



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JESSIKA ADRIANA BORNIA DELANHEZE

**MONITORAMENTO E ARTICULAÇÃO DA REDE MÃE
PARANAENSE NA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Londrina
2020

JESSIKA ADRIANA BORNIA DELANHEZE

**MONITORAMENTO E ARTICULAÇÃO DA REDE MÃE
PARANAENSE NA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

D37m Delanheze, Jessika Adriana Bornia.
Monitoramento e articulação da rede mãe paranaense na 17ª regional de saúde do Paraná / Jessika Adriana Bornia Delanheze. - Londrina, 2020.
73 f. : il.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Rede Mãe Paranaense - Tese. 2. Monitoramento - Tese. 3. Pontos de atenção - Tese. I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

JESSIKA ADRIANA BORNIA DELANHEZE

MONITORAMENTO E ARTICULAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE NA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr. Felipe Assan Remondi
Secretaria de Estado da Saúde - SESA

Londrina, 10 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me ajudou a perseverar mesmo nos momentos de grandes dificuldades.

À minha mãe, que sempre me apoiou e incentivou a estudar desde a infância até os dias atuais.

Ao meu marido e filhos que precisei deixar de lado algumas vezes para realizar o mestrado.

Aos participantes das entrevistas que me acolheram com boa vontade e com os quais pude aprimorar meus conhecimentos a respeito do desenvolvimento dessa importante política pública.

Aos docentes e aos alunos do mestrado em saúde coletiva e em especial a minha orientadora Prof.^a Fernanda com quem tive uma convivência bastante enriquecedora.

“Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz. Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional, você simplesmente desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas”.

Steve Jobs

DELANHEZE, Jessika Adriana Bornia. **Monitoramento e articulação da Rede Mãe Paranaense na 17ª Regional de Saúde do Paraná**. 2020. 73 f. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2020.

RESUMO

No intuito de melhorar o atendimento às gestantes e crianças e conseqüentemente reduzir a mortalidade materna e infantil o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha no ano de 2011 em âmbito nacional. No Paraná foi elaborado um programa semelhante que recebeu a denominação de Rede Mãe Paranaense. Essa política pública preconiza a estratificação de risco em cada consulta de pré-natal e encaminhamento das gestantes de risco ao Centro Mãe Paranaense para atendimento ambulatorial por equipe multidisciplinar. Também estabelece que o parto seja vinculado ao hospital mais adequado de acordo com o risco gestacional. Apesar das potencialidades desse programa, ocorreu pouco impacto na mortalidade materna e infantil na 17ª Regional de Saúde do Paraná. Considerando que a articulação entre os pontos de atenção é fundamental para o adequado funcionamento da rede e que o monitoramento desta possibilita a identificação de problemas em seu funcionamento realizou-se um estudo com o objetivo de compreender como ocorre o monitoramento e a articulação entre os diferentes pontos de atenção às gestantes na Rede Materno-Infantil da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais de saúde que prestam atendimento às gestantes ou que atuam como gestores na 17ª Regional de Saúde do Paraná. As entrevistas foram feitas entre janeiro e abril de 2019 e posteriormente foram analisadas utilizando-se da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Emergiram três categorias de análise: Monitoramento da Rede Mãe Paranaense; Fragilidades da Rede Mãe Paranaense; Iniciativas para Melhoria da Rede Mãe Paranaense. O monitoramento da rede tem sido aprimorado com a criação de novos sistemas de informação e com o monitoramento do “near miss” materno. Contudo, ainda falta estabelecer um monitoramento formal em relação ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O insuficiente número de médicos ginecologistas na rede básica de saúde, sobretudo no município de Londrina, o déficit de vagas de maternidade de alto risco, de UTI neonatal e de consultas nos ambulatórios de alto risco foram apontados pelos profissionais como fragilidades da rede. Para tentar driblar essa falta de vagas nos hospitais de alto risco o SAMU tem encaminhado gestantes de alto risco para avaliação em hospitais de risco intermediário num procedimento arriscado conhecido pelos profissionais da região como “pit stop”. Outra dificuldade identificada foi comunicação incipiente entre os pontos de atenção evidenciada pela falta de preenchimento dos impressos de contrarreferência e do cartão de gestante. Para superar esses problemas alguns profissionais têm desenvolvido estratégias informais de articulação da rede. Devido à escassez de ginecologistas na rede pública de Londrina, a secretaria de saúde desse município tem utilizado o matriciamento em ginecologia e obstetrícia para capacitar os médicos da Estratégia Saúde da Família e ao mesmo tempo promover o trabalho multidisciplinar. Além disso, o grupo condutor da Rede Materno Infantil da região tem mobilizado esforços no sentido de unificar os protocolos de atendimento,

redefinir os critérios de encaminhamento aos ambulatórios de risco e aos hospitais de risco. No entanto, ainda destaca-se a necessidade de um número maior de profissionais da ginecologia na rede básica e da ampliação do número de vagas de maternidade de alto risco e de UTI neonatal.

Palavras chaves: Rede Mãe Paranaense. Monitoramento. Pontos de Atenção.

DELANHEZE, Jessika Adriana Bornia. **Monitoring and Articulation of Mãe Paranaense Network in the Paraná's 17 Regional hub**. 2020. 73 f. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2020.

ABSTRACT

The Brazilian Health Ministry established nationwide the Rede Cegonha in 2011 to improve care to pregnant women and infants and, as a consequence, reduce maternal and infant mortality. Similarly, the state of Parana implemented a program called Rede Mãe Paranaense. This public policy advocates risk stratification at each pre-natal visit and the forwarding of pregnant women at risk to a special ambulatory attendance by an interdisciplinary team. It also establishes that birth would be bonded to a hospital according to pregnancy risks. In spite of the program's capacity, the expected impact on maternal and infant mortality was insufficient in the Parana's 17^a Health Regional hub. Since the articulation between care sites is basic for the proper functioning of the network and that its monitoring identifies its issues, semi-structured interviews with twenty health professionals or managers were undertaken between January and April 2019 in order to understand monitoring and articulation between care units in the 17^a Health Region. Interviews were examined by the method of Bardin's content analysis and three categories emerged: Monitoring of the Rede Mãe Paranaense, Weakness of the Rede Mãe Paranaense and Improvement Initiatives of Rede Mãe Paranaense. Network monitoring has been updated by new information systems and by maternal near miss. Formal monitoring with regard to Mobile Emergency Care Service (SAMU) is still lacking. The insufficient number of gynecologists in the basic health, especially in the municipality of Londrina, deficit in high-risk maternity vacancies and in neonatal ICUs and in high-risk pregnancy ambulatory attendance were pinpointed as the network's weaknesses by the professionals interviewed. In order to overcome the lack of hospital vacancies, the SAMU usually forwards high-risk pregnant women to be evaluated in intermediate risk hospital through a risky procedure nicknamed "pit stop" strategy by professionals. Another relevant difficulty was the incipient communication between care poles, evidenced by the lack of filling counter-reference and pregnancy cards. Several professionals have developed informal strategies within the network. Due to the scarcity of gynecologists within the Londrina public health, its health secretariat ordered to the gynecologists to train the Family Health Strategy Professionals. This strategy is called *matriciamento*. It is also important to promote interdisciplinary work. Further, the conducting team of the region's maternal-infant network has tried to unify attendance protocols, redefine criteria for forwarding to risk units and hospitals. The above-mentioned strategies are insufficient if the number of gynecologists does not increase and hospital vacancies for high-risk pregnancy and neonatal ICUs remain the same.

Keywords: Rede Mãe Paranaense. Monitoring. Care Units.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do modelo hierárquico e do modelo de redes ...	20
Figura 2 - Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense.....	25
Figura 3 - Painel de Bordo da Rede Mãe Paranaense	27
Figura 4 - Série histórica da Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos) no Paraná 2010 - 2017	28
Figura 5 - Série histórica da Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos) na 17ª Regional de Saúde do Paraná. 2010 - 2018.....	29
Figura 6 - Série histórica do coeficiente de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) no Estado do Paraná. 2010 - 2017	30
Figura 7 - Série histórica do coeficiente de Mortalidade Infantil (MI) e Mortalidade Infantil Neonatal (MIN) por mil nascidos vivos na 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2010 - 2017.....	31
Figura 8 - Mapa da 17ª Regional de Saúde do Paraná.	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População estimada na 17ª Regional de Saúde do Paraná em 2018.....34

Tabela 2 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde e Cobertura da Atenção Básica por município na 17ª Regional de Saúde, 2019.39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GETARO	Grupo Técnico de Análise e Redução de Óbitos
GO	Médico Ginecologista e Obstetra
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná.
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
MI	Mortalidade Infantil
MIN	Mortalidade Infantil Neonatal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS.....	15
2.2	HISTÓRICO DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIS.....	18
2.3	MODELO DE REDES DE ATENÇÃO	19
2.4	REDES DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIS.....	21
2.4.1	Rede Cegonha	21
2.4.2	Rede Mãe Paranaense.....	24
2.4.3	Evolução dos indicadores Razão de Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil no Estado do Paraná e na 17ª Regional de Saúde após a Rede Mãe Paranaense	28
3	OBJETIVO GERAL	32
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DE ESTUDO	33
4.3	COLETA DE DADOS E SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	DESCRIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS GESTANTES NA REDE MÃE PARANAENSE DA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	38
5.1.1	Ambulatórios de Risco Habitual.....	39
5.1.2	Ambulatórios de Risco Intermediário.....	39
5.1.3	Ambulatórios de Alto Risco.....	40

5.1.4	Hospitais para Atendimento de Partos de Risco Habitual, Intermediário e Alto	40
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE	41
5.2.1	Monitoramento da Rede Mãe Paranaense	41
5.2.2	Fragilidades da Rede Mãe Paranaense	46
5.2.3	Iniciativas para Melhoria da Rede Mãe Paranaense	54
6	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE	69
	APÊNDICE A - Questões para entrevista Mãe Paranaense.....	70
	ANEXOS	71
	ANEXO A - Autorização da 17ª Regional de Saúde para pesquisa.....	72
	ANEXO B - Autorização do CISMENPAR para pesquisa.....	73

1 INTRODUÇÃO

Analisando-se a tendência da razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil, observa-se uma diminuição entre 1990 e 2010 (de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos), o que representa uma queda de 52,0%. No entanto a partir de 2001 essa queda se deu de uma forma mais lenta apresentando certa estagnação, fato que motivou um novo modelo de políticas públicas (BRASIL, 2012).

Em 2011, por meio da portaria 1459, o Ministério da Saúde criou o Programa Rede Cegonha que consiste em uma proposta para organização da rede de cuidados materno infantil, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

O objetivo do desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é reestruturar o sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e no impacto da atenção prestada (BRASIL, 2010a). De acordo com Mendes (2011) no modelo de Redes de Atenção à Saúde busca-se garantir a integralidade do cuidado, entre outras ações, através da comunicação entre os diferentes pontos de atenção sendo que isso constitui um aspecto inovador em relação ao modelo de atenção à saúde anterior que tinha caráter fragmentado e ineficaz.

No Paraná a Rede Cegonha foi ajustada a realidade local e recebeu a denominação de Rede Mãe Paranaense, a qual almeja que o Estado tenha até 2020 uma rede de atenção materno-infantil com padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis (PARANÁ, 2012).

A Rede Materno Infantil paranaense constitui-se de um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018b).

Para tentar assegurar o alcance de metas e objetivos é executado o monitoramento da rede (CONASS, 2016). Dessa forma, o monitoramento da Rede Mãe Paranaense possibilita o gerenciamento da atenção à saúde, por meio de

acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede de atenção, orientando o processo de decisão para implementação de novas medidas (PARANÁ, 2018b).

No Paraná entre os anos de 2011 a 2017 ocorreu uma redução de aproximadamente 61,0% da razão de mortalidade materna e de cerca de 11,0% da taxa de mortalidade infantil (PARANÁ, 2018b). Contrariamente na 17ª Regional de Saúde do Estado nesse mesmo período de tempo houve um aumento de aproximadamente 24,0% razão de mortalidade materna e de cerca de 18,0% do indicador mortalidade infantil (PARANÁ, 2018a). Esses dados estão especificados ao logo da dissertação nas figuras de 4 a 7.

Dessa forma busca-se por meio desta pesquisa compreender as estratégias de monitoramento e de articulação da Rede Materno-Infantil na 17ª Regional de Saúde do Paraná. É imprescindível desvelar por que apesar da existência de uma rede de cuidados materno-infantil ainda ocorrem falhas no atendimento prestado à gestante durante o pré-natal e no ambiente hospitalar bem como ao recém nascido no momento do parto e no período neonatal.

A avaliação da estruturação dessa política pública pode revelar obstáculos à obtenção dos resultados almejados. Os dados obtidos nessa pesquisa podem estimular a reflexão da regional estudada, das outras regionais do Paraná e de outros Estados brasileiros a respeito do tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS

No Brasil, a saúde feminina foi incorporada às políticas públicas nas primeiras décadas do século XX e traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2004).

Em 1975 foi criada oficialmente a primeira estratégia do governo brasileiro com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e infantil denominada programa materno-infantil que a exemplo das políticas anteriores também se limitava aos cuidados com o ciclo gravídico-puerperal. Assim como todo programa vertical,

fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto na melhoria desses indicadores (UNASUS, 2013).

