



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LAÍS AMÉLIA ROVER MIGUEL

**PARTICIPAÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA
CONSTITUIÇÃO E GOVERNANÇA DA LINHA DE
CUIDADOS MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO NORTE DO
PARANÁ**

Londrina
2022

LAÍS AMÉLIA ROVER MIGUEL

**PARTICIPAÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA
CONSTITUIÇÃO E GOVERNANÇA DA LINHA DE
CUIDADOS MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO NORTE DO
PARANÁ**

Dissertação apresentado à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Fernanda Freitas Mendonça

Londrina
2022

Miguel, Laís Amélia.

PARTICIPAÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO E GOVERNANÇA DA LINHA DE CUIDADOS MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO NORTE DO PARANÁ / Laís Amélia Miguel. - Londrina, 2022.
99 f.

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, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Coletiva - Tese. 2. Consórcios de Saúde - Tese. 3. Linha Materno Infantil - Tese. I. de Freitas Mendonça, Fernanda. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

LAÍS AMÉLIA ROVER MIGUEL

**PARTICIPAÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA
CONSTITUIÇÃO E GOVERNANÇA DA LINHA DE
CUIDADOS MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO NORTE DO
PARANÁ**

Dissertação apresentado à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Stella Maris Lopes Santini
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná –
SESA

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

Londrina, 30 de março de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que abriu a porta do mestrado na minha vida dando-me a oportunidade de viver essa experiência enriquecedora e me ajudou a prosseguir até aqui. A Ele toda a honra e glória.

A minha família Marcos, Noemi, Ane e Ester pelo amor todos os dias, pelo alento nas horas difíceis, pela compreensão na minha ausência. Vocês são a minha recompensa nessa vida.

Aos meus pais, que muito me apoiaram em tudo o que propus fazer, pelo exemplo, pelo incentivo e amor eterno, pelas incontáveis horas em que cuidaram das minhas filhas para que eu pudesse estudar. Assim também a Nara e a toda a família e amigos que sempre me deram suporte, aconselhando, orando e ajudando em tudo o que eu precisava.

A Profa. Dra. Fernanda, minha orientadora, que gentilmente me acolheu desde o primeiro dia de aula, teve paciência e persistência nas minhas dificuldades com a temática. Obrigada por ter me ajudado e ensinado!

A Profa. Dra. Brígida pelas ricas contribuições e direção nesta pesquisa, uma honra poder vivenciar uma pesquisa com a senhora.

A Profa. Dra. Sônia Nicoletto, que gentilmente aceitou o convite para a banca deste estudo e muito enriqueceu este trabalho.

A todo o grupo de pesquisa do GestSUS, com certeza esse estudo é mais um fruto de muitas sementes que vocês têm plantado há anos com tanta competência, dedicação e amor. Que alegria poder aprender com todos vocês. Obrigada de coração Profa. Dra. Fátima, Silvia Karla, João, Edinalva, Stella e demais pesquisadores.

A Juliana Mastine, minha companheira de pesquisa por estar junto ao longo desse processo. E assim como todos os colegas da turma do mestrado, que vivemos as angústias de estudar em plena pandemia, mas mesmo em dificuldades encontraram formas de apoio mútuo.

Aos professores que ministraram ao longo desse mestrado que muito enriqueceram esse aprendizado.

Aos meus amigos de trabalho na APS de Santana do Itararé que me ensinaram diariamente o valor do SUS, em particular Kristian que dividiu comigo as vivências do mestrado.

*Imagine... você vai subir uma trilha íngreme (com um bebê): sente a cansaça, o terreno tortuoso, as pedras.
Você faz uma pausa para o descanso a cada 100 metros, recupera o fôlego, aprecia a vista.
Ao longo da caminhada tem um companheiro que divide o peso, estende a mão para ajudar a passar pelos lugares mais difíceis.
Você encontra com outros aventureiros, indo ou voltando que o incentivam a chegar ao final porque vale à pena.
Ao chegar, conhece a sensação de bem estar, de superação e aprecia aquela oportunidade com gratidão:
Vitória!*

A autora

MIGUEL, Laís Amélia Rover. **Participação dos consórcios de saúde na constituição e governança da linha de cuidados materno infantil na região norte do Paraná.** 2022. 99 fl. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva), Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

Os consórcios públicos de saúde (CPS) representam um instrumento de cooperação federativa que tem sido difundido no Paraná principalmente para apoiar e suprir necessidades de municípios na oferta de serviços. O governo do estado incorporou esse instrumento para o gerenciamento de ambulatórios de atendimento especializado na estruturação da rede de atenção à saúde em algumas linhas de cuidado, entre elas a materno-infantil. O objetivo deste estudo foi analisar a atuação e as relações estabelecidas pelos CPS na governança da Linha de Cuidado Materno Infantil (LCMI) na Macrorregião Norte do Paraná. Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com 28 (vinte e oito) sujeitos, os quais representavam os consórcios, os municípios, os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e os representantes estaduais das regiões de saúde da Macrorregião Norte do Paraná. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021. Os dados foram organizados e analisados por meio da análise do discurso. Os resultados mostraram que os CPS ampliaram a oferta de serviços na LCMI com o incentivo financeiro e coordenação pelo governo estadual das ações realizadas. Foi relatado que as ações de assistência à saúde disponibilizavam um rol ampliado de consultas e exames, por meio de ações multiprofissionais, cujos profissionais eram qualificados. Em decorrência da qualificação da LCMI, alguns representantes dos consórcios e do estado nas regiões de saúde afirmaram que houve melhora da assistência e, conseqüentemente, impacto positivo nos indicadores de mortalidade materno-infantil. Os CPS apoiam por meio da educação permanente as equipes de atenção primária à saúde (APS) da região. Os municípios de pequeno porte necessitam de acompanhamento para gestantes de alto risco e relataram não ter dificuldade no acesso às ações do consórcio, das quais fazem parte tal acompanhamento. Algumas limitações no acesso foram pontuadas em regiões mais populosas. Também foram reportadas dificuldades havidas em função da distância entre os municípios das regiões e o município-sede dos CPS. A regulação de vagas realizada pela APS foi apontada como tendo falhas no processo de estratificação. Essa dificuldade do acesso, porém, também pode ser associada a limitações estruturais e financeiras das ações prestadas pelos CPS. A respeito da governança da LCMI, os CPS podem ser apoiadores dos municípios por meio do grupo condutor e do conselho curador, atuando como espaço para a cooperação dos envolvidos na rede. As negociações nos espaços decisórios ainda refletem um desequilíbrio entre os municípios e entre os municípios e o estado. Foi visto o papel importante do estado, tanto pelo suporte financeiro quanto pela coordenação da rede de atenção à saúde (RAS) no processo de regionalização. Porém, o planejamento das ações a serem desenvolvidas nesta linha de cuidado nas regiões de saúde precisa ser mais alinhado às necessidades regionais e menos centrado no ente estadual. Por fim, a RAS ainda necessita de maior integração entre os pontos de atenção, apesar da

utilização de instrumentos digitais informais que facilitaram a comunicação. Semelhante integração ainda foi relatada como sendo insuficiente para que o cuidado seja continuado. Conclui-se que os CPS participam de forma importante dentro da LCMI na região norte do Paraná tendo o estado como coordenador de suas ações.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Serviços de Saúde Materno-infantil; Regionalização da Saúde; Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

MIGUEL, Laís Amélia Rover. **Participation of health consortia in the constitution and governance of the maternal and child care line in the northern region of Paraná.** 2022. 99 fl. Master's Dissertation (Collective Health), Department of Collective Health, State University of Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

Public health consortia represent an instrument of federative cooperation that have been disseminated in Paraná mainly to support and meet the needs of municipalities in the provision of services. The state government incorporated this instrument for the management of specialized care outpatient clinics in the structuring of the health care network in some lines of care, including maternal and child care. The objective of this study was to analyze the performance and relationships established by the CPS in the governance of the maternal and child care line in the northern macro-region of Paraná. Qualitative research was carried out through interviews with 28 subjects, who represented the consortia, the municipalities, CREMAs and the state representatives of the health regions of the northern macro-region of Paraná. Data collection was carried out between September 2020 and February 2021. Data were organized and analyzed through discourse analysis. The results showed that the CPS expanded the offer of services in the LCMI with the financial incentive and coordination by the state government of the actions carried out. The assistance actions offered were reported to be of good technical quality by the professionals, multiprofessional and with an expanded list of consultations and exams. With this qualification from the LCMI, some representatives of the consortia and the state in the health regions affirmed their influence on the improvement of care and maternal and child mortality indicators. The CPS support PHC teams in the region through continuing education. With regard to access, small municipalities need high-risk follow-ups and most have no access difficulties. Some limitations in access were punctuated in more populous regions and also difficulty due to the distance of the municipalities of the regions to the municipality where the CPS is located. The regulation of vacancies carried out by APS was pointed out as having flaws in the stratification process, but the difficulty of access can also be associated with structural and financial limitations of the actions provided by the CPS. Regarding governance in the LCMI, the CPS can support the municipalities through the steering group and the curator council, being a space for the cooperation of those involved in the network. Negotiations in decision-making spaces still reflect an imbalance between municipalities and between municipalities and the state. The important role of the state was seen, both for financial support, but also as coordinator of the RAS in the regionalization process. However, the planning of actions to be developed in this line of care in health regions needs to be more aligned with regional needs and less centered on the state entity. Finally, the RAS still needs greater integration between the points of care, despite the use of informal digital instruments that facilitated communication, this was still reported as insufficient for care to be continued. It is concluded that the CPS participate in an important way within the LMI in the northern region of Paraná, with the state as the coordinator of their actions.

Keywords: Health Consortia; Maternal-Child Health Services; Regional Health Planning; Delivery of Health Care; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Histórico da criação dos consórcios no Brasil	25
Figura 2 – Razão da Mortalidade Materna no Brasil e em regiões de 2009 a 2019	33
Figura 3 – Quantidade de óbito materno por causa obstétrica, 2009 a 2019.....	34
Figura 4 – Taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE e Ministério da Saúde- Brasil e regiões, 2010 a 2017	35
Figura 5 – Matriz dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense.....	39
Figura 6 – Indicadores de Mortalidade Materna e Infantil no Paraná de 2014-2018	40
Figura 7 – Mapa da Macrorregião Norte do Paraná, 2021	43
Figura 8 – Composição dos consórcios que gerenciam ambulatórios na Macrorregião Norte do Paraná Mapa da análise dos resultados encontrados a partir das unidades de significado	43
Figura 10 – Mapa da análise dos resultados encontrados a partir das unidades de significado.....	49
Figura 11 – Características dos municípios entrevistados	54
Figura 12 – Critérios para seleção dos municípios para entrevista com os gestores	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição dos Consórcios que gerenciam ambulatórios na Macrorregião Norte do Paraná	55
Tabela 2 – Número de estabelecimentos de saúde que prestam atendimento conforme a estratificação de risco na Linha Materno Infantil na Macrorregião Norte do Paraná	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACISPAR	Associação de Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CPS	Consórcio Público de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretárias Municipais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	Linha de Cuidado
LCMI	Linha de Cuidado Materno Infantil
MAC	Média e Alta Complexidade
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma operacional básica
PES	Plano Estadual de Saúde
QUALICIS	Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede cegonha
RS	Regional de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCAERA	Seção de Ações Estratégicas e Eedes de Atenção
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	FEDERALISMO	17
2.2	CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE	23
2.3	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	28
2.3.1	Linha de Cuidado Materno Infantil no Brasil.....	31
2.3.2	Linha de Cuidado Materno Infantil no Paraná	37
3	OBJETIVOS	41
3.1	OBJETIVO GERAL.....	41
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4	MÉTODOLOGIA	42
5	RESULTADOS	49
5.1	MANUSCRITO 1.....	50
5.1.1	Introdução	50
5.1.2	Método	52
5.1.3	Resultados	55
5.1.4	Discussão.....	58
5.1.5	Conclusão	61
5.2	MANUSCRITO 2.....	62
5.2.1	Introdução	62
5.2.2	Métodos	64
5.2.3	Resultados	67
5.2.3	Discussão.....	70
5.2.6	Conclusão	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	76

APÊNDICES	87
APÊNDICE A – Estratificação de Risco vigente da Linha de cuidados materno infantil	87
APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados	94
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
ANEXOS	96
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.....	97

1 INTRODUÇÃO

O término da ditadura militar em 1985 e a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 marcaram a redemocratização no Brasil com um modelo de federalismo no qual os municípios se tornaram entes federados, sendo o propósito da descentralização de redistribuir poder e acomodar interesses municipais e estaduais (PEREIRA, LIMA, MACHADO, 2018). O federalismo pode ser definido pelo compartilhamento dos poderes e recursos da união entre os entes subnacionais. Estes têm autonomia e compartilham de processos decisórios na execução de ações, como as políticas públicas (LIJPHART, 2013). A CF de 1988 instituiu um Sistema de Saúde universal de natureza trina, isto é, união, estados e municípios têm responsabilidades na implantação da política.

O federalismo está na gênese da política de saúde. Segundo Lima e Queiroz (2012) a implantação de sistemas como o Sistema Único de Saúde (SUS) em contextos federalistas democráticos requerem esforço e favorecem mudanças nas relações interinstitucionais para ocorrer a regionalização das políticas de saúde. As autoras colocam que “a descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde” (LIMA, QUEIROZ, 2012, pg. 229).

A descentralização da política de saúde no Brasil após a criação do SUS foi marcada pelo protagonismo dos municípios na década de 1990. A partir dos anos 2000, houve mudanças na descentralização com maior ênfase às regiões de saúde e a coordenação pelos estados, principalmente após a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, posteriormente pelo Pacto pela Saúde (2006) e pelo Decreto n. 7508/11. Estes documentos mostram diferentes fases da indução das normas da regionalização em que houve a mudança do modelo de região normativa e redes de saúde regionalizadas e hierarquizadas para o atual modelo de região negociada e contratualizada com a Rede de Atenção a Saúde (RAS) (ALBUQUERQUE, VIANA; 2015; PEREIRA, LIMA, MACHADO, 2018).

A RAS é uma estratégia com vistas a superar o modelo fragmentado visando assegurar a assistência necessária ao usuário. Caracteriza-se pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS coordenadora e ordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2011a). A governança faz parte da gestão da RAS. No SUS a governança é interfederativa, colaborativa, em rede e policêntrica envolvendo além do governo novos atores como organizações privadas e corporativas (CONASEMS, 2019; LIMA et al., 2019).

A cooperação entre os entes é uma necessidade do modelo federalista para alcançar condições de ofertar os serviços que lhe são atribuídos (FARAH, 2001; SOUZA, 2002). O compartilhamento da provisão de serviços de saúde entre municípios que pode ocorrer por meio dos consórcios ou outros instrumentos, promove a cooperação e tem? favorecido a regionalização. A necessidade da regionalização dos serviços de saúde é uma das razões que induzem o consorciamento municipal (LEAL et al., 2019).

As primeiras iniciativas de consórcios intermunicipais na área da saúde surgiram antes da CF/1988, mas a maior ênfase se deu na década de 1990, objetivando responder às dificuldades de fornecer à sua população serviços ambulatoriais (RIBEIRO, COSTA, 2000; FLEXA, BARBASTEFANO, 2020; LIMA, 2013).

O Paraná representa um estado com alto número de Consórcios Públicos de Saúde (CPS) em relação a outras unidades federativas e estes têm natureza na sua maioria de prestação de serviços ambulatoriais (LUI et al., 2020).

Consoante o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020 – 2023 (PARANÁ, 2020), o estado do Paraná possui 21 regiões de saúde que contam com Ambulatórios de Atendimento Especializados (AAE) gerenciados por CPS abrangendo 96,7% dos municípios. Os ambulatórios gerenciados pelos CPS seguem o referencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o cuidado baseado no Modelo de Cuidado de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (PARANÁ, 2020a).

