital Municipal de Guairaca - Hospital Municipal Espírito Santo (Inajá) - Hospital Municipal Leonor Calegari Bovis (Marilena) - Hospital Municipal N. Sra. dos Navegantes (Porto Rico) - Hospital Municipal Setembrino Zago (Querência do Norte) - Hospital de Clínicas Santa Tereza (Santa Izabel do Ivaí) - Hospital Municipal João Alexandre (Tamboara) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Municipal Santa Rita de Cássia (Nova Londrina) - Hospital Municipal Cristo Redentor (Terra Rica) - Casa de Saúde e Maternidade Santa Catarina (Loanda) - Hospital e Maternidade Municipal Seitugu (Loanda) - Hospital Municipal Santa Rita de Cássia (Nova Londrina) 	<ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Paranaíba (Paranaíba)
<p>15^a RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Maternidade São Lourenço SC LTDA. (Mandaguçu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Metropolitano de Sarandi (Sarandi) - Hospital e Maternidade Santa Clara (Colorado) - Hospital e Maternidade Coração de Jesus (Nova Esperança) - Hospital Cristo Rei (Mandaguari) <ul style="list-style-type: none"> - Santa Casa de Misericórdia (Nova Esperança) - Hospital Regional Cristo Rei (Astorga) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Santa Casa Maria Auxiliadora (Maringá) - Hospital Universitário de Maringá (Maringá)

16ª RS	- Hospital Municipal Victor de Souza Pinto (Grandes Rios)	- Santa Casa de Arapongas	- Hospital da Providência
17ª RS	- Hospital Pró-Vida (Assaí) - Unidade Hospitalar São Jorge (Bela Vista do Paraíso)	- Maternidade Lucila Balalai - Hospital São Rafael (Rolândia) - Santa Casa de Cambé (Cambé) - Hospital Cristo Rei (Ibiporã)	- Hospital Universitário do Norte do Paraná (Londrina) - Hospital Evangélico de Londrina (Londrina)
18ª RS	- Hospital e Maternidade de Ribeirão do Pinhal (Ribeirão do Pinhal)	- Santa Casa de Bandeirantes (Bandeirantes)	- Santa Casa de Cornélio Procópio (Cornélio Procópio)
19ª RS	- Santa Casa de Ribeirão Claro - Santa Casa de Siqueira Campos	- Santa Casa de Misericórdia de Jacarezinho - Hospital Regional do Norte Pioneiro (Santo Antônio da Platina)	- Hospital Regional do Norte Pioneiro (Santo Antônio da Platina)

<p>20ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Municipal e Maternidade Menino Jesus (Diamante d'Oeste) - Hospital São Paulo (Guaíra) - Hospital São Lucas (Assis Chateaubriand) - Hospital e Maternidade - Maeda (Santa Helena) - Hospital Municipal Padre Palmiro Finato (Tupãssi) - Hospital Maripá (Maripá) - Hospital Dr. Ciro (Santa Helena) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital São Paulo (Guaíra) - Hospital Municipal Quinto Abraão de Delazi (Palotina) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Bom Jesus de Toledo (Toledo)
<p>21ª RS</p>	<p>Clínica São Francisco de Assis (Ortigueira)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Dr. Feitosa (Telêmaco Borba) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital N.S. Rocio (Campo Largo)
<p>22ª RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Municipal São Francisco de Assis (Cândido de Abreu) - Hospital Municipal de Jardim Alegre (Jardim Alegre) - Hospital São João do Ivaí (Lunardelli) - Hospital Municipal Dr. Antônio Pietrobon (Nova Tebas) - Santa Casa (Rosário do Ivaí) - Hospital Municipal São João do Ivaí (São João do Ivaí) - Hospital Municipal Santo Antonio (Manoel Ribas) - Hospital Municipal Santa Maria do Oeste 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Bom Jesus de Ivaiporã HTRI (Ivaiporã) 	

Os hospitais e maternidades para atender a gestante e a criança de Alto Risco fazem parte do HOSPSUS, que é uma ação do Governo do Estado/Secretaria da Saúde para qualificar o atendimento Maternoinfantil de Alto Risco.

Os hospitais e maternidades para atender a gestante e a criança de Risco Habitual e Risco Intermediário responderam ao chamamento público publicado em dezembro de 2012 e ainda estão em processo de qualificação. A relação anterior está considerando os hospitais e maternidades com contrato assinado até maio de 2013.