Devido à ineficácia do programa anterior e às aspirações dos movimentos feministas foi criada em 1984 a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (UNASUS, 2013).

A proposta primordial dessa política era que os serviços de saúde deveriam articular esforços entre o governo federal, estadual e municipal com objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para a concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

No ano 2000 o Ministério da Saúde editou a portaria 569 que instituiu o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do SUS com objetivo de diminuir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Segundo essa portaria toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Essa portaria estabelecia, entre outras coisas, que era necessário garantir a presença de pediatra na sala de parto para que a assistência ao parto fosse adequada. Instituiu que as gestantes deveriam ser cadastradas, ter a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, realizar pelo menos seis consultas de pré-natal e uma no puerpério.

Deveriam colher na primeira consulta de pré-natal tipagem sanguínea ABO e RH, VDRL (teste para sífilis), rotina de urina, hematócrito, hemoglobina e glicose jejum que seriam repetidos na trigésima semana com exceção da tipagem sanguínea. O teste de HIV seria ofertado somente na primeira consulta nos municípios com mais de cinquenta mil habitantes.

O risco gestacional seria classificado em todas as consultas. As gestantes identificadas como de risco deveriam ter a garantia do atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Tal portaria instituiu que era preciso assegurar condições para que as parturientes tivessem direito à acompanhante durante a internação, desde que a

estrutura física assim permitisse. Também determinava que deveriam existir centrais de regulação obstétrica e neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente e deveria haver transporte adequado para transferir a gestante ou o neonato mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (BRASIL, 2000).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi reformulada em 2004. O grande diferencial era garantir assistência não apenas integral, mas também humanizada, a todas as mulheres inclusive as que teoricamente possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde como as mulheres homossexuais, indígenas, negras, moradoras da zona rural e as privadas de liberdade (BRASIL, 2004).

A política instituída em 2004 tinha por objetivos além da promoção de assistência obstétrica e neonatal qualificadas e humanizadas, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e mama, tratamento da infertilidade, planejamento familiar, atenção às adolescentes e mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, atenção à saúde mental das mulheres, prevenção e tratamento do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2004).

Em 2005, buscando humanizar o atendimento à gestante, foi sancionada a lei federal 11.108, a qual determina que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante que será indicado pela gestante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Em 2006 a comissão intergestores tripartite (CIT) aprovou o pacto pela saúde que era constituído pelo pacto pela vida, de gestão e em defesa do SUS. O pacto pela vida englobava as ações prioritárias em saúde e dentre elas estavam presentes a redução da mortalidade materna e infantil.

Em relação à mortalidade infantil o pacto dava ênfase à redução da mortalidade neonatal e também à diminuição dos óbitos pós-neonatais por doenças diarreicas e pneumonias. Dentre as ações propostas para diminuir a mortalidade materna destacavam-se a garantia de insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas e o aprimoramento da distribuição de sangue para atender as necessidades das maternidades e outros locais de parto (BRASIL, 2006).

Entre 1990 e 2010, as alterações no padrão de causas específicas de morte materna mostraram uma redução de 66,0% no risco de morrer por hipertensão; de 69,3% por hemorragia (BRASIL, 2012). No entanto estas ainda são até hoje as maiores causas de morte materna no Brasil e no mundo (VERDELIO, 2017).

Apesar da vinculação à maternidade na qual o parto será realizado já ter sido instituída no ano 2000 pela portaria 569 do Ministério da Saúde, em 2007 foi sancionada a lei federal 11.634 na qual toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem direito ao conhecimento e a vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o seu parto e à maternidade na qual ela será atendida no caso de intercorrência no pré-natal. Essa vinculação deverá ocorrer a partir do momento da inscrição no pré-natal e conforme a situação do risco gestacional (BRASIL, 2007).

2.2 HISTÓRICO DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIS

Em meados da década de 90, devido a experiências exitosas em outros países desde o início do século XX, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente na região nordeste, considerando as iniquidades regionais do país (BRASIL, 2009).

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade (BRASIL, 2009).

São importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção (BRASIL, 2009).

Em 2005 o Ministério da Saúde elaborou o manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal que sistematizou as experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal e dos comitês, com o objetivo de ampliar a mobilização e o comprometimento

dos gestores e profissionais de saúde do país para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos com maior potencial de prevenção (BRASIL, 2009).

Em 2010 através da portaria 72 o Ministério da Saúde estabeleceu que a vigilância do óbito infantil e fetal fosse obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde, pois a identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal possibilitaria a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2010b).

No Estado do Paraná, após a implantação da Rede Mãe Paranaense além dos comitês de mortalidade materno infantis municipais já existentes foram instituídos outros comitês a nível regional que receberam a denominação de GTARO (Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos) (PARANÁ, 2017).

O GTARO tem como a finalidade de coletar dados e gerar informações que detectem fragilidades na rede de assistência visando à melhoria da assistência materno-infantil, possibilitando intervenções para desencadear ações institucionais rápidas e organizadas nas redes de assistência, na regulação e na vigilância em saúde (PARANÁ, 2017).

2.3 MODELO DE REDES DE ATENÇÃO

Ao contrário do modelo de redes, no modelo anterior de atenção à saúde ocorria fragmentação do cuidado, pois os pontos de atenção à saúde permaneciam isolados e incomunicados uns dos outros. Não havia população adscrita de responsabilização (MENDES, 2011).

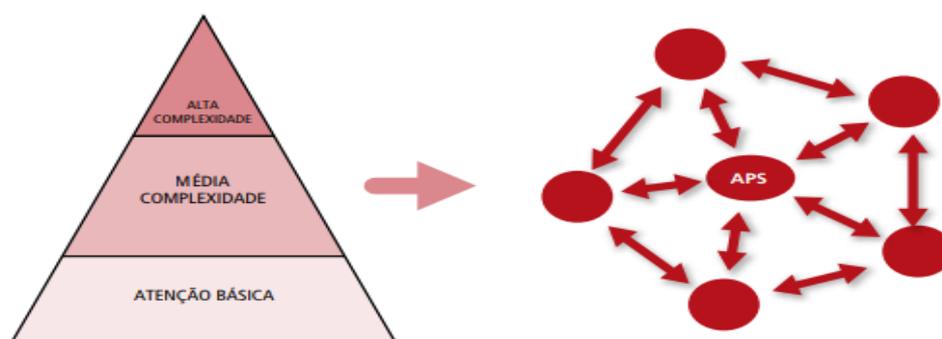
No modelo fragmentado a atenção primária à saúde não se comunicava fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulavam adequadamente com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011) nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia.

No novo modelo todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam

(BRASIL, 2010a). Nele, a Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010a). Os modelos de atenção à saúde estão esquematizados na figura 1.

Figura 1 - Representação gráfica do modelo hierárquico e do modelo de redes.



Fonte: MENDES, 2011.

As Redes de Atenção à Saúde constituem uma nova 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 (MENDES, 2011).

A portaria 4279 do Ministério da Saúde de 30 de dezembro de 2010 define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) 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, 2010a).

Segundo Mendes (2011) as Redes de Atenção à Saúde devem prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente, ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis, focando-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde com responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população (MENDES, 2011).

Para a organização das Redes de Atenção à saúde foram definidas as Regiões de Saúde que correspondem a um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de

transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

2.4 REDES DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIS

2.4.1 Rede Cegonha

No ano 2000 ocorreu uma reunião com representantes de 189 países na sede das nações unidas em Nova Iorque na qual foram traçadas oito metas a serem alcançadas no intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas no mundo todo denominadas “objetivos para o desenvolvimento do milênio” (UNICEF BRASIL, 2018).

Os objetivos de números quatro e cinco referiam-se diretamente à saúde materno-infantil. O objetivo de número quatro visava à redução em dois terços da taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos registrada em 1990 até o ano de 2015 e o de número cinco almejava reduzir a mortalidade materna em três quartos nesse mesmo intervalo de tempo (UNICEF BRASIL, 2018).

Em 2011, através da portaria 1459, o Ministério da Saúde criou o Programa Rede Cegonha no intuito de honrar o compromisso assumido pelo Brasil de cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio, em especial as metas quatro e cinco, as prioridades do pacto pela vida e a portaria 4279 que estabelece as diretrizes para a implantação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Esse programa tinha por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e conseqüentemente consiga reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Essa política pública possuía os seguintes componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e por último o sistema logístico de transporte sanitário e regulação.

Em relação ao componente pré-natal o grande diferencial foi a disponibilização do teste rápido de gravidez que possibilitaria a captação imediata

das gestantes e dessa forma o pré-natal teria início em idades gestacionais mais precoces.

Esse componente determinava que o acolhimento fosse realizado com classificação de risco e a vinculação à maternidade em que será realizado o parto ocorresse durante o pré-natal, tentando dessa forma cumprir algo que já era previsto na portaria 569 do Ministério da Saúde instituída no ano 2000 e na lei federal 11.634 sancionada em 2007. Também previa acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno e apoio às gestantes nos deslocamentos para consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011).

No componente parto e nascimento estavam previstos acolhimento com classificação de risco e a suficiência de leitos obstétricos e neonatais inclusive de unidade de terapia intensiva, semi-intensiva e canguru de acordo com as necessidades regionais. Pretendia-se implantar práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências e também a garantia do direito a um acompanhante durante o acolhimento, no trabalho de parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2011).

Em relação ao puerpério e atenção integral à saúde da criança buscavam-se promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável e também orientar e oferecer métodos contraceptivos. Como atitudes inovadoras estavam previstas a visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e também a realização de busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2011).

O sistema logístico de transporte sanitário e regulação visava à promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011).

Pretendia-se implantar o modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto e também a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial de consultas e exames (BRASIL, 2011).

Além do teste rápido de gravidez também estavam previstos novos exames de pré-natal que seriam custeados pelo Ministério da Saúde: teste rápido de HIV

(vírus da imunodeficiência humana) e sífilis, urocultura, coombs indireto se gestante Rh negativa, mais um exame de hematócrito e hemoglobina e a ampliação da ultrassonografia obstétrica para todas as gestantes. Para as gestantes de alto risco de acordo com a necessidade, poderiam ser realizados contagem de plaquetas, eletrocardiograma, ultrassonografia obstétrica com doppler e dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico (BRASIL, 2011).

Buscando a integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde estabeleceu como parte integrante da Rede Cegonha o pré-natal do parceiro a partir de 2016. Desta forma, é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo (BRASIL, 2016a).

Assim, compete aos profissionais de saúde oferecer na primeira consulta de pré-natal os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C para o parceiro, atualizar seu cartão de vacinas e acolher as queixas agendando consultas com a equipe de saúde se for necessário (BRASIL, 2016a).

É imprescindível estimular o parto natural, o aleitamento materno e a presença dos parceiros em todas as consultas de pré-natal e durante o trabalho de parto. O Pré-Natal do Parceiro propõe-se a ser uma das principais 'portas de entrada' aos serviços ofertados pela atenção básica em saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2016a).

Em 1990 a mortalidade em menores de cinco anos no Brasil foi de 60,8 óbitos por mil nascidos vivos e em 2015 esse indicador foi de 16,4 óbitos em crianças abaixo de cinco anos por mil nascidos vivos. Assim, houve queda de 73,0% nesse indicador, portanto superior aos 66,0% proposto pela ONU. Na verdade, o objetivo quatro do desenvolvimento do milênio já havia sido alcançado no Brasil três anos antes em 2012 (UNASUS, 2015).

Em relação à mortalidade materna não foi possível o alcance da meta de redução de 75,0% proposta pela ONU já que entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56,0% (BRASIL, 2018). Dessa forma o Brasil reiterou a meta com a ONU para que em 2030 consiga

reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 óbitos maternos a cada 100 mil crianças nascidas vivas (BRASIL, 2018).

Após 26 anos em queda o coeficiente de mortalidade infantil brasileiro aumentou 2,4% em 2016 em relação ao ano de 2015. Essa elevação foi atribuída principalmente ao aumento do componente pós-neonatal e as causas diarreicas em todas as regiões do Brasil com exceção da região sul (REIS, 2018).

A crise econômica levou à estagnação de programas sociais e pode ter favorecido mortes de causas evitáveis, como diarreias e pneumonias aliada à queda na cobertura vacinal, que propicia o retorno de doenças já erradicadas (SBM, 2018).

Uma hipótese plausível é de que os cortes orçamentários causados pela Emenda Constitucional 95 podem ter comprometido a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família dificultando o acesso da população aos serviços de saúde (REIS, 2018).

A epidemia de Zika, que colocou o Brasil em emergência sanitária entre novembro de 2015 e maio de 2017, foi apontada pelo Ministério da Saúde como um dos motivos por trás do aumento da taxa de mortalidade infantil no Brasil (SBM, 2018).

2.4.2 Rede Mãe Paranaense

No Estado do Paraná a Rede Materno- Infantil foi implantada em 2011 recebendo a denominação de Rede Mãe Paranaense, a qual almejava que o Paraná fosse até 2020, o Estado com uma rede de atenção materno-infantil com padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis (PARANÁ, 2012).