Diante deste cenário surgiram questões de como os CPS participam na organização da RAS e em especial a Linha de Cuidados Materno Infantil (LCMI) sendo implementada desde 2012.

A diretriz da LCMI no Paraná está organizada em diferentes pontos de atenção para o cuidado integral das necessidades em saúde. Está previsto a estratificação de risco de todas as gestantes e crianças, com acompanhamento pela Atenção Primária em Saúde (APS) e suporte nos casos de risco intermediário e alto nos ambulatórios de atendimento especializados da rede (PARANÁ, 2018).

Acredita-se que a exploração acerca do papel do CPS na LCMI pode contribuir para a identificação de elementos que favorecem ou dificultam a regionalização e de possíveis estratégias para superar obstáculos à consolidação da rede de atenção à saúde, especificamente na linha em estudo.

O trabalho está organizado da seguinte maneira, primeiro apresenta-se o referencial teórico em que se realizaram algumas reflexões a respeito do federalismo, dos consórcios e da rede de atenção à saúde e em particular a LCMI.

Posteriormente, foram descritos os objetivos e o caminho metodológico percorrido. Os resultados encontrados estão apresentados no formato de dois manuscritos, sendo que cada uma conta com a introdução, métodos, resultados, discussão, considerações finais e referências. Por fim, são apresentadas as considerações finais deste estudo e o referencial bibliográfico utilizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FEDERALISMO

O federalismo é definido como uma forma de organização do Estado em que há uma distribuição constitucional dos poderes e recursos da União entre os entes federados, reconhecido constitucionalmente. No federalismo há uma autonomia dos entes subnacionais e o compartilhamento de processos decisórios e de execução das ações. O primeiro registro da adoção deste modelo de governo data de 1787 nos Estados Unidos, sendo neste caso uma resposta a necessidade de unir estados independentes (LIPJHART, 2013; DOURADO, DALLARI, ELIAS, 2012; RIBEIRO et al, 2018).

A criação de um estado federal é derivada da necessidade de estabelecimento de um pacto, uma soberania compartilhada para garantir uma unidade frente a heterogeneidades de um território mantendo a autonomia local e a interdependência. As federações devem ter mecanismos institucionais para restringir o poder da maioria, proteger as minorias e garantir o equilíbrio entre as diferenças nacionais representadas. São também características presentes nas federações a legislatura bicameral, carta constitucional e a suprema corte (ABRUCIO, 2003; LIPJHART, 2013).

O federalismo também pode ser descrito com base em suas características institucionais. Uma delas é o conjunto de arranjos e regras da União com diferentes poderes de veto dos outros entes federados; diferentes atores em relação a territórios e ideias; arranjos legais para definir responsabilidades, transferências fiscais entre os governos e arranjos verticais e horizontais entre governos. Neste conjunto de fatores o federalismo pode ter diferentes pontos de centralização e descentralização simultaneamente (VIANA, MACHADO, 2009).

O federalismo se manifesta e influência não só a divisão de poder entre níveis de governo, mas também a atividade legislativa, o papel do Judiciário e dos partidos políticos, a alocação de recursos tributários e de competências e as garantias constitucionais dos entes que compõem a federação. Dito de outra forma, o desenho do federalismo tem influência sobre a política, a prática democrática, a governabilidade, a dinâmica da economia política e da competição partidária, assim como a política pública (SOUZA, 2019, Pg. 2).

Viana, Lima e Oliveira (2002) apontam haver uma tendência dos Estados pelo movimento de descentralização ao lado da crescente proposta federalista. Este movimento pode ser uma resposta às transformações econômicas, políticas e socioculturais ganhando contornos específicos dos arranjos federativos conforme o contexto.

No federalismo, como uma forma de organização política em que há distribuição de poder, as instituições combinam dois princípios: o autogoverno (*self rule*) e o governo compartilhado (*shared rule*). O governo nacional e os entes subnacionais têm uma independência na sua esfera de ação, porém existe uma dinâmica das relações entre os governos que implicam na produção de políticas públicas. Tais relações podem ser descritas como competitivas ou cooperativas (ALMEIDA, 2001; FRANZESE, ABRUCIO, 2013; PEREIRA, 2014).

Viana, Lima e Oliveira (2002) explicam que o federalismo que vemos hoje é de tendência descentralizante sendo diferente o desenho em cada Federação, pois ele atenderá padrões de interesses em contextos econômicos, políticos e socioculturais específicos. As autoras afirmam então que foram criados modelos federativos dual, cooperativo e competitivo e que:

É rara a existência de um modelo único e permanente de relação centro/periferia. É fundamental que se compreenda a dinâmica da intervenção pública e que se identifiquem as variáveis que interferem nesse processo, em detrimento da mera descrição de modelos ideais e abstratos (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, pg.495).

Para Franzese e Abrúcio (2013) é comum fazer uma classificação nas federações entre “federalismo competitivo” e “federalismo cooperativo”, porém o Brasil não se encaixa de forma única em nenhum dos dois modelos.

O federalismo competitivo é caracterizado por uma distribuição das competências em cada nível de governo e responsabilidades por políticas públicas. Visa manter a autonomia dos entes federados favorecendo a competição entre estes. Os tributos também são divididos e é possível a fixação de diferentes valores de tributação em cada esfera. Esse modelo de competição pode levar a uma redução das políticas sociais para não atrair novos beneficiários. Por outro lado, a cooperação necessária no federalismo refere-se à necessidade de compartilhar a execução de determinadas funções públicas pelo bem comum, não podendo ser atribuição exclusiva de apenas um ente federado. (FRANZESE, ABRÚCIO, 2013).

O federalismo dual acontece quando o governo geral e dos Estados, ainda que existam no mesmo território, tem soberanias distintas e atuam separadamente e independente. Quanto ao federalismo cooperativo este “diz respeito tão somente à ausência de delimitação clara dos âmbitos de autoridade e de responsabilidade das esferas de governo e à consequente possibilidade de ação conjunta e coordenada entre elas” (ALMEIDA, 2001, pg.30).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de federação caracterizado por três esferas de governo — união, estados e municípios — sendo cada ente com autonomia e responsabilidades na gestão de políticas públicas. O modelo seguido é o de arranjo cooperativo sido descrito nos artigos 21 a 25 da constituição que descreve as formas que os entes dividem as responsabilidades (DOURADO, DALLARI, ELIAS, 2012; BRASIL, 2016). Ainda a respeito do federalismo adotado no Brasil, Franzese e Abrúcio (2013) afirmam a respeito da cooperação necessária em certas políticas públicas:

Percebe-se que a Constituição não definiu claramente o modelo de federalismo competitivo ou cooperativo para o país. Ao desenhar a federação descentralizada, o texto segue a direção de um modelo mais propício à competição. Porém, ao prever a responsabilidade compartilhada de atribuições de diversas áreas de políticas públicas, a Carta aponta no sentido de uma necessária cooperação entre os entes federativos (FRANZESE, ABRÚCIO, 2013, pg.364).

O desenho do federalismo brasileiro pode ser compreendido pela história das diversas constituições anteriores a 1988 que refletiram o momento político da época e as “barganhas políticas e territoriais que ocorreram ao longo da nossa história” (SOUZA, 2005, pg. 107). O Brasil adotou um modelo de federalismo em que incorporou os municípios com os estados, porém manteve uma tradição antiga de autonomia municipal e pouco controle estadual sobre as questões locais. Assim, nosso país se tornou uma federação assimétrica em um modelo de federalismo simétrico (SOUZA, 2005).

A federação brasileira teve início na instauração da República após a dissolução do governo imperial. Seguiu-se um modelo de organização contrário entre a maior parte dos estados federais instituídos naquele momento: a distribuição do poder entre os estados-membros e não a agregação de estados autônomos. O Brasil em sua história teve períodos de centralização e descentralização (VIANA, MACHADO, 2009; DOURADO, DALLARI, ELIAS, 2012; SOUZA, 2019).

A evolução do federalismo brasileiro delineando os momentos de ruptura em que os arranjos passam para uma nova fase, pode ser dividida em três grandes etapas conforme Lopreato (2020):

- I. de 1891 a 1964 — Nesta primeira fase caracteriza três ciclos da primeira constituição, de Vargas e da constituição de 1946. Apesar da forte presença da esfera federal no período Vargas, não vê como ruptura e sim como continuidade dos elementos do pacto federativo já estabelecido. Período marcado pela regulação do ente nacional na ditadura, mas com articulação com os entes subnacionais, pois não houve a centralização da receita tributária, os estados e municípios tinham influência na sua região.
- II. De 1964 a 1988 — Fase da ditadura militar em que houve a ruptura em retirar a capacidade tributária e de autonomia dos governos subnacionais para gerenciar seus gastos e elevação do poder do governo federal para direcionamento dos recursos. Com a crise econômica nos anos 1980 e o aumento do poder dos governadores influenciaram para a mudança de período.
- III. De 1988 até hoje — O autor coloca como uma fase complexa na qual a Constituição Federal de 1988 teve papel relevante para transferências de recursos e elevação dos gastos sociais. Porém, aponta que mais mudanças no desenho federativo foram construídas no Governo Fernando Henrique Cardoso, com perda da força dos estados, alteração do atendimento nas áreas sociais devido à normatização dos gastos pela União e o modelo de relacionamento dos entes federados.

Podem ser observados alguns dilemas no federalismo para a implementação de políticas públicas. Como a cooperação em relação à coordenação, sendo a cooperação é voluntária e típica das relações intergovernamentais e a coordenação é hierárquica e característica das relações intragovernamentais sendo que ambas podem ocorrer simultaneamente. A uniformidade em relação à diversidade, nas quais há um paradoxo entre políticas

nacionais que são uniformes e a diversidade como marca do federalismo. A autonomia em relação ao compartilhamento de autoridade, no Brasil esse dilema é um processo gradual. Por fim, a centralização em relação à descentralização vista como um 'continuum' e parte de um processo (SOUZA, 2019). Para Souza (2019) várias inovações no arranjo institucional brasileiro são responsáveis por dar a capacidade de contornar os dilemas federativos, como: (i) reconhecimento dos direitos sociais, (ii) universalização do acesso à saúde, (iii) aumento das competências das três esferas de governo, (iv) diminuição do quorum para emendas constitucionais que permitiram a regulação de várias políticas.

A respeito destes dilemas Menicucci e Marques (2016) também afirmam que as questões da ação coletiva e da coordenação federativa são relevantes para as condições de cooperação dos entes federados diminuindo a competição. Assim, no arranjo federalista deve haver incentivos para equalizar a autonomia com a interdependência entre governos. Neste caso, a União deve ter certa centralização de decisões importantes para a coordenação, mas que devem ser negociadas e aprovadas pelos entes federativos, assim como a cooperação.

O federalismo cooperativo requer uma governança política elaborada para haver mediação das tensões dos entes federados. Souza e Santos (2018) afirmam que "a implementação de políticas em contextos federativos complexos, como é o caso brasileiro, não é apenas uma questão de desenho ou de gerência, mas também de articulação política e estratégia de coordenação" (SOUZA, SANTOS, 2018, pg.30).

Quando nos referimos as relações entre os entes federados, esta pode ser observada pelo aspecto vertical, que se caracteriza pelas relações entre o governo central e os entes subnacionais e também pelo aspecto horizontal, relações territoriais ou entre os entes subnacionais (NETO, 2014). A constituição federal promoveu uma nova redemocratização e os municípios se tornaram entes federados. No entanto, o propósito da descentralização foi de redistribuir poder e acomodar interesses municipais e estaduais, uma vez que o fortalecimento dos entes subnacionais já havia iniciado antes de 1988 (PEREIRA, 2018).

Com a redemocratização houve um impulso muito grande na criação de novos municípios, pois entre os anos de 1988 e 1997 foram criados 1.328 novos municípios. Os municípios brasileiros receberam benefícios tributários e relativa liberdade para alocação dos recursos, porém uma grande parte não tem autonomia

em tributos próprios para cumprir sua agenda e depende da transferência de recursos federais e estaduais para sobreviver (SOUZA, 2002). Com a descentralização estes assumiram grande parte das políticas sociais com responsabilidades principalmente na educação e saúde. “Os governos locais têm aumentado sua participação na prestação de serviços sociais e se tornaram nos seus principais provedores” (SOUZA, 2002, pg. 438).

Como muitos entes não têm condições de executar sozinhos os serviços que lhes são obrigatórios, tem se destacado a iniciativa de estabelecer vínculos horizontais e verticais na busca por soluções. Esta articulação entre municípios e os outros níveis de governo traz a possibilidade de rompimento com práticas clientelistas ou de apenas de executores para o papel de coordenação e liderança, de parceria e corresponsabilização pelas políticas em torno de objetivos comuns. Este novo arranjo dos governos na implantação de políticas pode propiciar que a implantação destas seja duradoura e com melhores resultados (FARAH, 2001).

Devido à grande diversidade regional no país, a formação das capacidades de modernização dos municípios se deu desigualmente, sendo os municípios de maior porte privilegiados com maior disponibilidade de recursos financeiros, sendo esta uma característica do contexto socioeconômico e federativo brasileiro, impactando no modo de institucionalização dos governos municipais (TEIXEIRA et al, 2011). Mesmo assim, ainda são os municípios os principais parceiros do governo federal para a implementação das políticas e não os estados (SOUZA 2019).

No âmbito da saúde não diferiu, pois, diversos municípios tiveram que criar arranjos federativos verticais e horizontais para garantir o acesso de seus munícipes a um sistema de saúde universal, equânime e integral. Teixeira et al (2011) afirmaram que devido ao formato institucional, nenhum dos atores que configuram o SUS detém recursos suficientes para prover a atenção integral, sendo necessário um constante esforço no desenvolvimento de mecanismos e instrumentos intergovernamentais. Os autores colocam ainda que as relações intergovernamentais e a necessidade de horizontalização com o fortalecimento das instâncias subnacionais são os principais desafios do sistema. As principais ferramentas que se dispõe para este fim são as conferências de saúde, as comissões intergestoras e os consórcios, sendo estes o foco do presente estudo.

O processo de descentralização da saúde então foi marcado na década de 1990 com ênfase na municipalização e a partir dos anos 2000 com maior ênfase no papel dos estados no processo de regionalização como coordenador. Apesar da mudança do modelo centralizado para o descentralizado na política de saúde, houve ainda destaque para o papel da União em mecanismos de indução e regulação das políticas (PEREIRA, 2018).

Várias normativas foram publicadas para regulamentação desse processo de descentralização. A municipalização foi priorizada na década de 1990 por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Normas Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O papel dos estados e da organização das regiões ganhou destaque principalmente após a publicação da NOAS 2001, do Pacto pela Saúde (2006) e da Portaria MS n. 4279/2010 e do Decreto n. 7508/2011. Estes documentos mostram diferentes fases da indução das normas da região e redes, sendo o modelo da RAS a ideia orientadora da regionalização atualmente (ALBUQUERQUE, VIANA; 2015, ROCHA, 2016).

A descentralização e a regionalização são princípios do SUS estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis orgânicas da saúde. Este processo pode ser entendido como a transferência de poder e governabilidade de serviços e recursos financeiros para estados e municípios. No Brasil, a descentralização teve como ideal a democratização e melhoria na aplicação e gestão de políticas públicas.

O Brasil é um território de grande complexidade populacional, político-institucionais e com diferenças geográficas na concentração de serviços, por isso, tornam-se necessários arranjos regionalizados de atenção à saúde. Assim, a regionalização caracteriza-se por um processo político na relação de diferentes atores sociais — governos, organizações, cidadãos — no espaço geográfico. A regionalização necessita de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de serviços (LIMA et al, 2012).

Uma das estratégias utilizadas no Brasil como instrumento de gestão para o desenvolvimento de ações da política pública de saúde em âmbito regional são os consórcios públicos de saúde.