ANEXO B



FOLHA DE DESPACHO

<p>SAS</p> <p>22/01/2014</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciente. 2. Trata-se de pesquisa que objetiva analisar a implantação e o desenvolvimento da Rede Mãe Paranaense a ser realizada nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina. 3. Dada a importância da proposta esta superintendência considera relevante a iniciativa de analisar a Rede e assim autoriza a sua realização. 4. À 10ª RS para informar o responsável pela pesquisa. <p> Márcia Huçulak Superintendente de Atenção à Saúde</p>	<p>10ª Regional de Saúde DIREÇÃO</p> <p>Para: <u>DIR</u></p> <p>Data: <u>29/01/14</u></p> <p> Mirivalys Bailak Diretor 10ª Regional de Saúde</p> <p><i>NOTIFICAR O FOTO ACIMA DA COM URBANA</i></p> <p> MIRIVALYS BAILAK</p>
---	--

ANEXO C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

Pesquisador: Sebastião Caldeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26317614.8.1001.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: CNP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.107

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto multicêntrico com financiamento do CNPq. Encontra-se bem apresentado ao que se refere o protocolo de pesquisa e documentações para tramitação no Comitê de Ética.

Objetivo da Pesquisa:

São claros e pertinentes. Apresentam possibilidade de retorno para a saúde materno-infantil em três regiões do estado do Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ocorre descrito no projeto de forma coerente com a metodologia proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a saúde do Paraná.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 544.107

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 27 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**João Fernando Christofoletti
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO D

Diretrizes para Autores

Taxas de Submissão e de Editoração

Para submissão do artigo é necessário o pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO no valor de R\$ 150,00. Acesse o link para gerar o boleto. Taxa de submissão.

Em caso de aprovação, deverá ser paga a TAXA DE PUBLICAÇÃO no valor de R\$ 300,00. Acesse o link para gerar o boleto. Taxa de publicação.

MODELOS:

1. DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE;
2. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS;
3. PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO;
4. CHECK LIST DO ARTIGO.

Os arquivos são padronizados, portanto se o documento não abrir, por favor tentar trocar de computador ou enviar um email para revduem@gmail.com

Instruções aos autores

A revista *Ciência Cuidado e Saúde* (online) é um periódico de publicação trimestral do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que objetiva divulgar a produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial, da enfermagem. Os artigos publicados se dividem nas seguintes seções:

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que agrega informação nova ou corrobora o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve limitar-se a quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada e sintética, resultados de pesquisas nacionais e/ou internacionais a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e referências. O número de referências não é limitado.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de doze (12) páginas, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de doze (12) páginas, incluindo resumos e referências.

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Ciência, Cuidado e Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

O manuscrito só será submetido à avaliação dos consultores ad hoc após aprovação do Check List referente ao atendimento às normas contidas em “Instruções aos autores”. Na avaliação inicial do manuscrito, além das normas de publicação serão avaliados o atendimento aos aspectos éticos. Se aprovado nessa fase, o manuscrito é encaminhado para três consultores ad hoc que o rigor metodológico da abordagem utilizada, a atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e poder de agregar conhecimento na área da enfermagem e/ou saúde.

O anonimato dos autores e dos consultores (duplo-cego) é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos consultores ad hoc são analisados pela Comissão Editorial que, se necessário, indica outras alterações a serem

efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final da Comissão Editorial.

Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. As opiniões e conceitos emitidos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Após o início do processo de submissão não são admitidas inclusão de novos autores.

Documentos Suplementares

Os autores devem encaminhar na sessão de Documentos Suplementares os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, conforme modelo.
2. Carta de declaração de potencial(is) conflito de interesses, conforme modelo.
2. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos no caso de pesquisa original.
3. Comprovante de pagamento da Taxa de Submissão.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a revista adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à revista. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a elaboração e redação, revisão por pares e tomada de

decisões pelos editores. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Neste sentido, a revista *Ciência Cuidado e Saúde*, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. Os autores devem ainda reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O consultor ad hoc deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Normas para apresentação dos manuscritos:

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A Revista *Ciência Cuidado e Saúde* incentiva e apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), por reconhecer a importância desses registros para a divulgação internacional, em acesso aberto, de informação acerca dos estudos clínicos. Deste modo, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado ao final da metodologia e aparecer no resumo.

Preparo do manuscrito

- Os artigos deverão ser digitados em “Word for Windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.
- Para maiores informações, consultar o check-list de normas da revista (no final deste documento).