Esse programa constitui-se de um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018b). Os objetivos do programa podem ser esquematizados através do Mapa Estratégico conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2 - Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense.

MISSÃO	- Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de 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 materno-infantil 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. - Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.
PROCESSOS	- Melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-infantil; - 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	- 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 materno-infantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da rede de atenção materno-infantil; - Consolidar sistema de governança da rede de atenção materno-infantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	- Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizar 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: PARANÁ, 2018b.

No Paraná, as gestantes são classificadas na primeira consulta em risco habitual, intermediário e alto. Essa estratificação deverá ser feita e revista a cada consulta ficando a critério da equipe de saúde encaminhar as gestantes de risco intermediário para atendimento por equipe multiprofissional nos Centros Mãe Paranaense. Já as pacientes consideradas alto risco devem ser encaminhadas ao atendimento nesses centros (PARANÁ, 2018b).

Ficou estabelecido que gestantes de risco habitual fossem aquelas que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou de agravo. Já as gestantes de alto risco seriam aquelas que

apresentam doenças prévias à gestação ou que desenvolvessem intercorrências clínicas na gestação atual (PARANÁ, 2018b).

Quanto ao nível intermediário, este valoriza os determinantes sociais da saúde, pois considera fatores de risco relacionados às características individuais, sociodemográficos e de história reprodutiva anterior. Assim, de acordo com a linha guia 2018 da Rede Mãe Paranaense as gestantes que apresentassem alguma das características a seguir tais como raça negra ou indígena, com mais de quarenta anos, analfabetas ou com menos de três anos de estudo, com histórico de aborto, natimorto ou óbito fetal em gestação anterior são consideradas gestantes de risco intermediário (PARANÁ, 2018b).

Todas as gestantes que forem encaminhadas a outro nível de atenção também permanecem sob a responsabilidade e os cuidados da equipe de saúde da atenção primária, sendo que as de risco habitual são manejadas apenas nesse nível assistencial (PARANÁ, 2018b).

As gestantes de risco intermediário quando encaminhadas pela atenção primária devem passar ao menos por uma consulta individual no Centro Mãe Paranaense no primeiro trimestre para avaliação. Caso seja necessário, a equipe multiprofissional deverá agendar novos atendimentos (PARANÁ, 2018b).

A gestante de alto risco poderá ser encaminhada tanto para o ambulatório do hospital de referência de alto risco quanto para o Centro Mãe Paranaense, dependendo da configuração da Rede Mãe Paranaense na região. São previstas pelo menos cinco consultas para gestação de Alto Risco nos ambulatórios especializados, durante o período da gestação (PARANÁ, 2018b).

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o Painel de Bordo que permite aos municípios, às regionais de saúde, aos serviços de saúde e à Secretaria de Saúde do Estado a reflexão através dos indicadores processados (PARANÁ, 2018b). O painel de bordo esta reproduzido a seguir na figura 3.

Figura 3 - Painel de Bordo da Rede Mãe Paranaense.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1. Reduzir mortalidade materna e infantil.	1.1. Razão de morte materna na macrorregião 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil na macrorregião
	2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede
Processo	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação
		3.2. Cobertura vacinal em menores de um ano
		3.3. Índices de cesarianas
	4. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança.	4.1. % de gestantes estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense
		4.2. % de crianças estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense
5. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1. % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco	
Gestão	6. Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil.	6.1. % de gestantes estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense e aos Hospitais de Referência
		6.2. % de crianças estratificadas de risco e vinculadas ao Centro Mãe Paranaense

Fonte: PARANÁ, 2018b.

Além do monitoramento através dos indicadores do painel de bordo também foi instituído o monitoramento do “near miss” materno em hospitais, pois os profissionais que atendem pacientes no serviço de maior complexidade podem identificar situações de fragilidade da rede e fornecer informações relevantes (PARANÁ, 2018b).

A organização mundial da saúde (OMS) define o “near miss” materno como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou até 42 dias de puerpério (PARANÁ, 2018b).

Especialmente nos países em desenvolvimento, o perfil destas mulheres e as causas envolvidas são semelhantes ao daquelas que evoluíram para o óbito

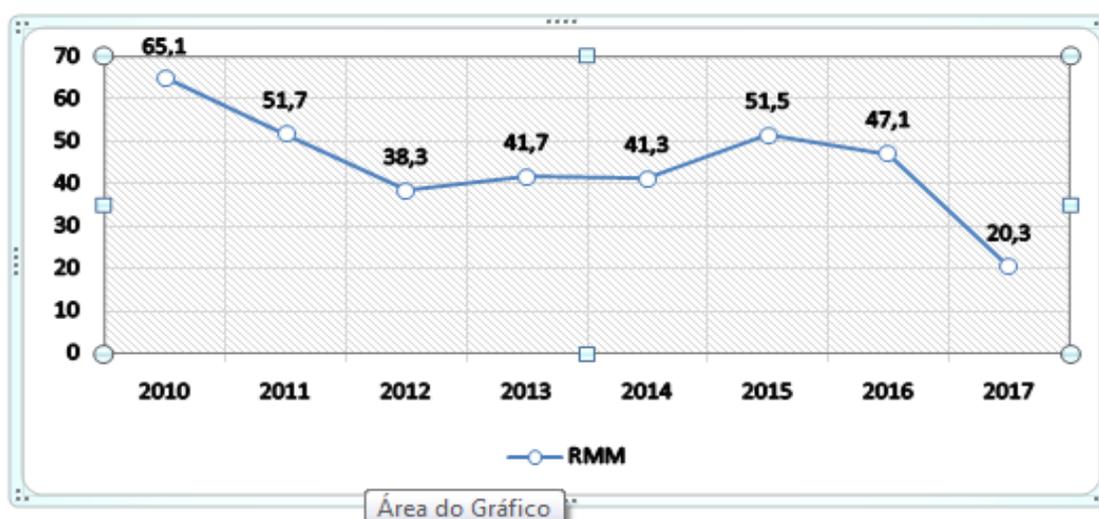
materno. Assim, justifica-se a validade de estudar estes casos, e planejar melhor as ações na saúde da mulher, para a melhoria da assistência obstétrica e redução da mortalidade materna (VIANA *et al.*, 2011).

2.4.3 Evolução dos indicadores Razão de Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil no Estado do Paraná e na 17ª Regional de Saúde após a Rede Mãe Paranaense

No Paraná em 2010, antes da implantação da Rede Materno Infantil, a razão de mortalidade materna foi 65,1 óbitos maternos a cada cem mil crianças nascidas vivas (PARANÁ, 2018b).

Após sua implantação em 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e de acordo com dados preliminares de 2016 e 2017 esse indicador foi respectivamente: 51,7; 38,3; 41,7; 41,3; 51,5; 47,1 e 20,3 óbitos maternos a cada cem mil crianças nascidas vivas, conforme ilustrado na figura 4 (PARANÁ, 2018b).

Figura 4 - Série histórica da Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos) no Paraná 2010 - 2017.

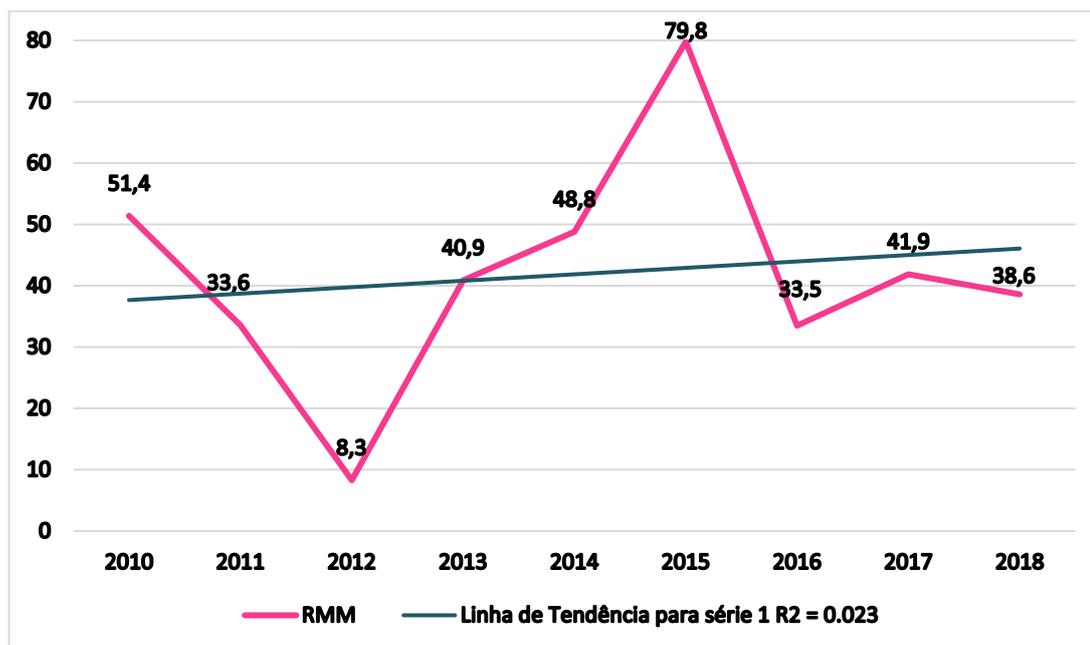


Fonte: Dados da linha guia da Rede Mãe Paranaense, 2018.

Também de acordo com a linha guia, entre 2011 e 2016 observou-se no Estado que 84,3% dos óbitos maternos eram evitáveis. Sendo que 71,0% deles foram atribuídos a deficiências na atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23,0% relacionados a causas sociais e 6,0% ao planejamento familiar e outros (PARANÁ, 2018b).

Na 17ª Regional de Saúde desse mesmo Estado a razão de mortalidade materna em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018 foi respectivamente 51,4; 33,6; 8,3; 40,9; 48,8; 79,8; 33,5; 41,9 e 38,6, conforme ilustrado na figura 5 (PARANÁ, 2018a).

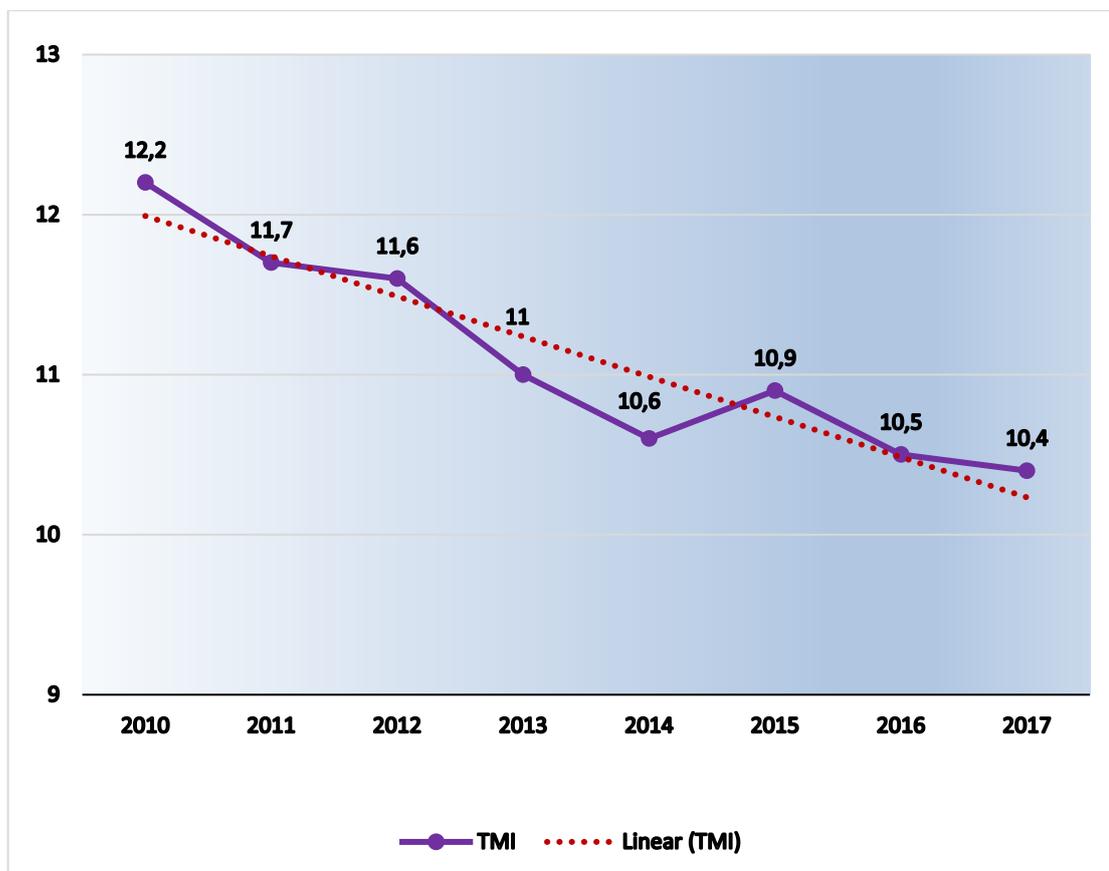
Figura 5 - Série histórica da Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos) na 17ª Regional de Saúde do Paraná. 2010 - 2018.



Fonte: PARANÁ, 2018a.