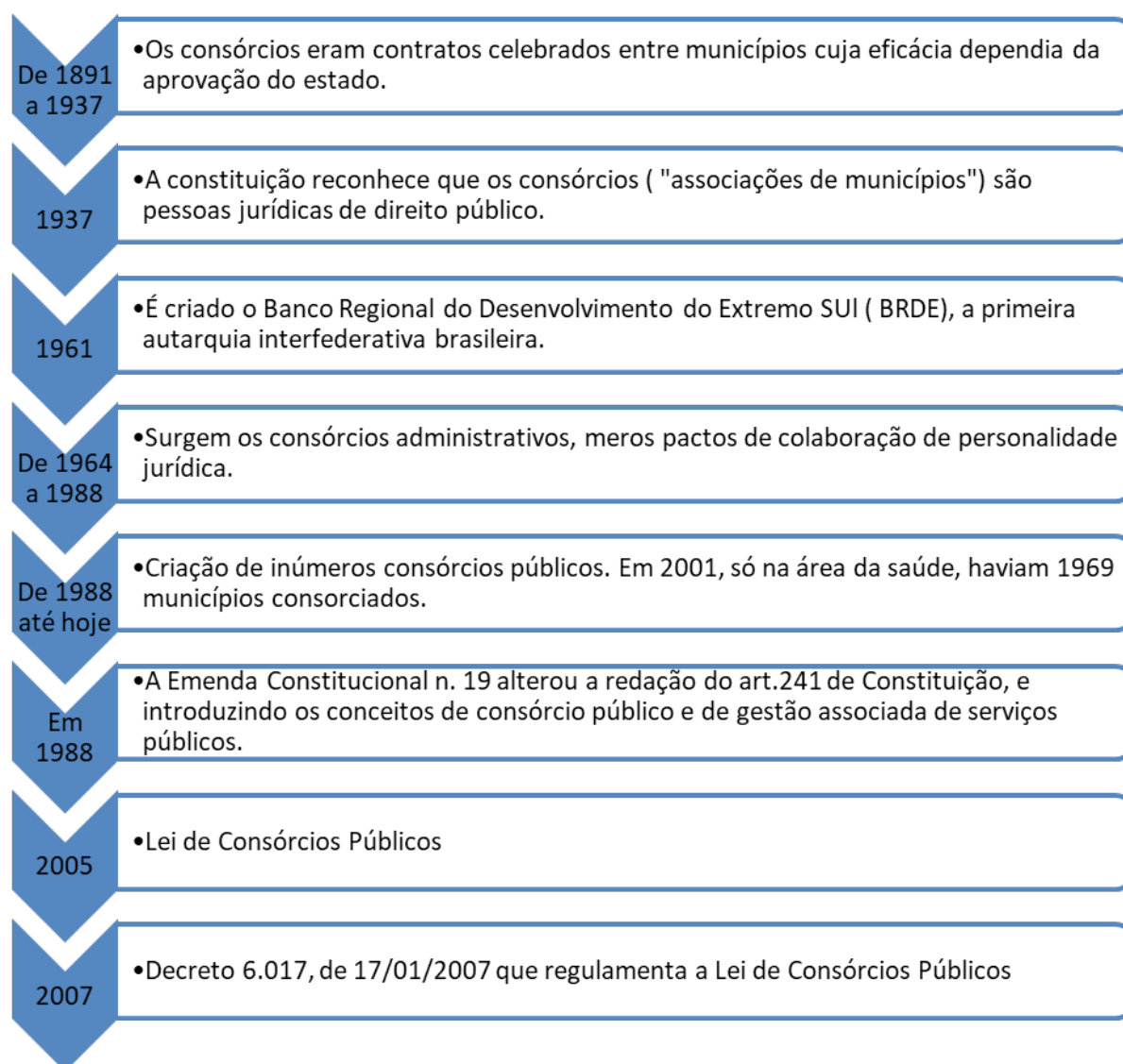
2.2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Os consórcios representam “parcerias estabelecidas entre governos municipais de determinadas microrregiões que pactuam regras de financiamento de serviços e de acesso de clientela com base em recursos dos municípios associados” (RIBEIRO, COSTA, 2000, p.181).

Os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) têm sido amplamente difundidos no Brasil, principalmente por municípios de pequeno e médio porte para poderem ofertar serviços de especialidades médicas e de maior complexidade. A existência de um polo na microrregião que atrai pacientes de municípios vizinhos e a baixa oferta de serviços de maior complexidade tecnológica e especialistas são fatores que podem ser observados na formação dos consórcios (RIBEIRO, COSTA, 2000).

Essas organizações de caráter jurídico inicialmente privado e após a Lei dos Consórcios (Lei n. 11.107/2005) foram possibilitadas em fazer a mudança para pessoa jurídica de caráter público. Esta lei normativa a possibilidade de cooperação por meio dos consórcios entre municípios ou entre estados (cooperação horizontal) ou por municípios com estados e também da União com entes estaduais e municipais (consórcio vertical). Atualmente temos consórcios administrativos, consórcios públicos de direito privado e consórcios públicos de direito público. Apresenta-se a seguir histórico da criação dos consórcios na figura 1 (RIBEIRO, 2007).

Figura 1 – História da criação dos Consórcios no Brasil



Fonte: RIBEIRO, 2007, pág 19.

Apesar de previsto na CF 88, antes mesmo da promulgação desta já havia relatos de consórcios de saúde. Houve uma grande expansão no aumento deste instrumento na década de 1990, principalmente associado ao processo de descentralização com objetivo de suprir uma lacuna de serviços que os municípios com menos estrutura não tinham condições de ofertar (RIBEIRO, COSTA, 2000; FLEXA, BARBASTEFANO, 2020; LIMA, 2013).

A regulamentação dos consórcios por meio de projeto de lei atendeu a uma lacuna institucional da Lei Orgânica da Saúde (LOS) que previa a possibilidade do uso deste instrumento para a oferta de serviços (RIBEIRO ET AL, 2017). A lei dos Consórcios Públicos e da Gestão Associada de Serviços Públicos, lei n. 11.107 de 6 de abril de 2005, foi regulamentada por meio do decreto 6.017 de 17 de janeiro de 2007 e tornou-se a primeira legislação brasileira dedicada exclusivamente ao detalhamento de um instrumento de cooperação federativa. Por isso ela é um marco no processo de institucionalização das relações federativas (RIBEIRO, 2007).

Uma pesquisa com dados coletados entre 1996 e 2006 com amostragem nacionalmente representativa, Teixeira e colaboradores (2011) verificaram que a parceria com consórcios municipais era mais significativa em municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes) e mais incomuns em municípios com mais de 200.000 habitantes. Em âmbito regional, também houve aumento de parcerias de consórcios intermunicipais no Sudeste (42,5% para 59,7%) e no Sul (37,2% para 75,4%). As experiências com os CPS têm sido descritas exitosas no processo de descentralização. A cooperação federativa ainda não é um padrão dominante no Brasil, sendo os consórcios com os distritos sanitários e colegiados regionais potenciais do modelo (RIBEIRO et al, 2017).

Em revisão recente, o número de consórcios de saúde levantados no Brasil são 216 no total e estes se mostram como soluções organizacionais para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federados, com características de trazer ganho na prestação de serviços e na racionalização de despesas (FLEXA, BARBASTEFANO, 2020). Os consórcios atuam com intenção de intervir e orientar os consorciados para decisões de cooperação e dessa forma conseguem ser efetivos na promoção da cooperação (NICOLETTO, CORDONI JÚNIOR, COSTA, 2005; ERICK, PESSALI, 2014; MENDONÇA, ANDRADE, 2018).

Um estudo sobre o caso do consórcio nordeste no enfrentamento da Pandemia da Covid 19, Fernandez e Pinto (2020) concluíram que naquele contexto os governos estaduais apresentaram novo papel de um ator com “capacidade de coordenar políticas no âmbito subnacional e estabelecer processos de coordenação horizontal entre estados” (FERNANDEZ, PINTO, 2020, pg.18).

Pesquisas anteriores também revelaram outras iniciativas consorciativas desencadeadas pelos estados. Estudos de Almeida et al (2019) e Julião e Olivieri (2020) mostraram que houve avanço na oferta da Atenção Especializada com a criação do consórcio no estado do Ceará. Neste o papel do ente estadual na indução condicionou êxito na experiência, promoveu a existência entre a coordenação estadual e as articulações horizontais entre os municípios e melhoras na relação com os prestadores, diminuindo as relações clientelistas (ALMEIDA et al, 2019; JULIÃO, OLIVIERI, 2020). Leal e colaboradores (2019) concluíram que no estado de Pernambuco a ação consorciada foi induzida pela atuação do governo estadual.

Os CPS no Paraná foram inspirados no modelo do primeiro consórcio do país, criado em Penápolis - SP na década de 1980. As primeiras ações consorciadas no estado datam de 1992 e maior parte da criação dos consórcios se deu ao longo da década de 1990. O surgimento ocorreu por iniciativa municipal com base na força política das regiões de saúde e associação de municípios sendo influenciados por agentes sanitários atuantes nos municípios. Outro componente foi o forte papel indutor do estado. Frente a escassez de profissionais para atender nos Centros Regionais de Especialidades (CRE), o governo estadual estimulou a implantação dos CPS e estes progressivamente assumiram a responsabilidade pela assistência médica ambulatorial especializada (NICOLETTO, CORDONI JÚNIOR, ROCHA, 2005; GERIGK, PESSALI, 2014; ROCHA, 2016).

No Estado do Paraná os CPS são exclusivamente municipais com deliberação por conselhos de prefeitos, secretários de saúde e fiscais técnicos. Essa iniciativa aponta para o associativismo entre os entes federados no planejamento das ações das políticas públicas. Desse modo, o CPS pode ser uma ferramenta para a construção de ações coletivas de interesse regional, por meio do empoderamento dos municípios no enfoque técnico, político e administrativo (ANDRADE, 2018; MENDONÇA, ANDRADE, 2018).

Além dos consórcios que administram ambulatórios de especialidades nas regiões, o Paraná possui outros consórcios atípicos, como para o suprimento de insumos farmacêuticos (denominado Consórcio Paraná Saúde), abrangendo todo o território do estado (ROCHA, 2016). Também há a ocorrência de municípios que participam de mais de um CPS e a participação de municípios do estado de Santa Catarina (ROCHA, 2016). Estão presentes consórcios que gerenciam os serviços do SAMU em diversas regiões do estado.

Como exemplos da indução do governo estadual podem ser descritos a criação do próprio Consórcio Paraná Saúde, a criação da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR) em 2001 e a implantação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios (COMSUS) pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR) (ROCHA, 2016).

A SESA-PR definiu em 2011 seis programas estruturantes das Redes de Atenção para a organização das mesmas. Entre estes, podemos citar o COMSUS, que foi implantado em 2012 e tinha como objetivo implementar em todas as regiões do estado a gestão das Redes de Atenção, por meio da parceria dos CPS e por conseguinte, melhorar a qualidade da atenção à saúde de nível secundário do Paraná. Fazia parte do programa um componente de custeio (incentivo financeiro), incentivo de investimento e de capacitação em parceria com os CPS e ACISPAR. Os CPS que aderiram foram monitorados e avaliados conforme resolução da SESA-PR (PARANÁ, 2016a, PARANÁ, 2016b).

Mais recentemente, o Estado do Paraná ou a SESA-PR instituiu uma nova proposta em substituição ao COMSUS, denominado Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais (QUALICIS), aprovado pela Deliberação da CIB/PR n.35 de 02/04/2020 e com descrição vigente pela Resolução SESA n. 1418/2020. O objetivo do QUALICIS é a implementação dos ambulatórios médicos de especialidades em todas as regiões de saúde do estado, consolidando-se como ponto de atenção secundária da RAS nas Linhas de Cuidado e especialidades prioritárias para o Estado, visando a necessidade de ampliação do acesso e qualificação do atendimento ambulatorial multiprofissional especializado. Este programa é destinado aos Consórcios que gerenciam ambulatórios médicos de especialidades, e conta com três componentes, sendo: incentivo de custeio, incentivo de infraestrutura e educação permanente (PARANÁ, 2020.^a; PARANÁ, 2020b).

O planejamento de saúde vigente do estado do Paraná tem sido orientado para a mudança do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), articulando ou almejando uma maior integração entre equipes da AAE e APS na organização da RAS. No Estado foram selecionadas as seguintes linhas prioritárias: linha de Cuidado Materno e Infantil (foco do presente estudo); linha de Cuidado do Idoso; Linha de Cuidado em Saúde Mental; e Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Linha de Cuidado da Diabetes Mellitus.

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi definida como “o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (art. 2.º inciso VI), escolhida como estratégia de organização do sistema de saúde na ocasião da regulamentação da lei orgânica da saúde pelo decreto n. 7508/2011(BRASIL, 2011a).

A RAS foi descrita pela Portaria do MS/GM n. 4279/2010 e definida como arranjo organizativo para o cuidado integral por meio da integração de serviços de diferentes densidades tecnológicas. Nesta portaria foram descritos seus atributos e as condições para sua implementação (BRASIL, 2010; LAZARINI et al, 2017).

A proposta da RAS surgiu diante da necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde. O motivo de ser elencado a nova proposta foi devido à transição epidemiológica de condições de saúde de problemas predominantemente agudos para condições crônicas da saúde somada a um sistema fragmentado de cuidados sob o modelo do cuidado centrado no quadro de agravos agudos. O que se pretende na RAS é que o sistema de saúde deve conseguir atender as condições agudas de saúde, mas também responder aos cuidados contínuos e coordenados que as condições crônicas requerem (MENDES, 2011). A criação das RAS também pode ser atribuída como resposta do arcabouço institucional necessário diante da descentralização do poder decisório e da elaboração e implementação das políticas de saúde. Dessa forma, para garantir a integralidade da assistência deve haver uma articulação do Estado com o mercado para o provimento de insumos e serviços (FLEURY E OUVRENEY, 2006).

A organização da RAS deve estar inserida dentro de uma região de saúde, conceituada conforme Decreto n. 7508/2011, em seu artigo 2.º. Inciso I, como: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado 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 de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011a). A RAS é caracterizada pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS no centro de comunicação entre estes, devido à centralidade das necessidades de saúde do território cuidando de forma contínua e integral da população (BRASIL, 2011a).

Os demais pontos de atenção na região de saúde da RAS devem ofertar determinados serviços de saúde, por meio das Linhas de Cuidado (LC) que, são orientadas por diretrizes clínicas para atendimento das necessidades dos usuários em questões de diagnóstico e terapia. O objetivo dessa forma de trabalho é a articulação entre os pontos de atenção, superando as respostas fragmentadas, o que, pela sua complexidade, exige uma governança adequada (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A Portaria do MS n. 4279 /2010 entende a governança como “a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (pg 9).” A governança deve ser exercida de forma solidária e cooperativa, tendo os conselhos intergestores regionais um espaço permanente de pactuação onde devem ser trabalhadas questões políticas e estruturais, como as relações federativas, as relações público-privadas, entre outras (BRASIL, 2010).

Governança é um termo polissêmico aplicado a diferentes áreas do conhecimento que surgiu no início do século XX e vêm se adaptando com as mudanças na política e no exercício do poder do Estado e na sociedade temporalmente (CONASEMS, 2019). A governança no SUS não pode ser mensurada da mesma forma que em outras áreas visto que esta é interfederativa, colaborativa, organizada em rede e policêntrica, envolvendo além do governo novos atores como organizações privadas e corporativas (CONASEMS, 2019; LIMA et al, 2019). Para este estudo será utilizado o referencial de governança de Lima, Albuquerque e Scatena (2016) que entendem governança no processo de regionalização como:

A ação de governar, incluindo o exercício de poder e a condução da política pública, em um processo que envolve relações entre múltiplos atores em contextos institucionais específicos. Mesmo admitindo que Estado e sociedade possam ser apreendidos mediante características, atores e interesses específicos, afirma-se com esse enfoque a forte conexão existente entre ambos no processo político (LIMA, ALBUQUERQUE, SCATENA, 2016, pg. 5).