2) Organização

a) Página de identificação deverá conter:

- Título do trabalho em caixa alta e negrito nos três idiomas (português, inglês e espanhol)
- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional (graduação – sem especificar local de formação), instituição em que esteja cursando pós-graduação strictu sensu ou maior titulação (nunca especificar onde o título foi obtido), instituição em que atua profissionalmente e endereço eletrônico em nota de rodapé;
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:
 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
 3. Aprovação final da versão a ser publicada.Essas três condições devem ser integralmente atendidas;
- Indicação se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;
- Indicação se o manuscrito é originário de dissertação ou tese;
- Indicação se o manuscrito já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;
- Indicação da seção a que o texto se destina (Artigo de Pesquisa; de Revisão; de Reflexão; e Relato de Experiência).
- Endereço completo do autor principal para contato.

b) Manuscrito:

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.
- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português, inglês e espanhol contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave (Keywords e Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.
- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão. Exemplo(19:6).
- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária

à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.

- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: (4,5,6 e 7) substituir por (4-7); quando intercalados utilize vírgula Ex:(6,8,12).
- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão “et al.”.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Exemplos:

Livros: Marcondes E. *Pediátrica básica*. 8ª ed. São Paulo: Sarvier: 1999.

Capítulo de Livro: Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRD. *O viver em família e sua interface com a saúde e doença*. Maringá: Eduem; 2002. p.121-40.

Dissertação/Tese: Silva RLDT. *Avaliação da implantação da assistência às pessoas com hipertensão arterial em município do estado do Paraná*. 2013. [tese]. Maringá (PR). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá – UEM. 2013.

Artigos de periódicos: Gvozd R, Haddad MCL, Garcia AB, Sentone ADD. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. *Cienc. cuid. saúde*. 2014 jan/mar; 13(1): 43-48.

Artigo de Jornal: Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. *Jornal do Brasil*. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6. Ministério proíbe fabricação de uso de agrotóxicos à base de organoclorados. *Folha de S. Paulo*. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais: Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. *Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990*. Rio de Janeiro: ECEF/SEEC - RJ; 1987. Mimeografado. Brasil. Ministério da Saúde. *INCA / Comprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos: Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. Rev Latino-Am Enfermagem [on-line]. 2002 jul/ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200200400018&lng=pt&nrm=iso.jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site:

<http://www.ibict.br> e em outras línguas:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores, o que atrasa o processo de avaliação dos manuscritos.

- 1) A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
- 2) Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB).
- 3) Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- 4) O corpo do texto está em espaço duplo, enquanto título, resumo e referência está em espaço simples; usa fonte "Times New Roman", tamanho 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 10 páginas).
- 5) A Folha de Identificação dos autores se faz presente na primeira página do artigo, não contabilizada no limite de páginas, ou em documento separado,

contendo título, nome completo dos autores, titulação dos autores, endereço de correspondência do autor principal, tipo de artigo.

6) Todos os documentos suplementares, sendo a Carta de Submissão, Transferência de Direitos Autorais, Parecer do comitê de ética (quando necessário), comprovante de pagamento da taxa de submissão e folha de identificação estão juntas com o artigo, e serão inseridas no espaço para Documentos Suplementares.

7) Siga o check list para preparar seu manuscrito (não precisa ser enviado).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

O corpo do texto está em espaço duplo, enquanto título, resumo e referência está em espaço simples; usa fonte "Times New Roman", tamanho 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 10 páginas).

A Folha de Identificação dos autores se faz presente na primeira página do artigo, não contabilizada no limite de páginas, ou em documento separado, contendo título, nome completo dos autores, titulação dos autores, endereço de correspondência do autor principal, tipo de artigo.

Todos os documentos suplementares, sendo a Carta de Submissão, Transferência de Direitos Autorais, Parecer do comitê de ética (quando necessário), comprovante de pagamento da taxa de submissão e folha de

identificação estão juntas com o artigo, e serão inseridas no espaço para Documentos Suplementares.

Siga o check list para preparar seu manuscrito (não precisa ser enviado).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ANEXO E

REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros.

Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na

pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”
11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.
12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

APÊNDICE A

GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM MATERNA E INFANTIL GPEMI – ENFERMAGEM – CCBS – CASCAVEL PR

PROJETO: Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:				
Regional de saúde: 9ª RS()	10ª RS(x)	17ª RS()		
Município à que se referem os dados: _____				
Período dos dados coletados:(_____) 2010 (_____) 2011 (_____) 2012 (x) 2013				

1. Quantidades de Gestantes Cadastradas no SIS-Pré-natal no município

Quantidade de gestantes	Quantidade de gestantes com 6 ou mais consultas	Quantidade total de consultas	Quantidade de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Quantidade de consultas odontológicas
-------------------------	---	-------------------------------	---	---------------------------------------

2. Quantidade de exames realizados por trimestre gestacional

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Teste rápido de Sífilis	Teste rápido de gravidez	Teste rápido de HIV
--------------	--------------	--------------	-------------------------	--------------------------	---------------------

3. Estratificação de Risco das gestantes:

3.1 Município implantou a Estratificação de Risco das gestantes (Habitual, Intermediário e Alto Risco)?

- () Sim
() Não

3.2 Realiza atendimentos ambulatoriais das gestantes de risco

- () Sim desde 2010!
() Não
() Referendada para outro município– Qual: Cascavel – 2014: CISOP

3.3 Hospitais de referência para a gestante no município

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		() Sim () Não		
Risco intermediário		() Sim () Não		
Alto risco		() Sim () Não		

4. Termo de adesão com os hospitais para a vinculação do parto da gestante conforme a Estratificação de Risco de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		() Sim () Não		
Risco intermediário		() Sim () Não		

5. Contratualização de hospitais para a vinculação do parto da gestante conforme a Estratificação de risco ao hospital de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		() Sim () Não		
Risco intermediário		() Sim () Não		
Alto risco		() Sim () Não		

6. Instituiu incentivo de Qualidade ao Parto

Município	Quantidade de Partos Normais		Quantidade de Cesáreas	
	Adesão/Contrato	AIH	Adesão/Contrato	AIH
Total				

7. Mortalidade materna

7.1 Indicadores de mortalidade

Indicador	Quantidade
Mortalidade materna	

8.2 Causas de Mortalidade

Causas (listar as causas identificadas por município)	Quantidade

8. Cadastro infantil.

Indicador Quantidade

Número de crianças nascidas vivas pelo SINASC

9. Mortalidade infantil

9.1 Indicadores de mortalidade

Indicador Quantidade

Mortalidade Neonatal Precoce

Mortalidade Neonatal Tardia

Mortalidade Infantil

9.2 Causas de Mortalidade

Causas (listar as causas identificadas por Quantidade município)

10. O município realiza a investigação dos óbitos maternos e infantis:

() Sim

() Não

11. O município possui comitê de análise dos óbitos maternos e infantis:

() Sim

() Não. Em caso negativo, em que município ou Regional de Saúde participa:

12. Numero absoluto de doses de vacinas aplicadas em crianças menores de 1 ano, conforme o PNI por município:

Vacina

Cobertura Vacinal

Hepatite B

Tetravalente ou Pentavalente

Sabin

Meningocócica C

Pneumocócica 10

Salk

VTV (sarampo, caxumba, rubéola, tríplice viral)

Rotavírus

BCG

Febre Amarela

APÊNDICE B



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Cascavel-PR, 30 de junho de 2014.

AO SECRETÁRIO OU DIRETOR DE SAÚDE.

Vimos solicitar a vossa participação e colaboração no projeto de pesquisa intitulado: **Análise do processo de implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense**, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil (GPEMI) do Colegiado do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS da Unioeste-Cascavel/PR.

Este projeto de pesquisa foi autorizado pela Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SESA/PR) para ser desenvolvida em todos os municípios pertencentes a três Regionais de Saúde do Estado do Paraná – 10ª RS de Cascavel, 17ª Regional de Saúde de Londrina e 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu. Obteve-se Parecer favorável número: 544.10 de 27/02/2014 do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP – Unioeste (anexos 1 e 2).

O objetivo do estudo é analisar a implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense e trata-se de um estudo multicêntrico com financiamento do CNPq conforme o Processo de número: 474768/2013-9, Chamada em Edital Universal 14/2013.

Os dados serão coletados na forma de entrevistas gravadas com Gestores, Médicos e Enfermeiros que atuam em serviços que aderiram ao Programa Rede Mãe Paranaense. A coleta dos dados será entre julho e setembro de 2014.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar propostas de ações que venham ao encontro das necessidades dos gestores e profissionais de saúde, especificamente Médicos e Enfermeiros que atuam na Atenção Primária em Saúde no cuidado à saúde da mulher gestante no âmbito do Programa Rede Mãe Paranaense, consequentemente beneficiando as usuárias e seus conceitos que requerem o cuidado primário de saúde no referido programa.

Atenciosamente,


 Sebastião Caldera
 Coordenador da pesquisa
 CCBS – Enfermagem – Unioeste
 Cascavel PR


 Mirsila Bailak
 Diretor da 10ª Regional de Saúde
 Cascavel PR