A mortalidade infantil em 2010 no Paraná foi de 12,2 óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidas vivas. Após a Rede Mãe Paranaense atingiu em 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, e segundo dados preliminares de 2016 e 2017 respectivamente 11,7; 11,6; 11,0; 10,6; 10,9; 10,5 e 10,4 óbitos em crianças menores de um ano a cada mil nascidas vivas, conforme ilustrado a seguir na figura 6 (PARANÁ, 2018b).

Figura 6 - Série histórica do coeficiente de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) no Estado do Paraná. 2010 - 2017.

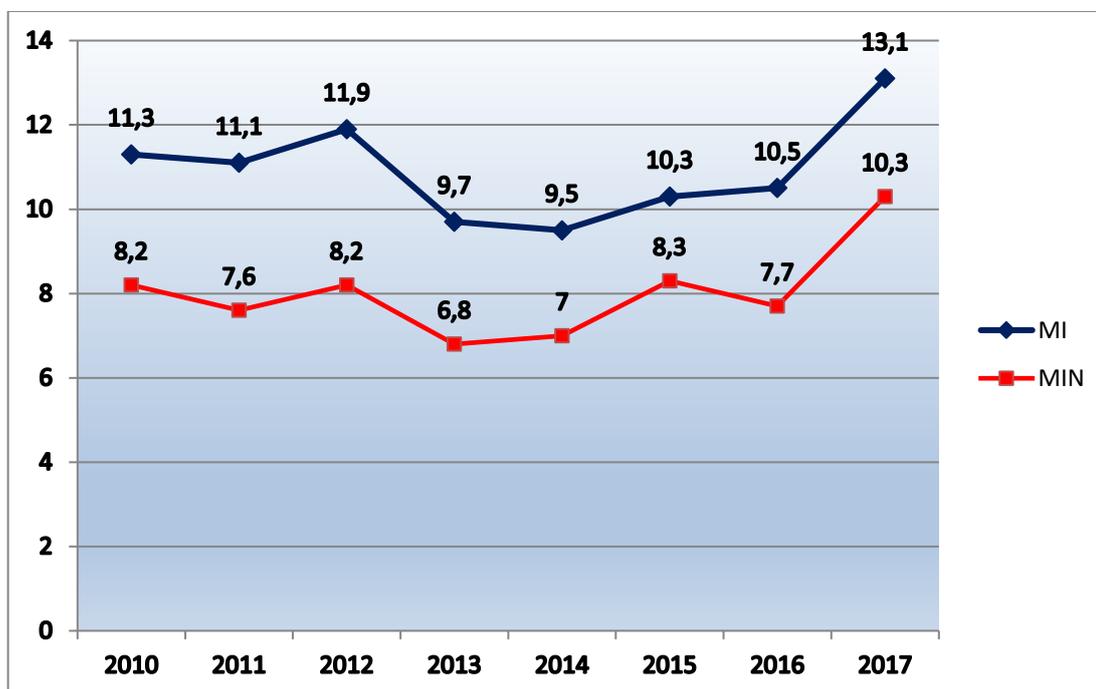


Fonte: Dados da linha guia Rede Mãe Paranaense, 2018.

Na 17ª Regional de Saúde a mortalidade infantil em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 foi respectivamente 11,3; 11,1; 11,9; 9,7; 9,5; 10,3; 10,5 e 13,1 conforme ilustrado na figura 7 (PARANÁ, 2018a).

Nessa regional, o maior componente da mortalidade infantil foi o neonatal (de 0 a 27 dias a pós o parto) que correspondeu a mais de 50% do total da mortalidade (DATASUS, 2018). Assim, a mortalidade infantil neonatal nos anos acima citados foi respectivamente 8,2; 7,6; 8,2; 6,8; 7,0; 8,3; 7,7 e 10,3 conforme apresentado a seguir na figura 7 (DATASUS, 2018).

Figura 7 - Série histórica do coeficiente de Mortalidade Infantil (MI) e Mortalidade Infantil Neonatal (MIN) por mil nascidos vivos na 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2010 - 2017.



Fonte: O próprio autor a partir de dados do DATASUS.

Lansky *et al.* (2014) realizaram um estudo com abrangência nacional e encontraram maiores taxas de mortalidade neonatal em crianças cujas mães tiveram atenção inadequada no pré-natal e durante o trabalho de parto/parto. Dessa forma, torna-se relevante estudar a estruturação da Rede Mãe Paranaense bem como o monitoramento e as estratégias de articulação desenvolvidas entre os pontos de atenção nessa regional no intuito de desvelar possíveis fragilidades.

3 OBJETIVO GERAL

Compreender como ocorre o monitoramento e a articulação entre os diferentes pontos de atenção às gestantes na Rede Mãe Paranaense da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a Rede Mãe Paranaense na 17ª Regional de Saúde do Paraná.
- Conhecer os dispositivos de monitoramento da rede que avaliam o processo de referenciamento de gestantes e a articulação entre os diferentes pontos de atenção.
- Identificar as fragilidades relacionadas à operacionalização da Rede Mãe Paranaense a partir das estratégias de monitoramento.
- Analisar as estratégias de articulação desenvolvidas entre os pontos de atenção para garantia da qualidade e continuidade do cuidado prestado às gestantes.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. Essa pesquisa está inserida em um projeto maior intitulado “Estratégias inovadoras de cooperação para regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”.

De acordo com Yin (2001) os estudos de caso constituem a estratégia de pesquisa preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

A regional de saúde estudada localiza-se na região norte do Estado do Paraná sendo composta por 21 municípios, conforme ilustrado na figura 8.

Figura 8 - Mapa da 17ª Regional de Saúde do Paraná.



Fonte: PARANÁ, 2015.

Essa regional tinha em 2018 população estimada de aproximadamente 956 mil habitantes (DATASUS, 2018). Nesse mesmo ano, também conforme o

DATASUS a sede da regional Londrina tinha população estimada de 563 mil habitantes. O segundo, terceiro e quarto municípios mais populosos Cambé, Rolândia e Ibiporã possuíam em 2018 estimativas de 105 mil, 65 mil e 53 mil habitantes respectivamente. Os outros municípios que integram a regional são em sua maioria de pequeno porte, possuindo menos de 20 mil habitantes conforme demonstrado na tabela 1 (DATASUS, 2018).

Tabela 1 - População estimada na 17ª Regional de Saúde do Paraná em 2018.

Município	Habitantes
Alvorada do Sul	11.306
Assaí	15.289
Bela Vista do Paraíso	15.395
Cafeara	2.914
Cambé	105.704
Centenário do Sul	10.891
Florestópolis	10.646
Guaraçi	5.473
Ibiporã	53.970
Jaguapitã	13.494
Jataizinho	12.536
Londrina	563.943
Lupionópolis	4.894
Miraselva	1.816
Pitangueiras	3.185
Porecatú	13.084
Prado Ferreira	3.726
Primeiro de Maio	11.114
Rolândia	65.757
Sertanópolis	16.323
Tamarana	14.548
Total	956.008

Fonte: DATASUS, 2018.

4.3 COLETA DE DADOS E SUJEITOS DO ESTUDO

Realizou-se a análise de alguns documentos fornecidos pela 17ª Regional de Saúde visando obter conhecimentos sobre a estruturação da Rede Mãe Paranaense e os indicadores de mortalidade materno-infantil nessa regional. Também foram realizadas entrevistas orientadas por um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras a respeito dos mecanismos de monitoramento da rede e os protocolos

de referência e contra-referência. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador após cada uma delas.

Segundo Minayo (2001) a entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo que busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, contudo não corresponde a uma conversa desprestenciosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Optou-se por uma amostra intencional de 20 informantes-chaves buscando dessa forma entrevistar profissionais dos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), bem como do setor de regulação ambulatorial e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e gestores visando à obtenção de um panorama da rede na região.

Na pesquisa qualitativa ao contrário da quantitativa a amostra não é definida de forma aleatória e com um grande número de participantes, mas sim através da escolha dos sujeitos que podem responder melhor a pergunta de pesquisa. A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (MINAYO, 2001).

O essencial não é quantificar e mensurar e sim captar os significados (FRASER; GONDIM, 2004). De acordo com Minayo (2001) a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Foram entrevistados nove médicos, 10 enfermeiros e um farmacêutico entre janeiro e abril de 2019. Esses profissionais trabalham em um dos quatro municípios mais populosos da regional, sendo que alguns trabalham em mais de um município e/ ou em mais de um ponto de atenção da rede.

Entre os 10 enfermeiros entrevistados três têm especialização em obstetrícia. Dos profissionais médicos seis cursaram residência médica em ginecologia e obstetrícia, um cursou residência em cirurgia geral, um em medicina de família e comunidade e outro não cursou residência médica. O farmacêutico cursou mestrado e doutorado em saúde coletiva.

Entre todos os entrevistados onze profissionais prestam atendimento ambulatorial à gestantes de risco habitual e intermediário; quatro realizam

atendimento hospitalar à gestantes risco habitual e intermediário; dois trabalham no ambulatório de risco intermediário e alto; três atuam no atendimento hospitalar de alto risco; um é integrante da equipe de matriciamento em ginecologia e obstetrícia de Londrina; dois profissionais integrantes do comitê de mortalidade materno infantil, dois gestores e um ex-gestor de hospital de risco intermediário, um gestor da regional, um médico regulador do SAMU que também presta atendimento pré-hospitalar às gestantes, dois profissionais reguladores dos ambulatórios de risco intermediário e alto. É preciso destacar que alguns destes profissionais foram escolhidos justamente porque trabalham em mais de um ponto de atenção e desempenham várias funções diferentes na rede.

Para assegurar o sigilo dos participantes foram utilizados códigos nos excertos de falas. Os médicos participantes foram identificados com a letra M em M1 até M9, os enfermeiros com a letra E de E1 a E10, os enfermeiros com especialização em obstetrícia como O1, O2 e O3, os gestores e ex-gestores com a letra G de G1 a G4, os integrantes do comitê de mortalidade como C1 e C2, os reguladores como R1, R2 e R3 e o médico integrante do matriciamento como M*, conforme mencionado anteriormente nessa caracterização alguns profissionais desempenham mais de uma função dentro da rede.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para interpretação dos resultados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Segundo essa autora o analista é como o arqueólogo, pois trabalha com vestígios (documentos) que podem descobrir ou suscitar (BARDIN, 2004). Dessa forma, as interpretações a que levam as inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer em profundidade, certas afirmações aparentemente superficiais (CÂMARA, 2013).

Na primeira etapa realizou-se a leitura flutuante das entrevistas de modo a conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (BARDIN, 2004).

Após a apropriação do texto com profundidade foi realizada a codificação deste em recortes temáticos. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de

aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2004)

Por último foi realizado o tratamento dos resultados utilizando-se a inferência ou dedução lógica baseada no contexto que consiste na interpretação propriamente dita. Esta fase vai além do conteúdo manifesto nas entrevistas, pois interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (CÂMARA, 2013).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) por meio do CAAE 04165518.2.0000.5231. Também foi obtida a autorização da regional de saúde pesquisada e do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) antes da realização do estudo. Além disso, cada participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido antes de iniciar a entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS GESTANTES NA REDE MÃE PARANAENSE DA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

O atendimento prestado às gestantes de risco habitual a nível ambulatorial é realizado pela equipe de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme preconizado pela linha guia do programa Rede Mãe Paranaense.

As gestantes de risco intermediário podem ser encaminhadas aos Centros Mãe-Paranaense a critério da equipe de saúde das UBS, pois de acordo com linha guia desse programa publicada em 2018, a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco (PARANÁ, 2018b). 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 de atenção primária continua responsável pelo cuidado a ela (PARANÁ, 2018b).

Assim, quando encaminhadas, estas passam por avaliação por equipe multiprofissional. Se for preciso, essa equipe deverá agendar novos atendimentos conforme a necessidade (PARANÁ, 2018b).

As gestantes de alto risco, também de acordo com a linha guia, devem obrigatoriamente ser encaminhadas para atendimento nos Centros Mãe-Paranaense ou nos ambulatórios de gestação de alto risco. São previstas cinco consultas para gestação de alto risco nesses ambulatórios ou no Centro Mãe Paranaense, durante o período da gestação (PARANÁ, 2018b).

Os partos das gestantes residentes na área de abrangência da 17ª Regional de Saúde são realizados de acordo com a estratificação de risco conforme orientação da linha guia em hospitais conveniados da rede para atendimento de partos de risco habitual, intermediário e alto.

5.1.1 Ambulatórios de Risco Habitual

Os atendimentos às gestantes de risco habitual são realizados nas 144 unidades básicas de saúde dispersas pelos 21 municípios da 17ª Regional de Saúde conforme descrito a seguir na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde e Cobertura da Atenção Básica por município na 17ª Regional de Saúde, 2019.

Município	Qtd de UBS	Cobertura da AB
Alvorada do Sul	3	100,0%
Assaí	6	100,0%
Bela Vista do Paraíso	4	100,0%
Cafeara	1	100,0%
Cambé	14	92,4%
Centenário do Sul	4	95,0%
Florestópolis	4	100,0%
Guaraçu	3	100,0%
Ibiporã	9	95,4%
Jaguapitã	4	100,0%
Jataizinho	3	100,0%
Londrina	56	57,3%
Lupionópolis	2	70,4%
Miraselva	1	100,0%
Pitangueiras	1	100,0%
Porecatú	4	100,0%
Prado Ferreira	1	92,5%
Primeiro de Maio	4	100,0%
Rolândia	10	84,4%
Sertanópolis	3	100,0%
Tamarana	7	94,8%

Fonte: e-GESTOR, 2019.