Mendes (2011) afirma que a governança da RAS deve ser cooperativa entre os atores envolvidos visando obter bons resultados na aplicação das políticas para a população daquele território. Para isso, deve haver uma liderança que siga os princípios da ação cooperativa e a da comunicação assertiva com clareza de quais são os objetivos e estratégias.

O processo de governança da RAS implica na utilização de vários instrumentos operacionais (como planejamento e programação, sistemas de informação, regulação, monitoramento e avaliação, etc.) sendo alguns viabilizados por intermédio dos CPS como um instrumento de cooperação federativa (BRASIL, 2010).

A RAS tem os princípios de: região como base territorial e a APS como centralizadora da articulação. Os temas prioritários para sua implantação foram definidos após discussão com entes governamentais e se deu por razões de prioridade epidemiológica e assistencial, como, por exemplo, a rede Cegonha (obstétrica e neonatal), a rede de urgência e emergência, e a rede de atenção psicossocial ao nível nacional (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

2.3.1 Linha de Cuidados Materno Infantil no Brasil

A Linha de Cuidados Materno-Infantil foi criada pelo MS por meio da Portaria MS/GM n. 1459 de 2011, denominada como Rede Cegonha (RC). Essa rede visa assegurar à atenção humanizada à mulher no pré-natal, parto, puerpério e saúde reprodutiva e bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, o crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha visa programar um novo modelo de atenção à mulher e a criança até os 24 meses; organizar a rede de atenção para garantir acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil neonatal.

Para atingir tais objetivos ela deve ser organizada no território seguindo as diretrizes de: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças do nascimento aos 24 meses e acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2011b; UNASUS, 2015).

A Rede Cegonha organiza-se então por quatro componentes, atenção ao: pré-natal, parto e nascimento; puerpério e atenção à criança; sistema logístico e transporte sanitário e regulação.

A implementação da Rede Cegonha deveria ser realizada gradativamente em todo o território nacional a partir da adesão dos estados em parceria com os municípios; mediante a definição da(s) Região (ões) de Saúde no estado; a instituição do grupo condutor estadual; o desenho regional da rede cegonha; a contratualização dos pontos de atenção; a qualificação dos componentes e respectiva certificação (BRASIL, 2011b).

Cada ente federado atribui-se uma função na operacionalização da Rede Cegonha. Para a União compete o apoio à implementação, financiamento, monitoramento no território nacional. Ao Estado, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual, financiamento e a contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação desta linha de cuidados no território estadual de forma regionalizada. O município também é responsável por implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal, financiamento e contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal (BRASIL, 2011b).

Segundo Santos Filho e Souza (2021, pg.776):

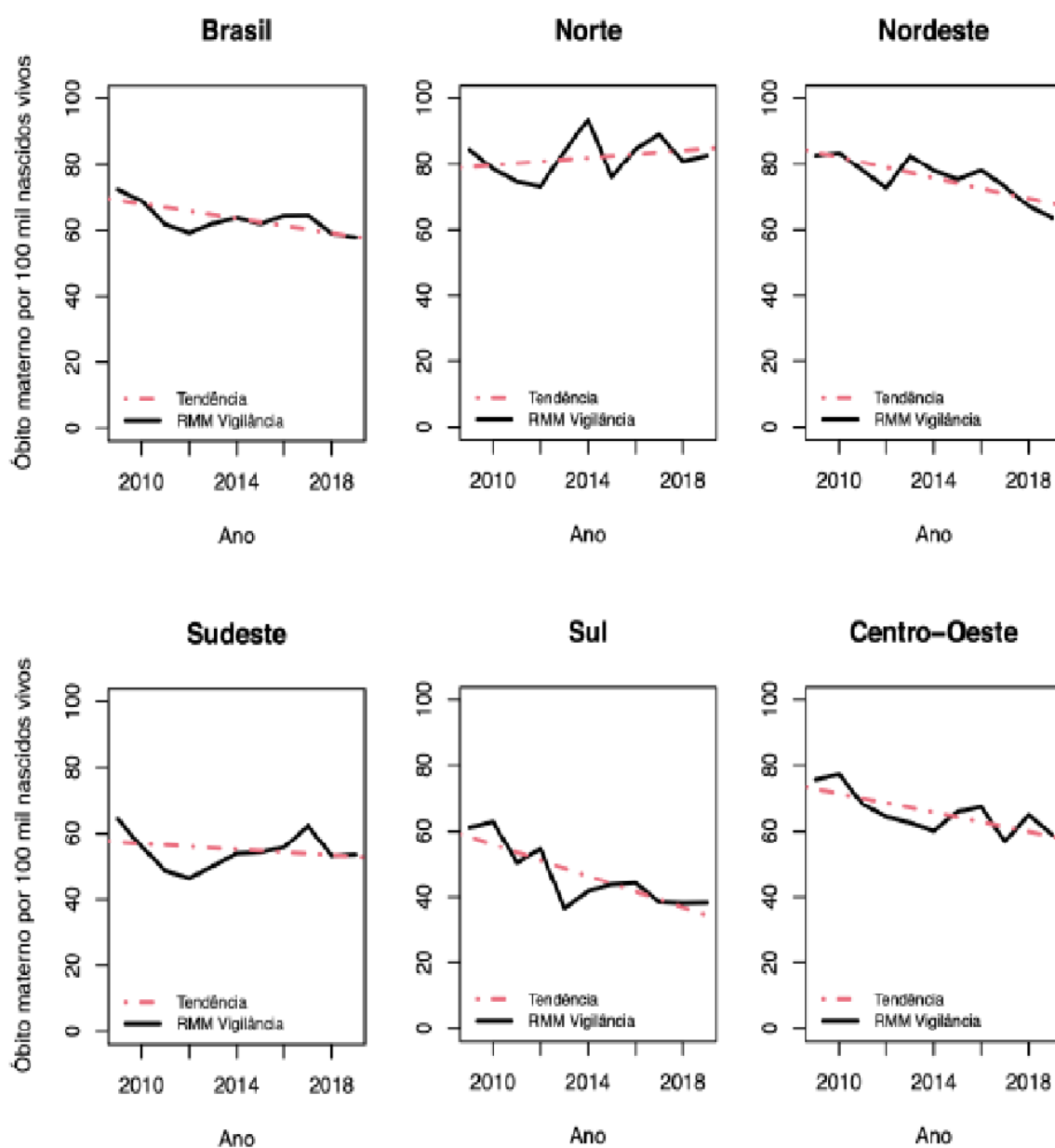
Nesse sentido que compreendemos a RC à luz de nossos estudos e apoio aos serviços de saúde, observando-se que ela passou a ser operada no contexto do SUS sem se restringir aos instrumentos típicos de execução de projetos por meio de prescrições e metas a cumprir. Para além disso, a Rede Cegonha incorporou uma metodologia de lida com seu objeto/serviços, buscando o que a Política Nacional de Humanização valoriza como um *modo de fazer*, nele contempladas estratégias de integração interfederativa e envolvimento efetivo das equipes de saúde na corresponsabilização com mudanças.

Em revisão sobre as políticas materno-infantis no SUS, Leal et al (2018), afirmam que a ampliação do acesso ao pré-natal e à assistência hospitalar ao parto no SUS contribuíram para a diminuição da ocorrência de desfechos negativos. Ainda permanecem desafios quanto à melhora da qualidade da assistência e integração entre os serviços em diferentes níveis de atenção.

Como resultado do cuidado à saúde, os indicadores de mortalidade materna e infantil são relevantes por serem marcadores das condições de saúde da população como um todo e indicadores de iniquidades sociais (BRASIL, 2021; LEAL et al, 2018).

No Brasil, a razão de mortalidade materna apresentou uma tendência decrescente entre 1990 e 2019, com redução menos acentuada a partir de 2001. A média em 2019 foi de 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, porém ainda distante da meta do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) sendo de redução até 2030 para 30 a cada 100 mil nascidos vivos. Os dados estão apresentados na figura 2 a seguir do Brasil e em cada região do país (BRASIL, 2021).

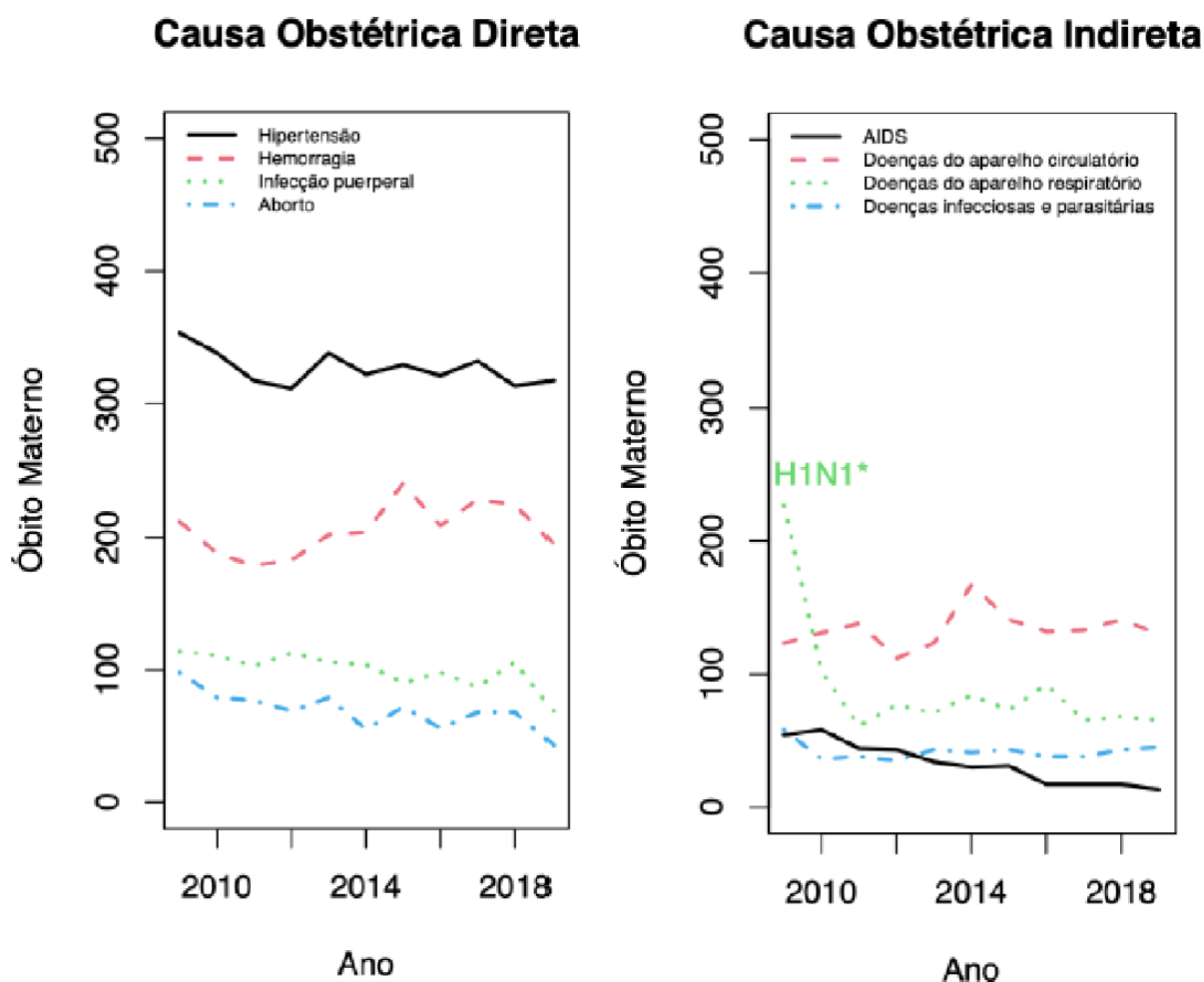
Figura 2 - Razão da mortalidade materna no Brasil e em regiões de 2009 a 2019.



Fonte: BRASIL, 2021

No que se refere ao perfil das mulheres, em 2019, 13% dos óbitos maternos ocorreram em adolescentes, 66% dos óbitos maternos eram (ou foram) em mulheres negras representam, 42% das mulheres que faleceram eram casadas ou estavam em união estável, e houve predomínio de baixa escolaridade (até 11 anos de estudo). Em relação às causas dos óbitos maternos, são apresentados na figura 3 a seguir:

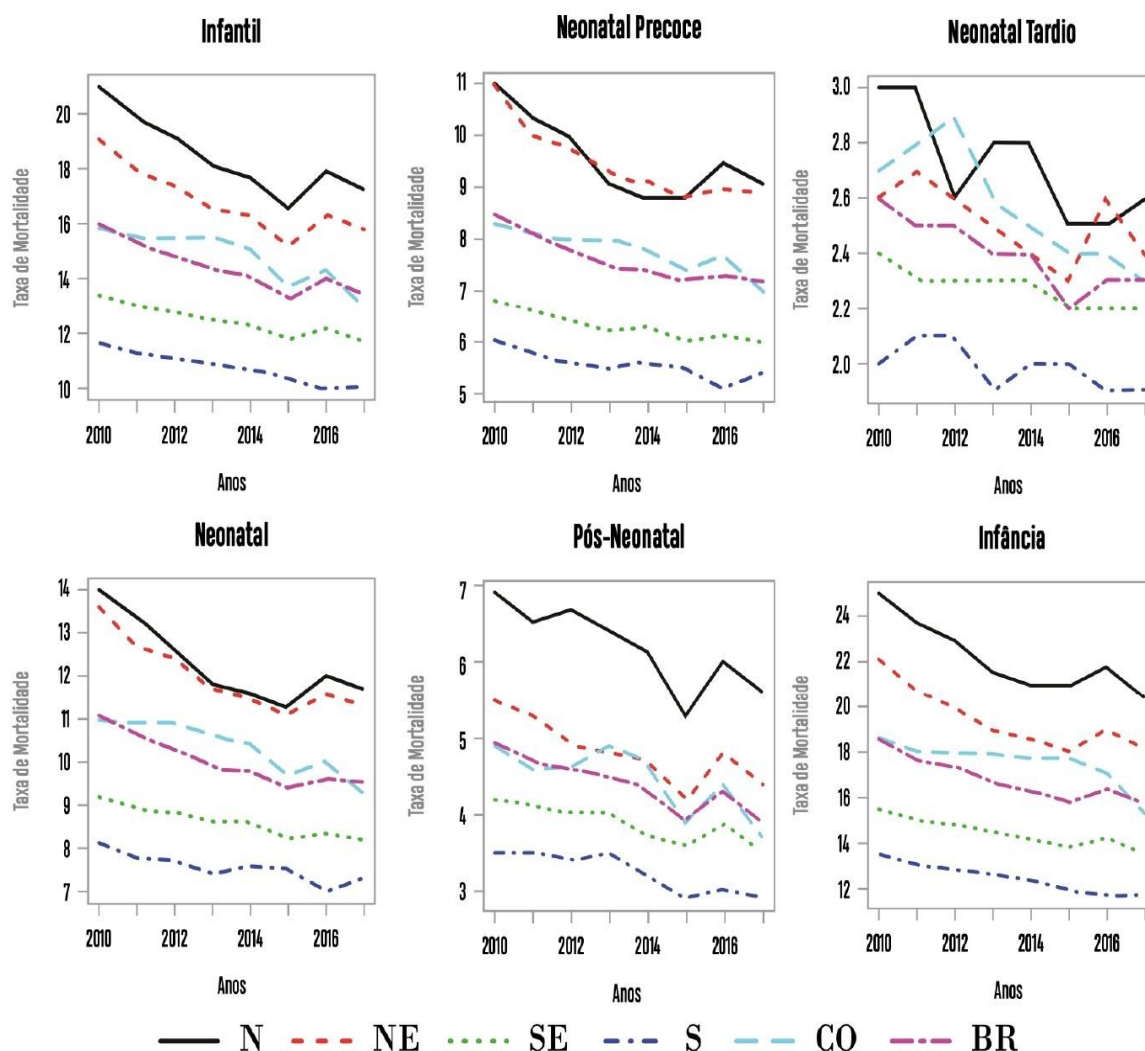
Figura 3 – Quantidade de óbito materno por causa obstétrica, 2009 a 2019.