5.1.2 Ambulatórios de Risco Intermediário

Quando encaminhadas as gestantes de risco intermediário são avaliadas no Ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).

5.1.3 Ambulatórios de Alto Risco

Existem três ambulatórios especializados para o atendimento de gestantes de alto risco na 17ª Regional de Saúde:

- Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (HC-UEL);
- Ambulatório do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR);
- Ambulatório do Alto da Colina.

5.1.4 Hospitais para Atendimento de Partos de Risco Habitual, Intermediário e Alto

Ficou acordado por meio da reunião da CIR (Comissão Intergestores Regional) de 21 de março de 2013 que os seguintes hospitais fariam partos de risco habitual:

- Maternidade Municipal Lucila Ballalai de Londrina- atendimento às gestantes residentes em Londrina e em Tamarana;
- Hospital São Rafael de Rolândia- atendimento às gestantes residentes em Rolândia, Pitangueiras, Jaguapitã, Guaraci, Cafeara, Lupionópolis, Porecatu e Centenário do Sul;
- Hospital Cristo Rei de Ibiporã- atendimento às gestantes residentes em Ibiporã, Jataizinho, Sertanópolis, Primeiro de Maio e Alvorada do Sul;
- Hospital Pró-Vida de Assaí- atendimento às gestantes residentes em Assaí;
- Santa Casa de Cambé- atendimento às gestantes residentes em Cambé, Prado Ferreira, Miraselva, Florestópolis e Bela Vista do Paraíso.

Segundo deliberação da Comissão Intergestores Regional de 21 de março de 2013 ficou acordado o seguinte referenciamento para realização de partos de risco intermediário:

- Maternidade Municipal Lucila Ballalai de Londrina- atendimento às gestantes residentes em Londrina e em Tamarana;
- Hospital Cristo Rei de Ibiporã- atendimento às gestantes residentes em Ibiporã, Assai, Jataizinho, Sertanópolis, Primeiro de Maio e Alvorada do Sul;
- Hospital São Rafael de Rolândia - atendimento às gestantes de Rolândia, Pitangueiras, Jaguapitã, Guaraci, Cafeara, Lupionópolis, Centenário do Sul e Porecatu;
- Santa Casa de Cambé – atendimento às gestantes de Cambé, Bela Vista do Paraíso, Florestópolis, Prado Ferreira e Miraselva.

O Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná e o Hospital Evangélico de Londrina são referência para as gestantes de alto risco residentes em toda área de abrangência da 17ª Regional de acordo com a linha guia do programa Rede Mãe Paranaense publicada em 2018.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Após a análise emergiram três categorias temáticas: Monitoramento da Rede Mãe Paranaense, Fragilidades da Rede Mãe Paranaense e Iniciativas para Melhoria da Rede Mãe Paranaense.

5.2.1 Monitoramento da Rede Mãe Paranaense

O monitoramento verifica se o desenrolar das ações de uma dada estratégia aponta para o alcance de metas e objetivos. Consiste em acompanhar o monitorado de forma mais frequente por meio de observações, pareceres, coleta de dados, medições, indicadores, tabulações, compilações (CONASS, 2016).

As equipes de saúde e os gestores devem estar atentos à análise dos indicadores de saúde, pois estes quando avaliados adequadamente revelam um grande potencial para qualificar as ações de saúde notadamente pelo cálculo da cobertura dessas ações (PEREIRA; TOMASI, 2016).

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que permite aos municípios, às

regionais de saúde, aos serviços de saúde e à Secretaria da Saúde do Estado a reflexão através dos indicadores processados no equilíbrio entre os objetivos, as metas e a missão desenvolvidos no mapa estratégico (PARANÁ, 2018b).

Segundo alguns participantes o painel de bordo não tem sido muito utilizado sendo mais frequente o uso de planilhas, que foram idealizadas e construídas justamente para obter parte dos indicadores do painel.

Na prática faz bastante tempo que não monitoramos o painel de bordo como um todo, pois grande parte dos indicadores dele dependem de um monitoramento manual dos casos. Então estamos fazendo a seguinte estratégia de monitoramento: Implantamos uma planilha nos municípios em que conseguimos avaliar em tempo real os indicadores que consideramos prioritários(G4).

A regional fez uma planilha em que colocamos todas as gestantes, as datas das consultas, as que foram encaminhadas para o alto risco e o motivo do encaminhamento, a data que passou por consulta no alto risco (E8).

Existe uma planilha que nós preenchemos colocando se é risco habitual, intermediário ou alto, se foi parto normal ou cesária, o apgar e o peso do bebê (E2/O1).

Existe uma planilha que deve ser preenchida pela UBS, pelo hospital e pela regulação. Então todo o atendimento à gestante, desde sua captação, passando pelo nascimento e puerpério tem sido monitorado através das informações inseridas nessa tabela (M9/R3/G3/C2).

É possível afirmar que a qualidade do processo de gestão e planejamento está íntima e diretamente relacionada à capacidade dos gestores em explorar as potencialidades dos sistemas de informação (GARCIA; REIS 2016).

Outra importante estratégia para aprimoramento das ações de redução da mortalidade é o monitoramento do “near miss”, que é definido como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave ocorrida durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação (PARANÁ, 2018b).

A ocorrência de uma morte materna costuma ser um evento raro dentro de cada serviço, sendo bem mais frequente a ocorrência de casos de mulheres que apresentam complicações graves durante a gestação, mas que não evoluíram para óbito, sendo claro o entendimento de que os fatores predisponentes para o acontecimento do “near miss” e do óbito materno são basicamente os mesmos (SANTANA *et al.*, 2018).

No Brasil, Dias *et al.* (2014) realizaram um estudo com 23.894 puérperas e obtiveram 10,2 casos de “near miss” por mil nascidos vivos e 30,8 casos de “near miss” para cada morte materna, devendo-se ressaltar que este estudo analisou a

ocorrência de “near miss” somente em puérperas sem levar em consideração os casos de abortamento e gestação ectópica.

Nós preenchemos a ficha de quase morte de uma gestante ou puérpera e isso é notificado pela enfermeira do CCIH como um efeito adverso dentro do núcleo de segurança do paciente (E1/G1).

É um formulário eletrônico em que o hospital faz a notificação do caso, posteriormente nós esquematizamos numa planilha as causas e vamos acompanhando em tempo real para ver quais ações preventivas precisamos realizar (G4).

Os casos de “near miss” são discutidos pelo GTARO (Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos) que seria uma nova versão do comitê de mortalidade materno-infantil a nível regional cuja função é discutir esses casos e também óbitos maternos, infantis, fetais.

O GTARO é uma estratégia que a Secretaria Estadual de Saúde solicitou à todas as regionais e que conseguimos implantar em agosto de 2018. Ele faz uma revisão dos óbitos maternos, infantis, fetais e casos de “near miss” e define ações que precisam ser realizadas preventivamente (G4).

Alguns profissionais da pesquisa gostariam de ter acesso aos dados dos casos de “near miss” notificados.

Eu espero que no futuro esses casos sejam discutidos com todos os profissionais e todos os pontos de atenção que atuaram no caso (M9/R3/G3/C2).

Eu sinto falta de um local para discussão dos casos de near miss (E10/O3).

Para a OMS (2014) os achados das avaliações realizadas com a abordagem do “near miss” devem se tornar públicas, pois tais informações têm um considerável valor de apoio para promover ações políticas mobilizando profissionais e a sociedade civil para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres grávidas. A avaliação dos casos de “near miss” materno traz informações que auxiliam o gestor para o fortalecimento de políticas públicas, educação permanente em saúde, gerenciamento de recursos e o estabelecimento de fluxos e referências que correspondem à realidade regional e/ou estadual (PARANÁ 2018b).

Dessa forma, é importante que as informações decorrentes do estudo desses casos não sejam apenas planilhadas, mas também discutidas com os profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção para adoção de medidas preventivas.

Para monitorar e financiar o atendimento especializado realizado pelos consórcios foi implantado o COMSUS (Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) que é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) que nasce com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender as necessidades de saúde da população, alinhando o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) com as redes de atenção à saúde prioritárias (PARANÁ, 2012).

Do mesmo modo através do HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná) ocorreu a formalização de compromissos entre os hospitais e a Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Esses compromissos foram firmados mediante contrato/convênio no qual a Secretaria repassa um montante de recursos financeiros, e os hospitais se comprometem, em contrapartida, a promover a melhoria da qualidade da assistência com o cumprimento de metas pré-estabelecidas pelo contrato/convênio (PARANÁ, 2011).

Jesus (2017) estudou o HOSPSUS em relação ao componente Mãe Paranaense e verificou que o processo de controle, visto inicialmente pelas organizações como uma atividade direcionada a punições e recompensas, foi e ainda é determinante para impulsionar o aprendizado junto às instituições contratualizadas.

O HOSPSUS contribuiu para mudança cultural das organizações incentivando/promovendo a melhoria da comunicação externa, estreitando o relacionamento e favorecendo a troca de experiência entre os representantes dos hospitais, das regionais de saúde, do CRESEMS (Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde), do município sede e outros de dentro e fora de sua regional de saúde, dos consórcios, da central de leitos, do SAMU e da SESA, que se reúnem para discutir problemas correlatos e compartilhar experiências (JESUS, 2017).

Assim, no intuito de avaliar os hospitais são realizadas visitas.

Às vezes vem uma comissão até o hospital verificar o Mãe Paranaense e o HOSPSUS (E1/G1).

Houve a avaliação da Rede Cegonha no hospital. Foi avaliada estrutura física, a quantidade de profissionais, formação dos profissionais e a atuação dos profissionais de acordo com as boas práticas obstétricas baseadas em evidências (E10/O3).

Também ocorrem reuniões na regional com os hospitais e os ambulatórios de risco em que devem ser apresentados indicadores.

Na avaliação do HOSPSUS é feita uma reunião com uma comissão de profissionais da regional, do município em que se localiza o hospital e integrantes do controle social. É um espaço bem flexível que além de avaliarmos indicadores para determinar se o hospital vai ou não receber a totalidade do recurso. Também conseguimos discutir outras questões operacionais (G4).

Nós temos o COMSUS. A cada 4 meses eu preciso ir pessoalmente na regional entregar um relatório de atendimentos do centro mãe paranaense. Existe uma comissão que avalia esse relatório. Também é realizada uma pesquisa por telefone com os usuários. Se perdermos pontos no relatório ou na pesquisa perdemos parte da verba do nosso serviço (E9/R2/O2).

Contudo, as estratégias de monitoramento não abrangem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Dentro do SAMU a quantidade de gestantes encaminhadas aos hospitais fica registrada na tela. Em relação à estratificação de risco precisa abrir ocorrência por ocorrência. Dá pra quantificar, mas não é feita nenhuma análise técnica, não é planilhado. Existe a ouvidoria. Dá pra ter uma noção subjetiva quando alguém faz uma reclamação em relação ao SAMU. Monitoramento objetivo, quantificado eu tenho certeza que não tem (M3/R1).

Não temos nenhum monitoramento estruturado em relação ao SAMU. Dá para avaliar o SAMU de maneira indireta pelo GTARO (G4).

Ao avaliarmos apenas parte dos componentes da Rede Materno-Infantil corremos o risco de ter uma ideia parcial e equivocada de como esta política se encontra em sua totalidade (MATOS, 2015). O SAMU é uma estratégia recente e pela ausência de um instrumento de coleta de dados em âmbito nacional, existe uma escassez de estudos que descrevem a demanda e o atendimento do SAMU (FRAGA-MAIA; SANTOS, 2016).

Dessa forma, é importante que ocorra o monitoramento das ocorrências atendidas por esse integrante da rede para que seja realizada a organização adequada da assistência à saúde assim como o equacionamento dos problemas identificados, obedecendo aos princípios do SUS (CABRAL; SOUZA, 2008).

O SAMU tem um grande potencial de se tornar um observatório de saúde por meio da identificação das principais demandas da população que podem refletir necessidades de saúde e possíveis deficiências de acesso às redes de atenção (FERNANDES, 2017).

5.2.2 Fragilidades da Rede Mãe Paranaense

Foi possível identificar uma série de fragilidades, as quais foram apontadas pelos sujeitos da pesquisa. Uma delas refere-se à falta de médicos ginecologistas nas unidades de saúde.

Em grande parte das UBS do município de Londrina o atendimento às gestantes é realizado por médicos clínicos gerais da Estratégia Saúde da Família, pois não há quantidade suficiente de médicos ginecologistas.

Na perspectiva de sistemas de atenção à saúde estruturados em RAS, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias. Assim, um bom sistema de atenção à saúde há, sempre, de operar com o trabalho conjunto desses médicos. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações que devem ser equilibradas (BRASIL, 2016b).

De acordo com os profissionais da entrevista essa situação provoca um efeito cascata, pois sobrecarrega o atendimento do clínico geral na UBS dificultando o agendamento dos pacientes clínicos. Além disso, por não ser especialista acaba encaminhando um número maior de gestantes aos ambulatórios de risco.

A meu ver deveria haver mais ginecologistas na rede básica de saúde. O atendimento da clínica também fica prejudicado. A agenda de clínica já está pra daqui 5 meses. A gente cobre uma parte pra descobrir outra (M6).

Algumas cidades por não ter ginecologista na UBS encaminham muitas gestantes que não são de risco aos ambulatórios de risco superlotando esses ambulatórios (M5/C1/M).*

Existem muitos casos encaminhados ao alto risco sem necessidade. Mesmo sendo paciente de baixo risco ou intermediário a gente acaba terminando o pré-natal aqui mesmo, porque a paciente pede pra ficar, já que não tem ginecologista na UBS. Na UBS é o clínico geral que faz o pré-natal (M7).

Em outros municípios dependendo da gestão tem uma quantidade maior de ginecologistas nas UBS. Esses profissionais são contratados muitas vezes através de vínculos terceirizados.

Seria melhor se tivéssemos uma gama maior de profissionais da área da ginecologia e obstetrícia. Além disso, nós temos uma dificuldade de estar trabalhando com terceirizados não por causa da qualidade dos profissionais, mas a gente fica na corda bamba, porque amanhã ou depois eles podem não estar mais no serviço (E5).

O estilo de vida e a preocupação com a oportunidade de emprego são os principais fatores que determinam a escolha da especialidade entre os estudantes de medicina (CORSI *et al.*, 2014). Sousa e colaboradores (2014) identificaram em seu estudo que os estudantes de medicina tendem a optar por especialidades de caráter menos generalista e mais especializados, sendo que fatores relacionados à renda financeira, prestígio da especialidade e tempo livre foram os mais valorizados pelos os alunos.

De acordo com dados obtidos da demografia médica cerca de 8,0% dos médicos brasileiros em 2018 possuíam o título de especialista em ginecologia e obstetrícia (IBCMED, 2019). A quantidade de ginecologistas pode parecer adequada quando se analisa a demografia médica, porém caso a sociedade, dirigentes e faculdades de medicina continuem a não garantir a valorização adequada dessa especialidade certamente haverá tendência a esvaziamento em um futuro breve (SOUSA *et al.*, 2014).

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico constitui uma das diretrizes orientadoras para implementação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010a). Em razão de o SUS ser constituído por princípios que prezam pela qualidade da assistência prestada, especialmente nos quesitos acessibilidade e integralidade, a oferta de boas condições de trabalho aos profissionais de saúde é fundamental para a materialização desses princípios (BARALDI *et al.*, 2008).

A precariedade de vínculos empregatícios com rotatividade intensa de profissionais é um dos pontos vulneráveis que pode limitar ou reduzir a capacidade de implementação da Rede Cegonha (GIOVANNI, 2013). As relações estabelecidas no ato de cuidar tais como o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização do cuidado são essenciais (BRASIL, 2010a). Infelizmente, a rotatividade dos profissionais dificulta o estabelecimento do vínculo com a população (CAMPOS; MALIK, 2008). É fundamental o estabelecimento de vínculo com a mulher para melhorar a assistência pré-natal, o qual promoveria o acompanhamento contínuo e longitudinal da gestação (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Outra fragilidade encontrada foi a indefinição da linha guia à respeito do encaminhamento das gestantes de risco intermediário aos ambulatórios especializados. A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA) realizou um

estudo dos nascimentos e da mortalidade infantil entre 2006 e 2010. Essa análise demonstrou que fatores como raça, cor, idade da gestante/mãe, escolaridade e ocorrência de óbitos em gestação anterior impactam a mortalidade materna e infantil. Dessa forma foram estabelecidos os critérios para estratificação da gestante como risco intermediário (PARANÁ, 2018b).

Até o ano de 2017, se a gestante fosse classificada como risco intermediário, deveria ser obrigatoriamente encaminhada ao Centro Mãe Paranaense. A linha guia do programa editada em 2018 menciona que a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante ao pré-natal de risco, o que gera muitas dúvidas e em relação ao encaminhamento das gestantes:

Não dá pra entender o médio risco. Depende da pessoa que atende ter a sensibilidade de encaminhar ou não. Acho que o médio risco precisaria ser melhor abordado(E8).

Eles deixam algumas lacunas ali, que acaba hipertrofiando a agenda do alto risco ou deixando alguns casos de risco para o baixo risco assumir com um certo receio (M8).

Eu penso que é ruim pra gestante e também para o nosso serviço, porque depois se acontece alguma morte materna é a atenção básica que vai ter que responder sozinha porque não encaminhou (E6).

A nota técnica do Ministério da Saúde “Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério” estabelece que compete à atenção básica o atendimento das gestantes de risco intermediário realizando a mitigação dos fatores de risco, ações de prevenção de agravos decorrentes desses fatores, fortalecimento da capacidade de autocuidado e do apoio sociofamiliar bem como o mapeamento dos recursos na família, comunidade, instituições públicas e filantrópicas para apoio à gestante (BRASIL, 2019).

Mesmo com essa restrição de encaminhamento aos ambulatórios especializados, estes permanecem superlotados. Conseqüentemente, outra fragilidade relatada foi a dificuldade de referenciamento para o ambulatório de pré-natal de alto risco.

O tempo de espera médio é de 2 a 3 meses. É uma situação que preocupa porque algumas gestantes têm a necessidade de uma consulta especializada quase que imediata e a gente não tem essa vaga (M5/C1/M).*

Em relação ao pré-natal de risco a vaga sempre existe, mas no tempo necessário às vezes não (M8).

Às vezes demora muito a consulta no centro mãe paranaense, principalmente se o encaminhamento for feito devido a uma patologia que

apareceu no final da gestação daí é difícil conseguir vaga em tempo hábil (E7).

A minha maior dificuldade é agendar gestantes de risco com complicações no final da gestação que necessitem acompanhamento num intervalo mais curto de tempo (E9/R2/O2).

Dias *et al.* (2014) encontraram incidência maior de “near miss” em gestantes de risco. Dessa forma, a fim de prevenir a mortalidade materna, faz-se necessário fortalecer as redes de referência e contra-referência para o atendimento dessas gestantes garantindo acesso aos serviços especializados em tempo oportuno (DIAS *et al.*, 2014).

Além disso, de acordo com um dos profissionais da regulação existe uma variabilidade sazonal do número de vagas nos ambulatórios de alto risco o que foi relatado por outro profissional.

Em algumas épocas do ano há um tempo de espera de 2 meses para consulta no alto risco. Essa fluabilidade de vagas acaba sendo compensada no decorrer do ano. Há períodos em que o tempo de espera é menor que 1 mês (M9/G3/R3/C2).

Em algumas épocas quando um dos médicos do ambulatório de risco tira férias demora mais. Daí pode demorar até 3 meses, porque não há substitutos para esses médicos (M6).

Outro motivo referido por alguns profissionais para demora no agendamento das consultas no ambulatório de alto risco é a necessidade de ter todos os exames de primeiro trimestre realizados para só então a regulação agendar a consulta.

Quando eu estratifico na primeira consulta que é uma gestante de risco eu tenho a obrigação de encaminhá-la com a maior urgência possível. Então eu coloco no sistema, mas eles não regulam porque faltam exames. E aí fica parado no sistema (E4).

Infelizmente eles querem todos os exames prontos para depois regular e isso contribui para a demora no atendimento dessas gestantes nos ambulatórios de risco (E5).

Critérios claros e modalidades de agendamento ágeis são necessários para o agendamento de consultas no pré-natal de alto risco (BRASIL, 2019). No entanto, assim como nas entrevistas, a necessidade de definir o perfil dos atendimentos nos ambulatórios de risco devido à pouca clareza dos critérios estabelecidos pela linha guia foi constatada pelo grupo condutor da rede materno infantil da região (PARANÁ, 2018a).

Posteriormente, a regional reconheceu no mesmo documento que o excesso de exigências e a falta de vagas nesses ambulatorios particularmente no período de férias dificultam a articulação da rede na região (PARANÁ, 2018a).

Além disso, os sujeitos da pesquisa também mencionam a incipiente comunicação entre os pontos de atenção da rede. A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação de que necessitam e de um sistema de comunicação fluido para prestar os cuidados adequados (BRASIL, 2016b).

De acordo com a linha guia do programa Rede Mãe Paranaense de 2018 é fundamental que o Centro Mãe Paranaense elabore um plano de cuidados para a atenção primária, no qual toda orientação de acompanhamento necessária deva ser prescrita (PARANÁ, 2018b).

Eu vejo que a atenção primária não visualiza esse plano de cuidados. Só visualiza quando orientamos a paciente a mostrar esse papel pra enfermeira falando que é um recado nosso pra ela (E9/R2/O2).

Às vezes no caso das gestantes com sífilis eles colocam alguma coisa na planilha específica para essa doença que fica grampeada na carteirinha de gestante. Na maioria das vezes é apenas perguntando pra gestante que a gente tem acesso ao que acontece no alto risco (E6).

A contra-referência é pelo que a gestante fala, não vem papel escrito. Não conseguimos ter acesso ao prontuário do HC e do Alto da Colina (M4).

O plano de cuidados é a ferramenta mais importante para a integração entre as equipes. Ele deve ser elaborado inicialmente pela atenção primária e, com o primeiro ciclo de atendimentos pela equipe especializada, deverá ser complementado com definição das metas terapêuticas e monitoramento das intervenções propostas. O acompanhamento compartilhado quer dizer que a gestante continua a cumprir a agenda de atendimentos na atenção primária, além de agregar os atendimentos no pré-natal de alto risco (BRASIL, 2019).

Um estudo realizado em Cuiabá (MT) por Corrêa e Doí (2014) também evidenciou que não ocorria o preenchimento adequado dos impressos de contra-referência de gestantes de risco. Sendo assim, a exemplo do que acontece na 17ª Regional de Saúde do Paraná, a contra-referência ocorria nesse estudo mato-grossense principalmente a partir do que a gestante relatava.

Até mesmo em relação ao cartão de gestante, que seria a modalidade mais básica de contra-referência, alguns profissionais relatam que ele não tem sido preenchido adequadamente.

Ainda existem questões básicas que precisam melhorar como o pré-natal bem feito com uma carteirinha de gestante preenchida adequadamente(E1/G1).

A maioria dos cartões de pré-natal das gestantes de risco não tem nada anotado. A paciente fala que fez um determinado exame, mas não tem nada anotado(E6).

Existem muitos profissionais que não anotam os exames no cartão de pré-natal e isso ocorre em todos os pontos de atenção (M5/C1/M).*

O cartão de gestante é 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 (PARANÁ, 2018b). A fragmentação do processo de cuidado em tarefas estanques e a circulação de cidadãos entre profissionais e serviços como se fosse uma peça deslizando por uma linha de produção tem resultados ineficazes, desumanos e insuficientes (CAMPOS, 2018).

É de suma importância que os profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal avaliem a paciente de forma integral e registrem suas práticas no cartão de gestante para melhorar o atendimento do sucessor tornando-o mais eficiente e qualificado (BASSANI *et al.*, 2015). É fundamental promover a sensibilização e a capacitação dos profissionais para melhorar os registros nesses cartões (ANVERSA *et al.*, 2012).

A gestante e sua família devem conhecer as informações registradas no cartão de gestante, sendo proativos no monitoramento das ações de cuidado no pré-natal, bem como das situações de risco identificadas (BRASIL, 2019). É um documento da gestante, que deve apresentá-lo em todas as ocasiões para preenchimento. Os profissionais devem registrar os dados requeridos de maneira fiel e completa, em todos os atendimentos do pré-natal, e orientar a gestante sobre seu significado (BRASIL, 2019).

A falta de vagas nos hospitais terciários foi apontada como outra fragilidade e muito relatada pelos profissionais que participaram do estudo.

O principal problema dos hospitais de alto risco é pequeno número de leitos e a grande demanda de atendimentos(M8).

A maternidade está sempre com lotação máxima e com pacientes espalhadas pelo hospital(E10/O3).

Faltam vagas de UTI neonatal. Muitas vezes o parto acaba ocorrendo em um hospital e depois transferimos o recém-nascido para outro hospital e aí acaba repartindo o binômio mãe-filho em hospitais diferentes (M3/R1).

Para tentar minimizar a superlotação dos hospitais terciários, os profissionais do SAMU encaminham pacientes de alto risco para passar por uma avaliação nos hospitais secundários para rever a real necessidade de um leito para essa paciente num hospital de alto risco. Esse procedimento não é algo oficial, mas ocorre com certa frequência e ficou conhecido pelos profissionais do grupo condutor da Rede Mãe Paranaense na 17ª Regional como “pit stop” em alusão ao tempo que um piloto de Fórmula 1 fica parado nos boxes antes de dar prosseguimento a corrida.

Pit stop é quando o SAMU é chamado para atender um caso que de acordo com a linha guia deveria ser atendido num hospital terciário, mas a paciente acaba sendo regulada para um hospital de risco intermediário para uma avaliação para ver se realmente necessita de uma vaga no terciário. O SAMU faz isso porque existe um estrangulamento das referências terciárias que estão sempre lotadas ou trabalhando acima de sua capacidade (G4).