Fonte: BRASIL, 2021

Quanto à mortalidade infantil as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do MS demonstraram que a Taxa de Mortalidade Infantil foram muito semelhantes no período de 2010 a 2017. A maior parte dos óbitos infantis ocorreu nas regiões Sudeste (36,3%) e nordeste (31,5%), e aconteceram principalmente nos hospitais (92,8%) e domicílios (3,7%). As causas evitáveis foram responsáveis por 67,2% dos óbitos infantis no País. Destes óbitos infantis, 75,4% dos óbitos foram do componente neonatal precoce, 72% foram do neonatal tardio e 49,1% do pós-neonatal. Foram associados como fatores de risco para mortalidade infantil: a gestação múltipla, prematuridade, perdas fetais anteriores, elevado número de filhos e apresentação pélvica ou transversa do feto. Como fatores de proteção, associou-se a idade materna de 20 a 39 anos, alta escolaridade, ser casada, realizar mais de sete consultas pré-natal e inicializar o pré-natal no primeiro trimestre (Figura 4) (BRASIL, 2019).

Figura 4 – Taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE e Ministério da Saúde – Brasil e regiões, 2010 a 2017.



Fonte: BRASIL, 2019.

Alves e Coelho (2021) estudaram a mortalidade infantil por gênero, e os resultados indicaram que características de renda, fecundidade e de pré-natal são importantes fatores associados à mortalidade infantil no país, com impacto maior no sexo masculino.

Em pesquisa a respeito da atenção pré-natal no SUS em que foram estudados 72,9% dos municípios brasileiros, com porte populacional predominantemente inferior a 25 mil habitantes utilizando informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), os resultados apontam que menos de um quarto apresentou pré-natal adequado. Destacaram que a região sul apresentou melhores resultados nos aspectos estruturais e na avaliação geral do pré-natal e que municípios de menor porte apresentaram melhores resultados em todos os itens avaliados. (CUNHA et al, 2019).

Fernandes et al (2020), realizaram um estudo em quatro cidades metropolitanas do Brasil, ocasião em que foi avaliada a atenção à gestação de alto risco desde APS até a atenção especializada, sendo que as de melhor desempenho estavam localizadas na região sul. Apontados como um dos resultados a baixa porcentagem de gestantes que afirmaram realizar acompanhamento compartilhado entre APS e atenção especializada em uma cidade. Ressaltado, por outro lado, que a cobertura de NASF, a utilização de sistemas informatizados de encaminhamento e a regulação das gestantes resultaram em um acompanhamento compartilhado entre APS e atenção especializada.

Esposti et al (2020) ao estudar as características do pré-natal em uma região metropolitana do país, observou que a alta cobertura do pré-natal nem sempre acompanha a melhoria da qualidade do cuidado, visto que apenas 5% das mulheres participantes realizaram todos os procedimentos preconizados a um pré-natal de qualidade. Persistiram também as desigualdades sociais e geográficas no acesso e na adequação do pré-natal.

A avaliação das diretrizes da RC em hospitais e regiões do Brasil em relação às boas práticas do nascimento, também foi analisada em um estudo mais recente e mostrou que dentre as diretrizes avaliadas (acolhimento em obstetrícia; as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; o monitoramento do cuidado e de resultados da assistência ao parto e nascimento; e a gestão participativa e compartilhada), 25% das maternidades do Brasil foram classificadas como não adequadas, com maior percentual na região Norte, seguido por Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul. Os pesquisadores concluíram que a implantação se encontra em estágios diferentes entre as regiões do país, sendo a região Sul e sudeste privilegiados quanto ao grau de implantação em grande parte dos itens avaliados (BITTENCOURT et al, 2021).

Leal et al (2020) em estudo com 80% de representatividade nacional, em que analisaram as condições do pré-natal na rede pública, mais especificamente três indicadores, sendo: de início do pré-natal e o número de consultas recebidas; adequação global que incluiu resultados de exames e orientação para a maternidade de referência; o recebimento da assistência ao parto no hospital. Como resultados observaram que a atenção pré-natal apresenta variações regionais importantes, marcado por desigualdades sociais e econômicas entre as regiões do país com grande diferença entre as regiões Norte e nordeste em relação às regiões Sul, sudeste e Centro-Oeste. A região Sul se destacou com mais de 90% das mulheres com parto nas maternidades referenciadas no pré-natal.

MLinha de Cuidados Materno Infantil no Paraná

No estado do Paraná foi implantado, a partir de 2012, o Programa Rede Mãe Paranaense, com base no conceito da RAS. A necessidade de implantação da Rede Mãe Paranaense foi decorrente de um estudo dos nascimentos e da mortalidade materna no período de 2006 a 2010, em que foram identificadas as principais causas de óbitos e fatores de risco. A Rede Mãe Paranaense é formada pelo conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, pré-natal com no mínimo sete consultas; realização de exames; estratificação de risco, atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de risco e vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

Com objetivo de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, a estratificação de risco foi estabelecida como elemento orientador para a organização da atenção nos diversos níveis de atenção. Foram definidos então para a gestante e a criança os critérios de Risco Alto, Risco Intermediário e Baixo Risco. Conforme a estratificação, as gestantes e as crianças devem ser vinculadas aos hospitais e ambulatórios de especialidades para cuidado adequado (FRANK et al, 2016; PARANÁ, 2018).

A proposta da consolidação da rede mãe paranaense se baseia em cinco componentes: APS de qualidade, com ações do pré-natal, puerpério e primeiro ano de vida; atenção secundária de acompanhamento de gestantes e crianças de risco; atenção terciária com disponibilidade de leitos e garantia da vinculação das gestantes; sistemas logísticos e de informação; e governança da rede por meio das comissões intergestoras (PARANÁ, 2018).

Dalcuche e Mendes (2017) afirmaram que a estratificação de risco é fundamental para organizar o fluxo de atendimento para a assistência especializada. Relataram que essa experiência se iniciou na 15ª Região de Saúde do Paraná em parceria com o CPS local. A referência para gestantes e crianças de risco intermediário e alto é previsto em ambulatório no Hospital de Referência e/ou nos CPS (PARANÁ, 2018).

Atualmente a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR) optou pela denominação de Linha de Cuidado Materno Infantil, tendo como finalidade a organização da assistência nas ações do pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até os 12 meses. Diante da redução da mortalidade materna no estado do Paraná foi realizado uma revisão e atualização dos critérios para a estratificação por meio da organização dos processos da rede de cuidados e tendo em vista mudanças ocorridas no perfil das gestantes, coordenado por equipe técnica da SESA-PR. Foi realizado colaborativamente com os outros pontos de atenção, passando por consulta no Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/PR) e Conselho Estadual de Saúde (CES/PR) sendo aprovado em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB/PR) (CIB/PARANÁ, 2021).

Consta no referido documento, que diferentemente da estratificação anterior, na nova estratificação proposta há maior especificidades nos grupos de gestantes, que incluem características individuais e socioeconômicas e história reprodutiva anterior, condições e intercorrências clínicas ou obstétricas, na gestação atual. Saliou-se também que a APS estaria em todos os estratos de risco, fortalecendo a visão do cuidado compartilhado entre os diversos pontos de atenção. O objetivo é que a gestante que seja de risco intermediário ou alto não tenha alta da APS e sim possa efetuar o acompanhamento integral pelo Plano de Cuidados (CIB/PARANÁ, 2021).

O processo de estratificação de risco da gestante e da criança deve ser reavaliado de forma contínua e dinâmica em todos os atendimentos e sempre que for identificado um valor de risco, valerá o critério de maior risco (PARANÁ, 2021). As tabelas com a estratificação de risco atual e os pontos de atenção em que são atendidos estão no Apêndice A.

Os pontos de atenção que integram a LCMI são a APS, a Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense e Atenção Terciária. A APS deve ser a porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado nos outros níveis de atenção, sendo que a captação precoce da gestante, o acompanhamento da criança e a estratificação de risco devem ser resolutivos e em tempo adequado (PARANÁ, 2018).

A Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense, deve oferecer atendimento ambulatorial especializado com equipe multiprofissional às gestantes e crianças de risco intermediário e alto. Este serviço pode estar localizado em ambulatório do Hospital de Referência e/ou nos CPS sendo o acesso mediante agendamento pelo sistema de regulação (PARANÁ, 2018).

Na Atenção Terciária, a gestante já deve estar vinculada previamente no seu pré-natal e compete a estes serviços receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico, realizar o parto e atender o recém-nato. Os hospitais foram definidos pela SESA por tipologia para receberem gestantes de Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco (PARANÁ, 2018). Os pontos de Atenção da Rede estão na figura 5 a seguir:

Figura 5 – Matriz dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2018.

NIVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde	Hospital de Alto Risco	Casa de Apoio à Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica, UCINCa e UCINCo	Macrorregião de Saúde
Atenção Secundária à Saúde	Hospital de Risco Habitual e	Centro Mãe Paranaens e (gestante	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde

	Intermediário	e criança de risco)	UTI Pediátrica, UTI e UCI Neonatal	
	Hospital de Risco Habitual			
Atenção Primária à Saúde	Núcleo de Apoio à Saúde da Família		Município	Município
	Unidade de Atenção Primária (UAP)		Área de abrangência	
	Domicílio (ACS)		Microárea	

Fonte: PARANÁ, 2018.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020 – 2023 (PARANÁ, 2020a), a LCMI está implantada em todos os municípios do estado e atualmente têm como desafio a redução de nascimentos por cesárea que se encontra acima de 60% nos últimos oito anos.

A respeito da mortalidade materna no estado, enquanto no Brasil a média de mortalidade materna no período de 2014 – 2018 foi de 57,5, no Paraná a média foi de 42,0. Em relação aos estados do Sul, o Paraná foi o que apresentou a maior taxa (PARANÁ, 2020a).

As condições socioeconômicas da população no estado e a organização da linha materno-infantil favorecem a melhora da taxa de mortalidade materna se comparada à média nacional. Alguns determinantes de saúde (cor/raça, local de residência, vulnerabilidade de adolescentes, etc.) ainda indicam a desigualdade social existente. A fecundidade em mulheres brancas é de 1,7 filhos/mil mulheres, entre mulheres negras é de 2,2 filhos/mil mulheres e nas que vivem em domicílios rurais é de 2,38 filhos/mil mulheres. A fecundidade também é maior entre adolescentes (PARANÁ, 2020a).

As taxas de mortalidade materna e infantil do estado do Paraná serão apresentadas conforme dados do Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023 na Figura 6.

Figura 6 — Indicadores de Mortalidade Materna e Infantil do Paraná de 2014 – 2018.

INDICADOR	2014	2015	2016	2017	2018
Razão da Mortalidade Materna	41,3	51,6	47,1	31,7	38,4
Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000/ Nascidos vivos.	11,2	10,9	10,5	10,4	10,3
Taxa de Mortalidade Fetal/1000 Nascidos vivos.	7,5	7,8	6,8	6,8	6,3

Fonte: Paraná, 2020.

Migoto et al (2018) estudaram os fatores de risco de mortalidade neonatal segundo os critérios de estratificação de risco da Linha Materno Infantil do Paraná no ano de 2014. Resultados apontaram como fatores de risco maternos a ausência de acompanhante e perdas fetais e neonatais, o sexo masculino, baixo peso ao nascer, prematuridade, Apgar menor que sete no quinto minuto, presença de anomalia congênita; fatores de risco assistenciais e a realização de até seis consultas de pré-natal.

3 OBJETIVOS

3.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação e as relações estabelecidas pelos CPS na governança da Linha de Cuidado Materno Infantil na Macrorregião Norte do Paraná.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a participação dos CPS como referência ambulatorial especializada na linha de cuidado materno-infantil.
- Analisar a atuação do CPS na implementação da linha de cuidado materno infantil.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa desenvolvida a partir de estudo de caso na Macrorregião Norte do Paraná para investigação da atuação e das relações estabelecidas pelos CPS na governança da Linha de Cuidado Materno Infantil.

A metodologia qualitativa tem o propósito de aprofundar o objeto de estudo olhando para sua pluralidade na forma que está inserida e atravessada por diversas estruturas sociais, não podendo ser respondidas por características de variáveis únicas. A complexidade do objeto estudado nesta abordagem leva o pesquisador a apresentar apenas uma parte da realidade, sendo que esta sofre a interferência da visão do mesmo no fenômeno estudado. Assim sendo, o resultado da pesquisa é dado por meio da interação/intermediação do pesquisador com o objeto de estudo, trazendo uma construção de versões da realidade (DESLANDES, ASSIS, 2002; FLICK, 2009).

Para Minayo “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2014, p.57). A respeito da pesquisa com o desenho estudo de caso a autora coloca:

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos (MINAYO, 2014, pg. 164).

Trata-se de um estudo de caso único com múltiplas unidades de análise. O caso em estudo é a Macrorregião Norte do Paraná e a atuação dos cinco CPS desta região na LCMI se constituem nas unidades de análise.

18. ^a	Cornélio Proκόpio	21	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná — CISNOP	223.442
19. ^a	Jacarezinho	22	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro — CISNORPI	288.438
22. ^a	Ivaiporã	16	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã — CIS	130.003

Fonte: SESA, 2020.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo que a primeira se tratou de forma documental para descrever a organização da linha materna infantil na Macrorregião Norte. A análise documental tinha por objeto coletar informações de como a linha de cuidados materno infantil está estruturada e para tanto buscou-se a linha guia vigente, atas das comissões intergestoras, resoluções e decretos da SESA para analisar os pontos existentes no atendimento ambulatorial e hospitalar. Para a busca do atendimento na Atenção Primária a Saúde realizou-se uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi utilizado como descritores de busca no CNES: estabelecimentos da gestão municipal de administração pública e selecionados os que se enquadravam como Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família. Os pontos de atenção especializados e hospitalares foram levantados em documentos da SESA-PR. Posteriormente os dados foram lançados em planilha e classificados em pontos que atendem a atenção primária à saúde APS, estabelecimentos credenciados para atendimento ambulatorial especializado e hospitais para referência para os riscos de partos.

A segunda etapa teve como método entrevistar gestores municipais de saúde, representantes do serviço estadual da regional de saúde; gerentes da área materno-infantil dos Consórcios Públicos e presidentes do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS). A entrevista como técnica de pesquisa qualitativa é a estratégia mais utilizada no processo do trabalho em campo, pois é uma conversa com um objetivo final (MINAYO, 2014). Duarte (2004) afirma que a entrevista pode ser um aprofundamento na compreensão da lógica e das relações de determinado grupo.

Entrevista pode ser estruturada, semi-estruturada, aberta, com grupos focais, de história de vida e também projetivos (QUARESMA, BONI, 2005;

FRASER, GONDIM, 2004).

Selecionou-se o uso da entrevista semi-estruturada com roteiro pré-elaborado para nortear os tópicos voltados para o objetivo da pesquisa. Esta técnica dá espaço para colocações livres do entrevistado e interações entre o participante e o pesquisador (FRASER, GONDIM, 2004).

A escolha dos participantes da pesquisa foi realizada para ouvir diversos atores em situações de vivências diferentes, com a finalidade de colher conteúdos significativos de modo a compreender o objeto de estudo. Assim foram elencados representantes dos CPS, dos municípios e da Secretaria de Saúde do Paraná (SESA-PR) lotados nas Regionais de Saúde (RS) da Macrorregião Norte.

As falas dos entrevistados foram codificadas com a letra M para representar o município, R regional de saúde, C consórcio e S CRESEMS e um número, de acordo o número de representantes (M1-M12; R1-R5; C1-C6; S1-S5). Para as entrevistas com os representantes das RS foram convidados os servidores que atuam na Seção de Ações Estratégicas e Rede de Atenção à Saúde (SCAERA). Os representantes dos consórcios foram os diretores executivos.