Tal prática é criticada por alguns sujeitos do estudo.

Não é porque o hospital terciário está sobrecarregado a paciente deixou de ser alto risco. Eles encaminham pra cá pra gente avaliar como uma maneira de pressionar, pra ver se resolvemos por aqui sem que a paciente precise ir pro alto risco (M2/G2).

Esse procedimento do SAMU precisa ser muito bem analisado porque isso pode pôr em risco a paciente num serviço que não é adequado para tratar do caso dela (E1/G1).

Eu acho muito arriscado. Se tem algum risco de o bebê nascer mau ou de a mãe ter alguma complicação no parto, esse parto deveria ocorrer no alto risco. Nós lidamos com vidas, então é preciso diminuir o risco ao máximo (M2/G2).

A vinculação do parto é um direito da gestante previsto antes mesmo da implantação da Rede Cegonha pela lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007, a qual também determina que a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária de acordo com o risco gestacional (BRASIL, 2007).

A integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contra-referência com garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulação de vagas, é essencial para a assistência oportuna às gestantes de risco (VIELLAS *et al.*, 2014).

Para garantia da qualidade do atendimento nas redes de atenção à saúde são fundamentais os quesitos segurança e pontualidade. No que diz respeito à

segurança deve-se reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar. Em relação à pontualidade o cuidado deve ser realizado no momento certo evitando atrasos potencialmente danosos (BRASIL, 2010a). Dessa forma conclui-se que o “pit stop” é uma invenção decorrente do subfinanciamento do SUS e incompatível com o modelo de redes de atenção.

Por fim, além do “pit stop” como fator que contribui para a não ocorrência do parto no local apropriado, há outro obstáculo à vinculação do parto que é a dificuldade de acesso das gestantes de alto risco aos hospitais terciários.

Compete à atenção primária estratificar o risco da gestante em cada consulta e vincular essa gestante para o serviço hospitalar de referência para o parto de acordo com a estratificação de risco gestacional. A atenção primária também deve orientar a gestante a procurar esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas durante a gestação se a UBS estiver fechada ou nos primeiros sinais de parto (PARANÁ, 2018b).

A gente orienta as pacientes de risco a procurarem os hospitais terciários, mas elas acabam procurando o hospital do município (E8).

Tive uma situação recente de uma gestante que era alto risco. Ela tinha um hipertireoidismo sintomático, mas não conseguiu ser atendida no HU quando fez procura direta(E4).

Grande parte das gestantes de risco dessa UBS não consegue fazer procura direta em Londrina. Elas não têm meios próprios. Eu oriento ligar pro SAMU e avisar que é alto risco, mas isso não tem funcionado também(E6).

Ela não tem condições financeiras de procurar esses hospitais. Talvez falte até capacidade intelectual para ir lá direto (E8).

A vinculação do parto traz maior qualidade de assistência e segurança para a gestante, ainda que tenhamos dificuldades em operacionalizar isso até hoje(G4).

Viellas *et al.* (2014) verificaram em seu estudo com mais de 23 mil puérperas que ainda é necessário avançar na vinculação do parto, pois apenas 58,7% das mulheres foram orientadas a respeito da maternidade de referência e 16,2% procuraram mais de um serviço para admissão hospitalar. Gottems *et al.* (2015) também evidenciaram que poucas mulheres são orientadas a respeito do local em que devem parir, ocorrendo deslocamento precário e peregrinação antes do parto.

Dias *et al.* (2014) encontraram incidência maior de “near miss” de acordo com o número de maternidades procuradas para admissão para o parto, sendo a

incidência quatro vezes maior em quem procurou três ou mais serviços, quando comparadas àquelas que foram internadas no primeiro serviço procurado.

Uma ação que demonstra a qualidade do fluxo na RAS é a vinculação da gestante à maternidade de referência, dependendo da estratificação de risco. A gestante também deve ter a oportunidade de visitar a maternidade, para conhecer sua localização e acesso, a equipe de profissionais, os locais de atendimento e o funcionamento geral (BRASIL, 2019).

Cabe aos municípios o apoio à gestante e à família para a elaboração do plano de parto, considerando, entre outros aspectos, um necessário deslocamento até o município sede, onde está localizada a maternidade de risco habitual ou alto risco de referência, previamente ao início do trabalho de parto (BRASIL, 2019).

5.2.3 Iniciativas para Melhoria da Rede Mãe Paranaense

Para articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais encontrem alternativas de inserção no serviço e de organização do trabalho que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição de ações (PEDUZZI, 2007).

Essa forma de trabalho traz diversos benefícios, dentre eles, a possibilidade de formar uma rede de relações entre as pessoas, rompendo a visão dominante e individualista das especialidades, permitindo manter uma união e troca de ideias, saberes, vontade e trabalho voltados às práticas inovadoras (UCHOA *et al.*, 2012).

Nesse sentido alguns profissionais têm desenvolvido métodos alternativos de articulação da rede de atenção visando à integralidade do cuidado.

Assim, quando demora o atendimento nos ambulatórios de risco é feito contato telefônico com esses ambulatórios ou com o setor de regulação da secretaria de saúde do município para explicar o caso da paciente e solicitar um adiantamento da consulta.

A coordenadora da UBS liga na secretaria de saúde para tentar agendar mais rápido (M1).

Na secretaria de saúde tem uma pessoa que é referência para os casos de gestantes. É feito sempre contato com ela(E6).

Em alguns casos nós ligamos no CISMEPAR para ver se tem a possibilidade de adiantar a consulta(E3).

Eles oferecem cada vez mais abertura para a gente ligar. Tem uma pessoa de referência no CISMEPAR pra gente ligar e falar da situação da paciente(E4).

Essas ligações e solicitações são valorizadas pelos reguladores dos ambulatórios de risco que tentam atender às demandas.

Quando a UBS encaminha um caso grave fazemos contato telefônico com os ambulatórios e conseguimos uma vaga extra para essa paciente (M9/R3/G3/C2).

Quando a UBS liga solicitando um exame ou adiantamento de consulta, eu sempre tento negociar: Ligo na regulação para tentar liberar o exame e converso com os médicos para fazer um encaixe(E9/R2/O2).

Quando a UBS solicita agendamento de atendimento ambulatorial para um caso que necessita avaliação hospitalar os reguladores ligam para a UBS para orientar a regulação hospitalar via SAMU.

Casos mais urgentes eu ligo e converso com a coordenadora da UBS e explico que esse caso não é pra atendimento ambulatorial e sim para atendimento hospitalar o mais breve possível regulado via SAMU (M9/R3/G3/C2).

Casos de gestantes de risco que precisam antecipar o parto, nós ligamos na UBS e orientamos a coordenadora a ligar para o SAMU e regular a paciente para internação hospitalar (E9/R2/O2).

Os profissionais do ambulatório do CISMEPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema) ligam para as UBS em algumas ocasiões ou para a regional de saúde quando precisam de apoio.

Quando tem algum problema de comunicação eu ligo pessoalmente para a coordenadora da UBS para esclarecer melhor o caso da paciente(M7).

Quando tenho um caso que necessite de um apoio eu aciono a regional de saúde. Quando é um caso muito urgente a regional liga no HC para falar com os docentes do pré-natal de alto risco (E9/R2/O2).

Outra estratégia utilizada, em decorrência da pequena quantidade de ginecologistas na atenção básica no município de Londrina, é o matriciamento de GO.

A equipe de matriciamento tem a função de treinar a equipe da ESF para realização de pré-natal. Essa equipe também tem a função de auxiliar no

atendimento às pacientes, discutir e sanar as dúvidas dos profissionais da atenção primária (M5/C1/M).*

Quando os clínicos da ESF (Estratégia Saúde da Família) que fazem pré-natal têm alguma dúvida ou quando demora muito para agendar consulta nos ambulatórios de risco eles entram em contato com os médicos do matriciamento.

Quando demora muito para agendar consulta no ambulatório de risco eu ligo para a equipe de matriciamento e discuto o caso. Tem algumas pacientes que não podem aguardar a consulta no alto risco sem que a UBS tome uma conduta mais específica (M6).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e técnico-pedagógico às equipes e profissionais de maneira personalizada e interativa (CUNHA; CAMPOS, 2011). Constitui um modelo de produção de saúde de forma compartilhada que rompe com a visão fragmentada tradicional por meio do trabalho interprofissional com enfoque na integralidade, longitudinalidade e na formação de vínculo (UFMA, 2014). Também permite o uso racional de recursos ao criar oportunidade para que um único especialista integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, observa-se que a proposta do trabalho em equipe de saúde está ancorada num cenário com duplo caráter: por um lado, responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas à atenção integral à saúde e, de outro, racionalizar a assistência médica (PEDUZZI, 2007).

Para Arona (2009) o matriciamento vai além da racionalização do atendimento médico, pois considera o apoio matricial um arranjo de gestão que possibilita a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares.

Também de acordo com esta autora muitos profissionais de saúde da rede pública apresentam formação predominantemente voltada para atendimento privado, não conhecendo a história e os preceitos do SUS. Dessa forma, em seu estudo a realização de oficinas com os profissionais de saúde foram momentos importantes para promover discussões e palestras acerca da construção e viabilização do SUS

que contribuíram significativamente para a implantação do matriciamento no município de Capivari (SP) (ARONA, 2009).

O princípio da transversalidade da Política Nacional de Humanização (PNH) busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar e juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Humanização também considera que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, de acordo com essa política, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. (BRASIL, 2013). Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde (BRASIL, 2013).

A governança da rede envolve o planejamento e a articulação estratégica no emprego de recursos, a negociação em torno de objetivos comuns, pactuação de metas e a resolução mediada de conflitos (FLEURY; OUVÉNEY, 2006). Dessa forma busca-se exercer a governança por meio de reuniões multiprofissionais do grupo condutor da Rede Mãe Paranaense com os diversos pontos de atenção.

Segundo os participantes, depois de um ano de discussões esse grupo identificou e sistematizou os principais nós críticos da rede.

O Estado tem a linha guia da Rede Mãe Paranaense que é uma linha guia genérica que não contempla necessariamente as peculiaridades de cada região. É necessário uma flexibilização para atender às necessidades locais. Isso é uma das iniciativas do grupo condutor da Rede Mãe Paranaense (G4).

Foram criadas subcomissões para realizar o aprofundamento dos problemas prioritários como melhoria no processo de regulação ambulatorial e via SAMU. Outras equipes pretendem padronizar condições clínicas que devem ser atendidas na atenção primária e nos ambulatórios de alto risco, indicando quais patologias efetivamente demandam atendimento nos hospitais terciários.

Nós devemos qualificar o processo de regulação, definir em quais situações o "pit stop" pode ou não acontecer. É necessário melhorar a comunicação

entre os pontos de atenção. Tudo isso está na nossa governabilidade, mas vai chegar um ponto em que nós vamos ter que parar porque é necessário ampliação da capacidade instalada tanto de maternidade de alto risco quanto de UTI neonatal (G4).

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum compartilhada com todos os pontos de atenção das redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social (BRASIL, 2019).

Assim, outra ação prevista pelo grupo condutor é adotar um protocolo regional para o atendimento das gestantes. É necessário sensibilizar todos os profissionais de saúde acerca da importância de seguir o protocolo de atenção pré-natal recomendado e sobre a padronização dos cuidados à gestante, de forma a garantir uma boa qualidade da atenção pré-natal (MENDOZA-SASSI *et al.*, 2011).

Acredito que falta sensibilizar os profissionais para aderir aos protocolos e precisa também uniformizar os protocolos (E10/O3).

O que ocorre é um excesso de protocolo. Para uma mesma doença tem o protocolo da FEBRASGO, o protocolo do ministério da saúde, o protocolo do Estado e o protocolo do município. Essa multiplicidade evidencia uma fragmentação no processo assistencial(G4).

Falta uniformizar esses protocolos. É necessário uniformizar as condutas entre todos os profissionais que prestam atendimento à gestante(M8).

Quando nós estamos pensando em rede todo mundo tem que falar a mesma língua. Os pontos de atenção de alto risco precisam convergir e cuidar da gestante da mesma forma. A conduta da atenção básica não pode ser diferente dos pontos secundários e terciários (G4).

Por fim, a 17ª Regional pretende desenvolver cursos de capacitação multiprofissional para divulgar essas mudanças orquestradas pelo grupo condutor, o que vem ao encontro do que foi sugerido por muitos profissionais que participaram da entrevista.

Eu acho que a Rede Mãe Paranaense poderia fazer mais cursos de capacitação com a gente (E8).

Com relação aos médicos quase não têm cursos de capacitação. Acredito que quanto mais cursos melhor (M1).

Seria bom se o SAMU também participasse desses cursos de capacitação (M7).

Precisamos de mais cursos de capacitação, também por termos muita rotatividade de profissionais (E1/G1).

Rodrigues e colaboradores (2011) observaram em seu estudo que para melhorar a adesão ao protocolo de pré-natal seriam necessárias mais capacitações teórico-práticas específicas com o fornecimento de informações e esclarecimentos sobre a importância da incorporação e uso de protocolos assistenciais e a criação de protocolos que promovam a interação do trabalho médico e de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade dos serviços.

A necessidade de criar uma cultura institucional do trabalho em equipe multiprofissional refere-se a todos os tipos de serviços de saúde (unidade básica, serviço especializado, hospitais e serviços de emergência), considerando-se que a organização do trabalho em equipes busca responder ao desafio da integralidade da saúde e que a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é de todo o sistema (CECÍLIO, 1997 *apud* PEDUZZI, 2007).

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas; significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados; é compreender que os problemas só serão solucionados se houver colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos; e, por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede (BRASIL, 2019).

6 CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou conhecer que existe o monitoramento formal dos pontos de atenção à gestante na 17ª Regional de Saúde do Paraná em fase de aperfeiçoamento com a incorporação de novas tecnologias na forma de planilhas. Além disso, a implantação do monitoramento dos casos de “near miss” fornece dados relevantes aos gestores na definição de ações prioritárias para prevenção da mortalidade materna.

Atualmente, os casos de morbidade materna grave são analisados pelo GTARO. Seria produtivo implantar a discussão com cada ponto de atenção que atuou no caso com o objetivo de realizar a educação permanente e a motivação dos profissionais para adoção de medidas preventivas.

Foi possível identificar na fala dos atores que os programas HOSPSUS e COMSUS da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná estão contribuindo efetivamente para o monitoramento da Rede Materno Infantil na região. No entanto, ainda é necessário instituir o monitoramento do SAMU. Os dados que porventura possam ser obtidos com o monitoramento desse integrante da rede podem ser fundamentais para planejamento das ações do grupo condutor materno-infantil na região.

A estruturação da Rede Mãe Paranaense nessa regional apresenta escassez de ginecologistas na atenção básica em alguns municípios. Os ambulatórios para atendimento das gestantes de alto risco estão sobrecarregados e conseqüentemente há maior tempo de espera do que o recomendado. O déficit de vagas de UTI neonatal e de maternidade de alto risco são responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias informais desaconselháveis como o “pit stop” e a separação do binômio mãe-bebê em hospitais diferentes.

Além disso, a integração entre os pontos de atenção ainda apresenta vários déficits decorrentes do excesso de exigências da regulação para o encaminhamento de gestantes de alto risco e pouca clareza em relação aos critérios da linha guia para o encaminhamento das gestantes de risco intermediário. Se ficasse estabelecido formalmente na 17ª Regional de Saúde do Paraná que o risco intermediário é de responsabilidade da atenção básica conforme recomendado na nota técnica do Ministério da Saúde “Saúde da Mulher na Gestação, Parto e

Puerpério de 2019, sobrariam mais vagas para as gestantes de alto risco nos ambulatórios especializados.

O não preenchimento adequado do cartão de gestante e dos impressos de contra-referência também dificulta a comunicação entre os pontos de atenção prejudicando a integralidade do cuidado. Superar a atenção fragmentada é uma tarefa árdua que pode ser minimizada com a implementação de novas tecnologias como a adoção de prontuário eletrônico comum entre todos os pontos de atenção e também por meio da realização de cursos de capacitação visando à padronização de protocolos e à motivação dos profissionais para aprimoramento do trabalho em rede.

Uma importante iniciativa para melhorar o atendimento às gestantes de Londrina é o matriciamento em ginecologia e obstetrícia que fornece apoio pedagógico e retaguarda assistencial aos profissionais de saúde para atendimento pré-natal. Constitui excelente estratégia de integração do trabalho interdisciplinar ao mesmo tempo em que racionaliza o atendimento dos ginecologistas que são escassos na rede básica do SUS nessa cidade.

O matriciamento é uma solução apropriada à falta de ginecologistas e ao despreparo dos médicos da Estratégia Saúde da Família no atendimento às gestantes. A atenção primária, na perspectiva das RAS, deve ter função resolutiva de modo a atender a 90,0% dos problemas de saúde mais comuns (MENDES et al., 2019). A nota técnica do Ministério da Saúde “Saúde da Mulher na Gestação, Parto e no Puerpério” prevê que as equipes de saúde da atenção primária tenham tempo protegido na carga horária para participação nas ações de educação permanente e supervisão clínica propostas pela equipe especializada (BRASIL, 2019).

Mesmo com essas medidas ainda seria necessário contratar mais médicos ginecologistas em alguns municípios. Sobretudo   imprescindível que ocorra a ampliação dos leitos nas maternidades de risco e de UTI neonatal. S  assim será possível pôr fim ao “pit stop” e avançar na vinculação do parto.

REFERÊNCIAS

- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789 - 800, 2012.
- ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 26-36, 2009.
- BARALDI, S. et al. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2004. 227 p. Tradução de: L'analyse de contenu.
- BASSANI, D. C. H. et al. Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade. **Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 67-72, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, 2016a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Debate - Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2016b. 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569 de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 4. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério de Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Agência Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 72 de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal é obrigatória nos Serviços de Saúde

(públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Mortalidade materna no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 11.108, 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 530-540, 2008.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

MENDES, E. V. et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019. 192 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Monitoramento e Avaliação. **Guia de apoio a gestão estadual do SUS**. 2016. Disponível em <<https://www.conass.org.br/quiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/>>. Acesso: 11 jun. 2019.

CORRÊA, Á. C. P.; DOÍ, H. Y. Contrarreferência de mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá. **Revista Ciência e Cuidado de Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 104-110, 2014.

CORSI, P. R. et al. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 213-220, 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso: 04 nov. 2018.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do *near miss* no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 169-181, 2014.

FERNANDES, F. S. L. **O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do município de São Paulo**. 2017. 136 f. Dissertação (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo. 2017.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguihem e Foucault. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2012.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro. Desafios de gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, Portugal, v. 1, n. 2-3, p. 73-83, 2006.

FRAGA-MAIA, H.; SANTOS, M. R. C. Perfil Epidemiológico das Vítimas de Traumatismo Cranioencefálico Atendidas pelo SAMU-SALVADOR. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 6, n. 4, p. 369-378, 2016.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil Neonatal no Brasil**: Situação, Tendências e Perspectivas. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2008, Caxambu - Minas Gerais. Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2008.

FRASER, M. T. D; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde. Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA): São Luis, 2016. 53 p.

GIOVANNI, M. D. **Rede cegonha**: da concepção à implantação. 2013. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública - ENAP. 2013.

GOTTEMS, L. B. D. et al. Acesso à Rede de Atenção à Gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica de Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 95-115, 2015.

IBCMED FACULDADE. **Saiba detalhes da demografia médica no Brasil**. 2019. Disponível em <<https://ibcmmed.com/saiba-detalhes-da-demografia-medica-no-brasil/>>. Acesso: 14 out. 2019.

JESUS, M. J. F. **Contratualização de resultados, controle e aprendizagem**: a experiência do HOSPSUS-Rede Mãe Paranaense. 2017. 169 f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo. 2017.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014.

MATOS, J. C. **Avaliação da Ferramenta Protocolo n. 22**: Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2. ed. Brasília, 2011. 549 p.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 112 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves na gestação**: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Montevideo: OMS, 2014.

PARANÁ. Secretaria da saúde. **COMSUS** (Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde). 2012. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 30 set. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). **Programa Rede Mãe Paranaense**: Linha guia. Curitiba: SESA, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). **Plano diretor de regionalização**. Curitiba: SESA, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). **Resolução SESA n. 224/2017**. Altera a composição do Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos - GTARO, no Estado do Paraná e revoga a Resolução SESA n. 114/2012, e dá outras providências. Curitiba: SESA, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). 17ª Regional de Saúde. **Avaliação da rede mãe paranaense na 17ª regional de saúde**. Londrina: SESA, 2018a. 59 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). COMSUS - Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Rede Mãe Paranaense**: Rede de Atenção à Gestante e Criança. Curitiba: SESA, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). Manual do HOSPSUS. **Programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do sistema único de saúde do Paraná**. Curitiba: SESA, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA). **Programa Rede Mãe Paranaense**. Linha guia. 7. ed. Curitiba: SESA, 2018b. 63 p.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ CEPESC/Abrasco: 2007. p. 1 - 10.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016.

REIS, V. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>>. Acesso: 29 out. 2018.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da

Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

SANTANA, D. S. et al. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. **Revistade de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 2, p. 187-194, 2018.

SBM. Sociedade Brasileira de Microbiologia. **Zika associada ao aumento da mortalidade infantil no Brasil**. 2018. Disponível em <<https://sbmicrobiologia.org.br/zika-associada-ao-aumento-da-mortalidade-infantil-no-brasil/>>. Acesso: 11 dez. 2019.

SOUSA, I. Q; SILVA, C. P; CALDAS, C. A. M. Especialidade médica: escolhas e influências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 79-86, 2014.

UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Mulher**. Maranhão: UNASUS, 2013.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. **Brasil reduz a mortalidade na infância em 20% acima da média mundial**. 2015. Disponível em <<https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-reduz-mortalidade-na-infancia-em-20-acima-da-media-mundial>>. Acesso: 11 dez. 2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2018. Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil/pt/resources>>. Acesso: 8 out. 2018.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal do Maranhão. **A Saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2014. Disponível em: <http://repcursos.unasus.ufma.br/provab_20142/modulo_11/und1/media/pdf/livro.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal do Maranhão. **Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7370/1/GP2U3.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019.

VERDÉLIO, A. **Brasil reduz a Mortalidade Materna, mas continua longe do ideal, diz especialista**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>>. Acesso: 9 out. 2018.

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 22, sup. 1, p. 141-152, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. 85-100, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 19 p.

APÊNDICE

Apêndice A

Questões para entrevista Mãe Paranaense

- 1) Como é feito o atendimento às gestantes de baixo risco na 17^a regional de saúde/seu município?
- 2) Como ocorre a referência e a contra-referência das gestantes de médio e alto risco? Explique.
- 3) Existem dificuldades para o encaminhamento de gestantes de risco. Quais?
- 4) Quais estratégias são utilizadas para contornar as dificuldades de encaminhamento das gestantes de risco?
- 5) O que melhorou e o que ainda falta aperfeiçoar no atendimento prestado à gestante após a implantação da rede mãe paranaense a nível ambulatorial e hospitalar?
- 6) Existem protocolos definidos para o encaminhamento das pacientes? Esses protocolos conseguem abranger todos os casos?
- 7) Você tem conhecimento de alguma estratégia de monitoramento a nível estadual ou regional a respeito da estratificação de risco das gestantes, da ocorrência do parto no hospital apropriado conforme o risco gestacional? Você tem conhecimento de algum tipo de monitoramento da rede mãe paranaense além dos comitês de mortalidade e do indicador mortalidade infantil e razão de mortalidade materna?
- 8) Após a implantação da rede materno-infantil na 17^a regional de saúde a meta do “vaga sempre” no atendimento à gestante tem sido alcançada?
- 9) Existe o monitoramento do “near miss” nos hospitais secundários e terciários nessa regional de saúde?

ANEXOS

Anexo A**Autorização da 17ª Regional de Saúde para pesquisa**

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Coparticipante

Londrina, 27 de agosto de 2018.

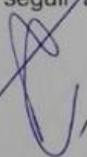
Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da 17ª Regional de Saúde – Londrina/PR, unidade descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Estratégias inovadoras de cooperação para a regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)”** sob a responsabilidade de **Brígida Gimenez Carvalho**, nas nossas dependências, devendo a solicitação de informações e agendamento de entrevistas serem acordadas com as respectivas chefias da unidade, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em julho de 2021.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão servidores que ocupam funções na gestão da 17ª Regional de Saúde e, eventualmente, complementação de dados disponíveis em bases públicas, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,

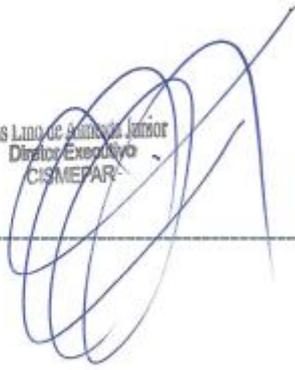


José Carlos Moraes
Diretor da 17ª RS

Anexo B**Autorização do CISMEPAR para pesquisa****Autorização de Pesquisa**

Eu, Luis Lindo de Almeida Junior-----abaixo assinado declaro estar ciente que a pesquisa "Estratégias de cooperação para regionalização em regiões de saúde do Paraná (Brasil) e Marche (Itália) tem como um de seus componentes a pesquisa" Articulação entre os pontos de atenção à gestante na 17 regional de saúde do Paraná: o desafio da integralidade ", a qual está sendo desenvolvida pela aluna Jessika Adriana Bornia Delanheze como pré-requisito para conclusão do mestrado em saúde coletiva na Universidade Estadual de Londrina. Trata-se de entrevistas gravadas e sigilosas com questões abertas sobre o processo de regionalização e referenciamento de pacientes, focando na estruturação da rede materno-infantil na 17 regional de saúde do Paraná, no atendimento prestado às gestantes e nas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde e gestores nos diferentes pontos de atenção para garantia do acesso aos serviços de saúde a continuidade do cuidado dentro da rede. Essa pesquisa já foi devidamente autorizada pela 17 regional de saúde e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. Sendo assim estou ciente e autorizo que a pesquisa referida acima seja realizada nesse estabelecimento Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).

LUIS LINDO DE ALMEIDA JUNIOR
Diretor Executivo
CISMEPAR



Londrina, 14 de março de 2019