Como a região é composta por diversos municípios, utilizou-se a combinação de alguns critérios para a seleção destes. Os critérios foram: porte populacional do município — pequeno porte I (menos que 5 mil habitantes), pequeno porte II (de 5 a 20 mil habitantes), médio porte (entre 20 e 50 mil habitantes), maior porte (mais que 50 mil habitantes); ser sede do consórcio, estar próximo (menos de 50 km) ou distante da sede do consórcio (mais de 50 km), gestores presidentes do CRESEMS. A combinação desses critérios resultou em:

- 16 RS — Apucarana (sede e maior porte), Arapongas (maior porte e próximo), Cambira (pequeno porte II e próximo), Grandes Rios (pequeno porte II e distante) e Novo Itacolomi (pequeno porte I, próximo e representante do CRESEMS).
- 17 RS – Londrina (sede e maior porte), Lupionópolis (pequeno porte I, distante e representante do CRESEMS), Rolândia (maior porte e próximo), Tamarana (pequeno porte II e próximo).
- 18 RS – Cornélio Procópio (sede e maior porte), Andirá (médio porte e distante), Sapopema (pequeno porte II, distante e representante do CRESEMS), Santo Antônio do Paraíso (pequeno porte I e distante).
- 19 RS – Jacarezinho (sede e médio porte), Santo Antônio da Platina (médio porte e próximo), São José da Boa Vista (pequeno porte II, distante e representante do CRESEMS), Figueira (pequeno porte II e distante).
- 22 RS – Ivaiporã (sede e médio porte), Nova Tebas (pequeno porte II, distante e representante do CRESEMS), São João do Ivaí (pequeno porte II e próximo).

Na amostra foram selecionados 20 municípios. Houve três recusas entre os municípios selecionados sendo então entrevistados 17 gestores municipais (entre eles quatro representantes sendo os presidentes do CRESEMS). Foram entrevistados cinco representantes da secretaria de estado e seis dos CPS. Em um dos consórcios foram dois entrevistados diretores, devido ao porte do consórcio, sendo a diretora-geral e a diretora da área materno-infantil.

O roteiro da entrevista semi-estruturada se definiu por questões direcionadas aos gestores municipais, aos diretores dos consórcios e aos representantes das RS/CRESEMS que versavam sobre: a atuação do CPS, a participação na organização e na prestação de serviços dos CPS, a avaliação das ações prestadas pelo CPS, a cooperação do CPS com os entes envolvidos na LCMI e dificuldades encontradas para a governança da LCMI (Apêndice B). Foi realizado um teste piloto do roteiro de entrevista aplicado a um município não participante, para balizamento das questões norteadoras e dos entrevistadores.

As entrevistas foram realizadas remotamente, via plataforma

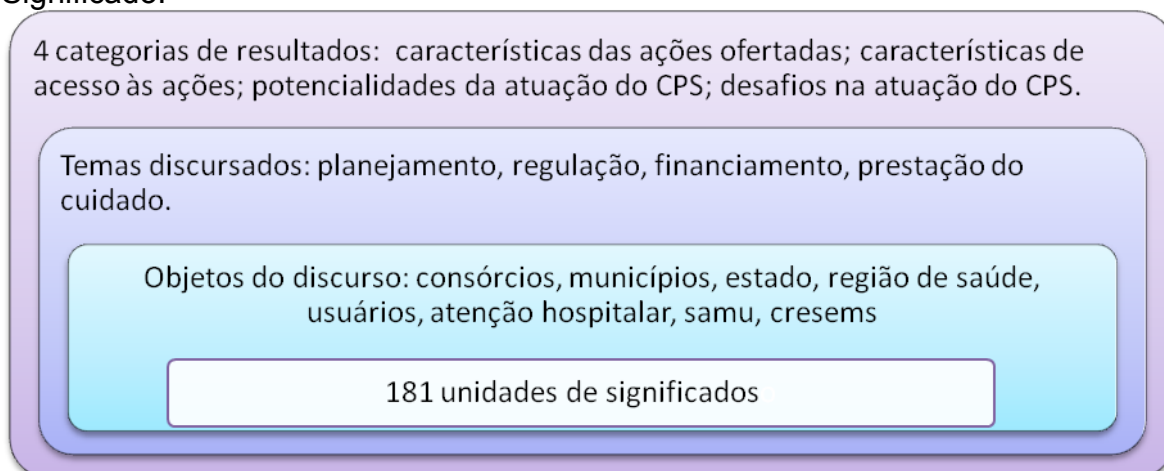
digital Google Meet devido à necessidade de manter o distanciamento social pela pandemia da Covid-19. Foram realizadas no período de setembro de 2020 a março de 2021 e tiveram uma média de duração de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) enviado por meio digital via Google Forms, antes de iniciar as entrevistas.

A análise do material das entrevistas foi realizada com base na análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (1989). O tratamento dos dados coletados nas entrevistas se deu por interpretações com o propósito de compreender os sentidos e o significado das palavras, frases e sentenças.

Este método de análise é dividido em quatro momentos: (1) uma leitura geral do material sem buscar ainda qualquer interpretação; (2) identificar as unidades de significado, relendo o texto quantas vezes for necessário; (3) expressar a interpretação das unidades de significado identificadas; (4) síntese dos *insights* de todas as unidades de significado transformadas em uma descrição do fenômeno. (MARTINS, BICUDO, 1989).

As falas foram codificadas segundo a sequência numérica dos entrevistados e resultaram em 181 unidades de significado. A partir das interpretações das unidades de significado foram classificados por temas conforme o discurso sendo: planejamento, regulação, financiamento, oferta de ações e serviços. Após observação do objeto do discurso e dos temas foram criadas as categorias de análise dos resultados conforme apresentado na figura 9.

Figura 9: Mapa da análise dos resultados encontrados a partir das unidades Significado.



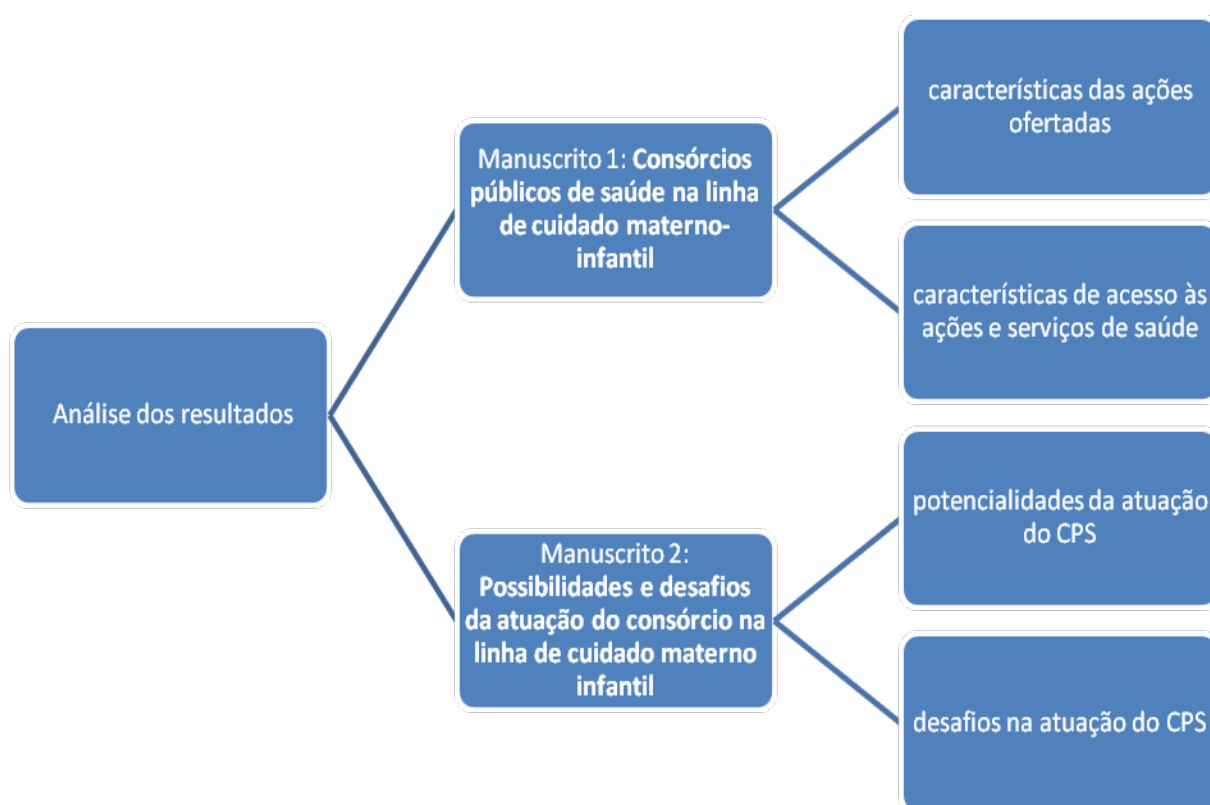
Fonte: o Autor

Este estudo integra a pesquisa maior, denominada Estratégias de Cooperação para a Regionalização em Saúde em regiões do Paraná, submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da universidade a qual a pesquisadora está vinculada CAAE: 04165518.2.0000.5231 e sob número 4.074.080 de 7 de junho de 2020. (ANEXO A)

5 RESULTADOS

A partir da observação dos resultados definiu-se apresentá-los na forma de dois artigos para discussão em duas áreas: 1) Consórcios públicos de saúde na de linha de cuidados materno-infantil 2) possibilidades e desafios da atuação do consórcio na linha de cuidados materno-infantil. Os eixos da organização dos resultados são apresentados na figura 10 a seguir:

Figura 10: Organização dos resultados da pesquisa



Fonte: o autor.

5.1 MANUSCRITO 1: CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

RESUMO

Os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) no Paraná gerenciam ambulatórios para fornecer a assistência de média complexidade na Linha de Cuidados Materno Infantil (LCMI). O objetivo deste estudo foi analisar a participação dos CPS como referência ambulatorial especializada na LCMI na macrorregião norte do Paraná. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso dos CPS existentes em uma macrorregião de saúde. Foi realizada entrevista semi-estruturada com gestores municipais, representantes das regionais de saúde, dirigentes dos consórcios e presidentes do CRESEMS das regiões. O material foi analisado com base no referencial de análise do discurso. Os resultados apontaram que o CPS é importante para garantir a oferta integral na linha de cuidados estudada; apresenta qualidade técnica especializada com potencial para suporte a APS dos municípios; o acesso às ações dos consórcios apresentou disparidades entre as regiões, com maior dificuldade às regiões mais populosas e a municípios mais distantes da sede do consórcio. Conclui-se que a participação dos CPS é importante para a garantia integral do cuidado nesta linha de cuidados e no apoio à APS em educação permanente, porém ainda estão presentes limitações no acesso aos serviços ofertados.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Serviços de Saúde Materno-infantil; Regionalização da Saúde; Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

5.1.1 Introdução

A federação brasileira é composta por união, estados e municípios. De acordo com Souza (2019) a forma como o federalismo é desenhado tem influência sobre as políticas públicas. A distribuição do poder no federalismo entre os entes federados pode ser vista como uma resposta às transformações econômicas, políticas e socioculturais e nesse contexto os modelos de relação podem ser cooperativos, competitivos ou duais (VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002; ALMEIDA, 2001; FRANZESE, ABRUCIO, 2013).

A Constituição Federal de 1988 prevê uma responsabilidade compartilhada em diversas áreas de políticas públicas, demonstrando a necessidade de cooperação entre os entes federados (ABRÚCIO, 2013). No Brasil, a regionalização é uma estratégia de descentralização da distribuição de atribuições entre os entes federados para a aplicação das políticas públicas (VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002).

O processo de descentralização da política de saúde teve dois momentos, um primeiro na década de 1990 com ênfase na municipalização e a partir dos anos 2000 com ênfase na regionalização (LIMA et al, 2012). Para a regionalização, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram elencadas como instrumento para organização dos serviços nos territórios. Estas consistem no conjunto de ações e serviços de saúde articulados em diferentes níveis de complexidade para garantir a integralidade do cuidado. A RAS foi escolhida como estratégia de organização do sistema de saúde no Decreto n. 7508/2011 que regulamentou a lei 8080/1990 (BRASIL, 2011a).

Na instituição das RAS, foram elencadas linhas prioritárias para sua organização conforme dados epidemiológicos (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014), e a linha de cuidado materno infantil (LCMI) foi uma das primeiras. O programa de organização da LCMI ao nível federal foi publicado em 2011 (UNASUS, 2015) e em 2012 o estado do Paraná iniciou o desenvolvimento da LCMI, baseado no modelo das RAS e do cuidado às condições crônicas (PARANÁ, 2018).

A proposta da consolidação da LCMI no Paraná se baseia em cinco componentes: atenção primária de qualidade, com ações do pré-natal, puerpério e primeiro ano de vida; atenção secundária de acompanhamento de gestantes e crianças de riscos; atenção terciária com disponibilidade de leitos e garantia da vinculação das gestantes; sistemas logísticos e de informação; e governança da rede por meio das comissões intergestoras (PARANÁ, 2018). Os CPS são um dos pontos de atenção especializada para o atendimento de gestantes e crianças de risco intermediário e alto (PARANÁ, 2020a).

No estado do Paraná, os CPS têm uma trajetória iniciada na década de 1990 sendo implantados em todas as regiões do estado. Atualmente, abrangem quase totalidade dos municípios e uma população de 8.612.864 habitantes (PARANÁ, 2020c). Com incentivo do governo estadual, os CPS têm sido qualificados e utilizados para ofertar o atendimento ambulatorial especializado na RAS (ROCHA, 2016; PARANÁ, 2020a).

O primeiro programa de incentivo financeiro e qualificação dos CPS foram realizados em 2012 e denominava-se Programa Estadual de Apoio ao Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná - COMSUS. No ano de 2020, o estado do Paraná criou o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - QUALICIS em substituição ao COMSUS por meio da Resolução da SESA-PR n. 1418/2020 (PARANÁ, 2020b). Neste programa, o objetivo é a implementação dos ambulatórios médicos de especialidades em todas as regiões de saúde do estado, consolidando-se como ponto de atenção secundária da RAS. O QUALICIS conta com componentes de incentivo de custeio, infraestrutura e educação permanente.

Neste cenário, torna-se necessário aprofundar a investigação de como os CPS, enquanto um instrumento na regionalização das ações (FLEXA, BARBASTEFANO, 2020) participam na LCMI. Entende-se que para a efetivação da RAS é necessária uma APS ordenadora, a articulação entre os níveis de atenção, sistemas de informação e a governança das ações regionais (MENDES, 2011). Neste estudo, considera-se governança a “ação de governar, incluindo o exercício de poder e a condução da política pública, em um processo que envolve relações entre múltiplos atores em contextos institucionais específicos” (LIMA, ALBUQUERQUE, SCATENA, 2016, pg. 5). Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a participação dos CPS como referência ambulatorial especializada na linha de cuidado materno-infantil na macrorregião norte do Paraná.

5.1.2 Métodos:

Trata-se de um estudo qualitativo para o aprofundamento da temática a respeito da regionalização e os consórcios, visto que estas são questões difíceis de serem mensuradas. O trabalho foi desenvolvido a partir de estudo de caso dos consórcios existentes na Macrorregião Norte do Paraná sendo sua área de abrangência composta por cinco Regionais de Saúde (RS), denominadas, 16.^a, 17.^a, 18.^a, 19.^a e 22.^a RS que totalizam 97 municípios e abrangem uma população de 1.990.792 habitantes. Nesta macrorregião se encontram cinco consórcios que gerenciam ambulatórios de especialidades, sendo um em cada região ou RS (PARANÁ, 2020a).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo que a primeira se

tratou de forma documental para descrever a organização da linha materna infantil na Macrorregião Norte. A análise documental tinha por objeto coletar informações de como a linha de cuidados materno infantil está estruturada e para tanto buscou-se a linha guia vigente, atas das comissões intergestoras, resoluções e decretos da SESA para analisar os pontos existentes no atendimento ambulatorial e hospitalar. Para a busca do atendimento na Atenção Primária a Saúde realizou-se uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi utilizado como descritores de busca no CNES: estabelecimentos da gestão municipal de administração pública e selecionados os que se enquadravam como Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família. Os pontos de atenção especializados e hospitalares foram levantados em documentos da SESA-PR. Posteriormente os dados foram lançados em planilha e classificados em pontos que atendem a atenção primária à saúde APS, estabelecimentos credenciados para atendimento ambulatorial especializado e hospitais para referência para os riscos de partos.

Outra forma de obtenção dos dados foi entrevista com gestores municipais de saúde; representantes do serviço estadual da região de saúde, que atuam no setor de Serviço e Cuidado à Rede de Atenção (SCAERA); presidentes do Conselho Regional de Secretárias Municipais de Saúde (CRESEMS) e diretores executivos dos CPS. Em um consórcio foi entrevistado além do diretor-executivo, a diretora de planejamento por maior aproximação específica da área materno-infantil.

Para realização das entrevistas, foram selecionados 20 municípios a participarem do estudo. Elencaram-se os seguintes critérios para seleção: porte populacional do município — pequeno porte I (menos que 5 mil habitantes), pequeno porte II (de 5 a 20 mil habitantes), médio porte (entre 20 e 50 mil habitantes), maior porte (mais que 50 mil habitantes); ser sede do consórcio, estar próximo (menos de 50 km) ou distante da sede do consórcio (mais de 50 km), gestores representantes do CRESEMS em cada Regional de Saúde. Ocorreram três perdas entre os municípios selecionados, assim foram entrevistados 17 gestores municipais (entre eles quatro representantes do CRESEMS) e mais cinco representantes da secretaria de estado e seis dos consórcios, totalizando 27 entrevistas. As características dos municípios estão apresentadas na figura 11 a seguir:

Figura 11 — Características dos municípios entrevistados



Fonte: a autora ou elaborado pela autora

Nesta pesquisa optou-se pelo uso da entrevista semiestruturada. Foi realizado um piloto do roteiro utilizado com um gestor não participante da pesquisa e a versão final continha perguntas abertas relacionadas aos temas das ações e serviços prestados pelo CPS na LCMI e características do acesso às ações ofertadas. Os entrevistados? Foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado por meio digital via Google Forms antes de iniciar a entrevista. Estas ocorreram após agendamento no período de setembro de 2020 a março de 2021, remotamente, via plataforma digital Google Meet, após a validação do roteiro. O material foi transcrito pela pesquisadora e após descartado conforme o TCLE. As falas dos entrevistados foram codificadas com a letra M para representar o município, R regional de saúde, C consórcio e S CRESEMS e um número, de acordo o número de representantes (M1-M12; R1-R5; C1-C6; S1-S5).

As entrevistas foram analisadas com base na análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (1989) e o aprofundamento teórico da discussão baseou-se no referencial do federalismo e das RAS. Seguiu as etapas de leitura geral, identificação das unidades de significado, interpretação das unidades e síntese das percepções encontradas (MARTINS, BICUDO, 1989). Ao final foram elencadas 181 unidades de significados e divididas nos temas de planejamento, regulação, financiamento, oferta de ações e serviços. A partir do olhar dos temas dos discursos foram separadas nas categorias apresentadas.

A pesquisa seguiu os padrões estabelecidos pela resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012) e integra uma pesquisa maior denominada Estratégias de Cooperação para a Regionalização em Saúde: os casos do Paraná (Brasil). Foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da instituição de ensino a qual a pesquisadora está vinculada sob o número 4.074.080 de 7 de junho de 2020.

5.1.3 Resultados

Dos resultados encontrados da identificação dos pontos de atenção da LCMI (análise documental) e da análise das entrevistas foram constituídas as seguintes categorias: as características das ações ofertadas e as características de acesso às ações e serviços de saúde.

Características das ações ofertadas

Em relação à inserção na LCMI na Macrorregião Norte do Estado do Paraná, foram identificados pontos de atenção nos três níveis de assistência em todas as regiões pesquisadas, sendo que os consórcios públicos de saúde participam por meio dos atendimentos ambulatoriais especializados (AAE) para atenção às gestantes e crianças. Cabe salientar que em três regiões (18.^a, 19.^a e 22.^a RS) todos os serviços de âmbito ambulatorial especializado são ofertados pelos consórcios. A 16.^a RS possui mais dois ambulatórios para atendimento além do consórcio e o município sede da 17.^a RS também possui um serviço próprio ambulatorial e um ambulatório de especialidade vinculado a uma universidade local. Além dos CPS, os demais pontos de atenção da LCMI na região estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 — Número de estabelecimentos de saúde que prestam atendimento conforme a estratificação de risco da Linha Materno-Infantil na Macrorregião Norte do Paraná no ano de 2021.

Regionais de Saúde	APS	AAE	AH1	AH2	AH3
16	112	3	5	3	1
17	128	3	4	3	2
18	66	1	5	2	1
19	100	1	1	1	1
22	78	1	9	1	1

Legenda: APS — Atenção Primária à Saúde; AAE — Atenção Ambulatorial Especializada; AH 1 — Atenção Hospitalar de Parto para Risco Habitual; AH 2 — Atenção Hospitalar de Parto para Risco Intermediário; AH 3 — Atenção Hospitalar de Parto para Alto Risco.

Fonte: SESA, DATASUS.

Segundo os participantes da pesquisa a inserção dos CPS na LCMI é importante para a oferta de serviços especializados trazendo a possibilidade de atenção integral à condição de saúde das gestantes e crianças, como relatados:

O materno infantil é onde o consórcio tem mais atuado (M1); A Rede Materno-Infantil, em relação ao Consórcio, é uma das mais estruturadas (S1, C1). Tirou um peso das nossas costas porque precisamos desse atendimento, senão íamos dar essa gestante onde? (M8).

Observou-se que o papel que o consórcio assume na LCMI é influenciado por diferentes aspectos como a organização de saúde do município e seu porte populacional. No município sede com maior porte populacional o consórcio é mais utilizado para o atendimento da população de risco intermediário, sendo que as gestantes e crianças de alto risco são encaminhadas para outros serviços especializados. Participante de outro município, sede de uma regional, porém com menor porte populacional relatou que as gestantes de risco habitual e intermediário são atendidas na APS até o sexto mês, depois o pré-natal é centralizado na maternidade de referência do próprio município. Somente o alto risco é encaminhado para o consórcio.

A maioria dos municípios de pequeno porte realizava o pré-natal de todas as gestantes na APS, independente do risco gestacional e em concomitância também encaminhava as gestantes de risco intermediário e de alto risco para o consórcio. Os focos de atendimento dos CPSs relatados foram o risco intermediário e alto. Entre os serviços ofertados encontram-se: consultas agendadas com médico especialista e equipe multiprofissional, exames laboratoriais previstos na linha guia, ultrassom obstétrico, ultrassom morfológico em alguns centros, outros exames e consultas especializadas no atendimento à criança de risco. Para além destas, alguns CPS também oferecem atividades de planejamento familiar com vista ao processo de vasectomia e laqueadura.

O consórcio da 17.^a região de saúde realiza trabalhos diferenciados quanto ao modelo de cuidado. Este trabalha interdisciplinarmente na linha da psicanálise com enfoque no vínculo materno infantil, atendimentos com a equipe multiprofissional em duplas terapêuticas, e discussão de caso com outros setores como o serviço social e o ministério público.

O papel dos CPS também passa pelo apoio às equipes de saúde, por algumas ações de formação voltadas para o aprimoramento da estratificação de risco:

Eles fazem educação permanente com os municípios [...] efetuam orientação sobre estratificação de risco e realizam matriciamento, não só a educação permanente, mas também na educação continuada (R1).

Esse apoio em outras regiões ocorreu conjuntamente com as regionais de saúde: *mas até hoje efetuamos visita nos municípios, visitas nas UBS, para trabalhar estratificação de risco, de trabalhar vigilância e monitoramento, para trabalhar usuário (C1)*. O entrevistado afirmou ainda que o processo de educação permanente deva ser contínuo devido à rotatividade de profissionais na APS.

Na maior parte das entrevistas realizadas, foi reconhecida a boa qualidade técnica dos profissionais que atuam nos CPS, que o atendimento é qualificado e humanizado.

Temos um acolhimento bom deles (M3); elas são muito bem atendidas e que é um cuidado qualificado sim, (S1); eles são muito caprichosos mesmo com essa área do cuidar, eles têm bastante comprometimento (M4).

As ações desenvolvidas pelos Consórcios mostraram-se qualificadas e importantes para a oferta de serviços integralmente na linha de cuidado estudada. Tal característica foi suporte e apoio às equipes dos municípios.

Condições de acesso às ações e serviços de saúde

No que se refere ao acesso às ações e serviços ofertados pelos CPS, alguns municípios, em regiões com menor densidade populacional afirmaram não encontrar dificuldades no acesso de vagas a para a LCMI: *não falta, na Rede Materno Infantil toda vez que precisamos é bem tranquilo (S1)*.

Outros municípios de região de maior porte populacional afirmaram encontrar dificuldades no acesso aos serviços ofertados, mesmo para o alto risco. Entre os problemas relativos ao acesso foram mencionadas as longas distâncias entre os municípios e o município sede do consórcio, sendo que este é um fator que contribui para a não adesão ao pré-natal: *enfrentar uma estrada de 120 km [...] o tempo de espera no consultório (é por lista de chegada, por vez) aquela fila lá também é bem desgastante, além da distância (M10).*

Outro aspecto apontado como limitador do acesso foram falhas na estratificação de risco e baixa oferta de consultas de médico obstetra na APS colocadas por representantes dos consórcios e das regionais de saúde. Tal fator pode resultar em uma transferência de responsabilidade do pré-natal da gestante para o ambulatório de especialidades, aumentando a demanda para o CPS.

Ambulatório é para ele ser suporte da APS, não para ele (efetuar) o pré-natal todo. Então vemos com uma transferência de responsabilidade (C1); a equipe da APS esquece que a gestante é do seu território (R1).

O município ainda peca na questão da estratificação dessas gestantes [...] vinham para atendimento que não havia necessidade, eram gestantes habituais (R5).

Um dirigente de consórcio relatou que realiza uma regulação das vagas ofertadas com uma estratificação pela equipe do CPS. Devido à demanda para os CPS ser maior que a oferta de consultas e mesmo os municípios consorciados seguindo as orientações da linha guia, tal procedimento foi necessário para melhoria do acesso.

5.1.4 Discussão

Os consórcios públicos de saúde no Paraná seguiram o modelo de ação da cooperação federativa entre os entes municipais, sendo predominantemente constituídos por municípios de pequeno porte para viabilizar a provisão de serviços em saúde não existentes no território (RIBEIRO, COSTA, 2000; NICOLETTO, CORDONI JR, COSTA, 2005; ROCHA, 2016; FLEXA e BARBASTEFANO, 2020).

A região pesquisada neste estudo é composta em sua maioria por municípios de pequeno porte, sendo apenas quatro municípios com mais de 100 mil habitantes (IPARDES, 2021). Os participantes desta pesquisa reconheceram a importância deste instrumento para viabilizar a oferta de ações na LCMI assim como encontrado em estudos a respeito dos CPS em outras regiões do país (MENDONÇA E ANDRADE, 2018; LEAL ET AL, 2019; FERNANDEZ, PINTO, 2020).

No Paraná houve indução do governo estadual sob forma de programa de apoio dos ambulatorios e financiamento das ações realizadas conforme pactuação com a LCMI do estado para haver um rol mínimo de serviços seguindo o modelo de atenção às condições crônicas (PARANÁ, 2020b). Tal aspecto pode ser um fator que proporcionou a melhoria da qualidade dos atendimentos e serviços prestados, visto que o financiamento permanente e o monitoramento das ações possibilitaram condições para a qualificação.

A participação dos CPS na LCMI exemplifica um dilema do federalismo brasileiro como a cooperação e coordenação. De acordo com Souza (2019) a cooperação é voluntária e típica das relações intergovernamentais e a coordenação é hierárquica e característica das relações intragovernamentais sendo que ambas podem ocorrer simultaneamente. A política de saúde brasileira conta com “um desenho sofisticado e engenhoso de coordenação horizontal e vertical para sua implementação” (SOUZA, 2019, pg.8). Vimos que os CPS são instrumento importante de cooperação entre os municípios para facilitação da prestação dos serviços e o estado tem importante papel na coordenação dos serviços ofertados pelo CPS para a organização da RAS nas regiões de saúde. Este assume a responsabilidade hierárquica em reger as diretrizes para a implantação e qualificação dos atendimentos ambulatoriais.

A qualidade dos atendimentos pelo CPS citada pelos entrevistados neste estudo também foi relatado em outro estudo que pesquisou a atenção odontológica. Lippert (2020) apresentou que os profissionais em um centro de especialidades odontológicas (CEO) vinculado a um CPS, mencionaram que além da qualidade técnica, a resolutividade de seus problemas de saúde culminou no relato de satisfação dos usuários.

A APS necessita de suporte na área de capacitação e educação permanente, dado que muitos municípios de pequeno porte não contem especialistas no seu quadro clínico. Devido ao CPS possuir uma equipe técnica multidisciplinar especializada, este pode ser um potente instrumento de auxílio na capacitação das equipes municipais de APS. Estudos também apontaram que a escassez de especialistas na APS acarreta sobrecarga dos ambulatórios de especialidades em conjunto com as falhas na estratificação de risco, principalmente o intermediário, causa aumento da demanda. A execução das funções essenciais da APS é prejudicada pela escassez, falta de qualificação, má distribuição dos recursos humanos e subfinanciamento desse nível de assistência (BOUSQUAT et al, 2019; DELANHEZE, 2020).

No estado do Paraná, o programa QUALICIS também prevê a educação permanente como um de seus componentes de execução pelos CPS e é uma das ações elencadas na avaliação realizada pelas equipes regionais e estaduais (PARANÁ, 2020b). A educação permanente e o apoio às equipes é papel importante dos CPS, podendo reduzir demanda, trazer ou propiciar maior resolutividade na APS e auxílio em planejamento e gestão (ANDRADE, 2018; FERNANDEZ, PINTO, 2020).

Em relação ao acesso às ações e serviços ofertados pelo CPS pode-se verificar uma divergência nos depoimentos conforme a região de saúde. A diferença das regiões de saúde mostrou que o serviço ambulatorial ainda tem capacidade limitada frente à demanda populacional. Os relatos de maior dificuldade de acesso foram de gestores pertencentes às regiões mais populosas (16.^a e 17.^a Regional de saúde). Cunha et al (2019) ao estudar a adequação ao pré-natal, encontraram que municípios de maior porte apresentaram pior desempenho comparado a municípios menores por encontrarem mais dificuldades no equacionamento das ações de políticas públicas. O acesso aos serviços de saúde é um pilar do SUS e compõem o processo de regulação.

A regulação em saúde é um termo polissêmico que se incorporou ao longo da implantação da política de saúde (BARBOSA, GUIMARÃES, 2021; FREIRE et al, 2020). Ela já era utilizada antes da criação do SUS, mas buscou-se maior definição no sistema pela Política Nacional de Regulação por meio da Portaria do MS/GM n. 1559/2008 tendo sido divididas em três dimensões: regulação de sistemas de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência. Na regulação da assistência, a APS teve uma ampliação do seu papel com implantação de normativas, porém não necessariamente efetivando-se, na prática em todos os locais (MELO et al, 2021).

De acordo com Freire et al (2020) a regulação dos serviços de saúde no Brasil é organizada por listas e fluxos assistenciais mais normativos que se distanciam das necessidades dos usuários quanto ao cuidado integral. Como exemplo da necessidade das usuárias, os problemas elencados da distância dos municípios de residência à sede do consórcio dificultam para a adesão das gestantes. Seria importante neste caso o CPS ofertar serviços aos consorciados que atendam algumas necessidades específicas.

Barbosa e Guimarães (2021) pontuaram que a regulação assistencial vai além dos documentos normativos e pode ser garantido pelos atores envolvidos no serviço prestado. Estes pesquisadores, ao estudar o acesso ao pré-natal e parto, concluíram sobre a importância da relação dos atores, utilizando as regras e os recursos disponíveis, para a regulação dessa rede e as usuárias reconheceram a importância da APS para o acesso à rede. Conforme a diretriz estadual da LCMI cabe à APS encaminhar, via central de regulação, e monitorar as gestantes de risco para o ambulatório referência (PARANÁ, 2018).

A necessidade de uma regulação adequada aos serviços de média complexidade na região norte do Paraná com garantia dos serviços em tempo oportuno também foi elencada por Domingos, Ferraz e Carvalho (2019). Outros estudos também apontaram que ainda é insuficiente a estrutura para a realização do pré-natal no país, apesar da região sul destacar-se positivamente nos aspectos estruturais em relação às demais regiões do Brasil (LEAL ET AL, 2018; CUNHA ET AL, 2019). No entanto, ainda há necessidade de melhorias na linha materno infantil no Paraná em relação ao preenchimento do sistema de informação e na qualificação dos profissionais para atingir as metas propostas de redução da mortalidade materna e infantil a incidência de partos cesáreos (FRANK et al, 2016).

5.1.5 Conclusão

Os consórcios públicos de saúde apresentaram-se como uma possibilidade de oferta de serviços ambulatoriais na implementação da rede de atenção à saúde. As ações de serviços ofertados diferenciaram-se conforme a região e os aspectos dos municípios participantes, como o porte populacional.

Os CPS sendo apoiado pelo ente estadual no que se refere à avaliação, monitoramento e apoio financeiro podem apresentar efeitos positivos na sua atuação, qualificando-o no modelo de cuidado em redes.

A atuação do CPS em educação permanente além da prestação assistencial de serviços demonstra potencialidade para a qualificação da APS e melhoria do fluxo dentro da LCMI. Há espaço para ampliação deste papel de apoio técnico aos municípios, visto que houve o reconhecimento da boa qualidade técnica dos especialistas que atuam no CPS.

Visualizou-se alguns desafios a serem superados como o fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado na rede, melhorando a regulação aos serviços ambulatoriais. Neste ponto, o aumento do financiamento às ações em saúde também é necessário para ampliação das condições estruturais de oferta do cuidado à saúde da gestante e da criança.

Foram fatores limitantes do estudo não ter inserido a visão das usuárias da LCMI, principalmente em relação à qualidade e ao acesso da assistência prestada pelos CPS.

5.2 MANUSCRITO 2: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO CONSÓRCIO NA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a atuação dos consórcios públicos de saúde (CPS) na implementação da linha de cuidado materno infantil (LCMI). Métodos: Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso dos CPS existentes em uma macrorregião de saúde. Foi realizada entrevista semi-estruturada com gestores municipais, representantes das regionais de saúde, dirigentes dos consórcios e presidentes do CRESEMS das regiões. O material foi analisado com base no referencial de análise do discurso. Observou-se a participação dos CPS no grupo condutor da LCMI e outros espaços de governança da região de saúde; a utilização de ferramentas digitais para comunicação entre os consórcios com outros pontos da rede; a centralização do planejamento das ações no ente estadual com pouca flexibilização nas regiões; financiamento pelo estado; e falha na integração entre os pontos de atenção da LCMI. Conclusão: os CPS são um instrumento relevante na cooperação e no apoio aos municípios nos espaços de governança. O ente estadual tem importante papel no financiamento perene dos serviços gerenciados pelos CPS, porém por vezes é centralizador no planejamento de ações da LCMI. Ainda há fragmentação nas ações entre os pontos de atenção desta linha de cuidado.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Serviços de Saúde Materno-infantil; Regionalização da Saúde; Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS)

5.2.1 Introdução

O federalismo brasileiro é constituído por três entes federados: união, estados e municípios. É uma forma de organização política de distribuição de poder na qual o governo nacional e os subnacionais têm autonomia na sua esfera de ação, mas também estabelecem relações que podem ser competitivas ou cooperativas (FRANZESE, ABRUCIO, 2013; SOUZA, 2019).

O processo de descentralização da saúde no Brasil teve sua ênfase nos municípios na década de 1990. A partir dos anos 2000 houve maior empenho para a regionalização por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) publicada em 2001, do Pacto pela Saúde publicado em 2006. Posteriormente o Decreto n. 7508/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e definiu critérios para a regionalização. A organização do Sistema de Saúde em Redes de Atenção (RAS) foi definida como estratégia de organização para a regionalização por meio da Portaria do Ministério da Saúde n. 4279/2010 (LIMA, 2013; RIBEIRO ET AL, 2018).

No Brasil, para a implementação das políticas é necessário haver um equilíbrio entre a coordenação e a cooperação dos entes federados (SOUZA, 2019). Embora as políticas de saúde sejam elaboradas no âmbito da união, os municípios ainda são os principais responsáveis pela execução dessas políticas. Destaca-se que os municípios de pequeno e médio porte têm capacidade instalada insuficiente para garantir atenção integral, especialmente na média e alta complexidade (MAC) (LIMA, 2013).

Nesse contexto, os municípios induzidos e apoiados pelos estados, buscaram por meio de associações e consórcios a garantia de acesso aos serviços de MAC aos seus munícipes. Os consórcios intermunicipais de saúde ou consórcios públicos de Saúde (CPS), como serão denominados neste texto, podem cooperar na coordenação e integração entre os entes federados e “representam um ganho de escala na prestação de serviços públicos, na racionalidade de processos e de despesas” (FLEXA, BARBASTEFANO, 2020, pg.326).

As experiências com os CPS têm sido descritas como exitosas no processo de regionalização. No entanto, a cooperação federativa ainda não é um padrão dominante no Brasil. Assim, os consórcios, junto a distritos sanitários e colegiados regionais, são instrumentos potenciais de favorecimento da cooperação federativa (RIBEIRO ET AL, 2017).

No estado do Paraná, os CPS têm uma trajetória iniciada na década de 1990 e estão presentes em todas as regiões do estado abrangendo a maior parte da população. Com incentivo do governo estadual, os CPS têm sido qualificados e utilizados para ofertar o atendimento ambulatorial especializado na RAS (PARANÁ, 2020a).

A linha de cuidado materno infantil (LCMI) foi uma das primeiras a ser organizada no modelo da RAS. Esta é foco de investimentos do poder público, dado que são pactuadas metas globais para a redução dos indicadores de mortalidades materno e infantil. Esses indicadores são sentinelas da qualidade de vida e condições de saúde de uma população por isso foi elencada para o foco deste estudo. Diante disso, o objetivo do estudo foi analisar a atuação do CPS na implementação da linha de cuidado materno infantil na macrorregião norte do Paraná.

5.2.2 Métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de estudo de caso dos CPS existentes na macrorregião norte do Paraná. Elegeu-se esse método para a compreensão da temática referente à regionalização do SUS, por ser o estudo de caso recomendado para o estudo de fenômenos complexos como é a regionalização, em que se objetiva compreender o "como e o porquê" os CPS atuam na implementação da LCMI. Nesta pesquisa abordou-se a forma como está implementada a LCMI, tendo começado a organização dentro do modelo da RAS no ano de 2012 no Estado do Paraná, incluindo a macrorregião Norte. A macrorregião foi elencada para o estudo por agregar várias regiões contemplando ações e serviços de média e alta complexidade. Esta apresentada é composta por cinco regiões de saúde, totalizando 97 municípios que abrangem uma população de 1.990.792 habitantes (PARANÁ, 2020a).

Em cada região de saúde que faz parte deste estudo há um CPS. Estes foram criados na segunda metade da década de 1990 como associações civis intermunicipais e posteriormente tornaram-se consórcios públicos intermunicipais. Atualmente os CPS gerenciam ambulatórios para a atenção especializada, além de prestar outros serviços.

Nesta pesquisa optou-se pela entrevista semi-estruturada que continha três grupos de questões: um para os gestores municipais, um para os representantes das regionais de saúde e representante do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e outro grupo de questões para os diretores dos consórcios. As perguntas versavam sobre o papel do CPS na LCMI, as ações que os CPS desenvolvem na região de saúde, as dificuldades enfrentadas e percepção geral do CPS dentro da LCMI.

Foi realizada uma entrevista piloto para a validação do roteiro com um gestor que não faria parte da pesquisa, da qual participaram todos os pesquisadores que realizaram posteriormente as entrevistas.

Como a região é composta por diversos municípios utilizou-se a combinação de alguns critérios para a seleção dos locais para pesquisa. Os critérios foram: porte populacional do município — pequeno porte I (menos que 5 mil habitantes), pequeno porte II (de 5 a 20 mil habitantes), médio porte (entre 20 e 50 mil habitantes), maior porte (mais que 50 mil habitantes); ser sede do consórcio, estar localizado próximo (menos de 50 km) da sede do consórcio e estar localizado distante da sede do consórcio (mais de 50 km), gestores representantes do CRESEMS. Em um consórcio, além da diretora-executiva também foi entrevistada a diretora de planejamento, por maior aproximação desta às ações desenvolvidas na LCMI. Nas Regionais de Saúde foram entrevistados profissionais que atuavam na Seção de Ação Estratégica e Rede de Atenção (SCAERA).

Na amostra foram selecionados 20 municípios, conforme figura 12 estão representados os municípios elencados com base nos critérios descritos.

Figura 12 — Critérios para a seleção dos municípios para entrevista com os gestores.

Porte Populacional	Distância	Número de Municípios
Pequeno I	Sede	0
	Próximo	1
	Distante	2
Pequeno II	Sede	0
	Próximo	2
	Distante	6
Médio	Sede	3
	Próximo	1
	Distante	1
Grande	Sede	2
	Próximo	2
	Distante	0
Total		20

Fonte: autor

Como houve três casos recusas da parte dos gestores municipais, foram entrevistados 17 gestores municipais (entre eles quatro representantes do CRESEMS); cinco representantes da secretaria de estado/regionais de saúde que atuam no setor de Seção de Ação Estratégica e Rede de Atenção (SCAERA); e seis representantes dos consórcios.

Os atores participantes foram identificados com as letras que identificam *M* do gestor municipal, *C* do representante do Consórcio e *R* do representante da regional, *S* do representante do CRESEMS, seguidos de um algarismo conforme o número de representantes (M1-M12; R1-R5; C1-C6; S1-S5).

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas remotamente via plataforma digital Google Meet, com vistas a manter o distanciamento social requerido pela pandemia da Covid-19. As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2020 e março de 2021 pelos pesquisadores do grupo, com duração média de 30 minutos, gravadas e arquivadas em plataforma digital e apagadas após a transcrição conforme o termo de consentimento. O participante foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado por meio digital via Google Forms previamente, à realização da entrevista.

A análise do material foi realizada com base na análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (1989). Os textos das transcrições foram analisados, categorizados em 181 unidades de significado e na sequência foram interpretados. A partir das interpretações das unidades de significado foram classificados por temas consoante o discurso, sendo: planejamento, regulação, financiamento, oferta de ações e serviços. Após observação do objeto do discurso e dos temas foram criadas as categorias de análise dos resultados. Para aprofundamento da análise utilizou-se o referencial teórico do federalismo e das redes de atenção à saúde.

Este estudo integra uma pesquisa maior, denominada Estratégias de Cooperação para a Regionalização em Saúde: os casos do Paraná (Brasil) submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da qual os pesquisadores são vinculados sob o número 4.074.080. Na realização do estudo foram respeitadas as normas relativas à pesquisa que envolve seres humanos conforme a resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012).

5.2.3 Resultados

A partir do olhar sobre a temática apresentado pelos entrevistados, os resultados foram categorizados em dois tópicos: potencialidades da atuação do CPS na implementação da LCMI e desafios para a implementação da linha materno infantil pelos CPS.

Potencialidades da atuação dos Consórcios Públicos de Saúde na Implementação da Linha de Cuidados Materno Infantil

A implantação da linha guia por meio do programa do governo estadual, denominada Mãe Paranaense foi um marco. Nesta houve a definição dos pontos de atenção bem como de atribuições e competências a cada um desses pontos, refletindo a melhora dos indicadores de mortalidade materna e infantil, segundo os relatos.

Antes dessa linha guia parece estarmos realizando do jeito que dava. A linha guia veio determinar as responsabilidades para o município, para o consórcio, para a referência, para o estado [...] não digo que está perfeito, mas já melhorou muito (M10).

A área materno infantil é priorizada na Atenção à Saúde e os indicadores de mortalidade materno e infantil monitorados para avaliação da atenção prestada. Em uma região de saúde houve relato de uma redução destes indicadores e ocorrência da mortalidade foi restrita a casos pontuais, destacando a melhoria da atenção à saúde. Segundo os depoimentos, os CPS tiveram um papel de destaque na redução dos indicadores. Um dirigente do consórcio citou a implantação da linha pelo CPS, a educação permanente realizada e a oferta de exames de imagem como favorecedores desses indicadores.

Além da oferta de ações, o consórcio foi citado como apoiador da governança. A governança da política de saúde na região é entendida como um processo que envolve múltiplos atores na ação de governar (LIMA, ALBUQUERQUE, SCATENA, 2016). Foi relatado que o consórcio *sempre foi um grande apoiador, um grande incentivador (R2)* dos municípios nos espaços de governança na região de saúde. Foram citados o grupo condutor, o conselho curador e a Comissão intergestora regional como espaços de governança da LCMI.

O conselho curador do consórcio é um espaço consultivo para planejamento de ações e as decisões são tomadas na comissão intergestores regional (CIR). Relatado que os debates da CIR decorrem de *“um grupo de trabalho com um representante de municípios, de Estado e dos consórcios para aprofundar mesmo a discussão da linha de cuidado(S2)”*. Houve relato que o grupo condutor acompanha a contra-referência do consórcio, tendo boa cooperação: *realizamos as reuniões bimestrais da rede, e nós efetuamos os apontamentos do que está bom, do que não está bom, qual o município com problema, qual não está (C4)*.

A cooperação entre os entes municipais, estado e a direção do consórcio foi citada com frequência. Representantes de duas regiões de saúde afirmaram haver cooperação entre os entes federados, o consórcio e o CRESEMS participam das deliberações de ações e serviços da LCMI no espaço da CIR.

As ferramentas digitais de comunicação foram apontadas como uma potencialidade. A utilização destas para a comunicação entre os gestores de saúde, os representantes das regionais de saúde e o CPS como planilhas de monitoramento compartilhadas e aplicativos de comunicação em grupos também foi citada com frequência. O uso destes meios não oficiais foi relatado como importante para auxiliar na resolução de problemas que ocorrem na efetivação da LCMI.

Desafios na atuação do CPS para implementação da Linha de Cuidados Materno Infantil

Entre os desafios encontra-se a necessidade do planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo CPS para a LCMI com foco mais regionalizado. Foi relatado a necessidades de alinhamento com a realidade dos municípios de algumas regiões de saúde pertencentes à macrorregião estudada, uma vez que ocorre à centralização das diretrizes da LCMI pelo ente estadual. Cabem às regionais de saúde a aplicação e a coordenação da discussão do planejamento no espaço da CIR, porém foi relacionada postura discricionária da SESA nível central em algumas áreas como relatado: *Precisava ouvir mais aquilo que estamos apontando enquanto regional, enquanto o que o município traz para ir ao encontro com a realidade (R4)*.

Esse desequilíbrio de poder entre diferentes atores que compõem a LCMI também se expressa nas relações federativas horizontais. A diferença de porte e poder de negociação de municípios maiores tem mais influência em relação aos outros municípios da região. Ocorre também a dificuldade de alguns municípios de pequeno porte de exercer empoderamento para se posicionar nas arenas de negociação, o que aponta para a complexidade da governança das ações nesta linha de cuidado.

Assim como na CIR não existe um equilíbrio dos municípios e a região, eu também julgo que se reproduz de alguma maneira no conselho curador do consórcio e no consórcio na totalidade (R2).

Alguns participantes deste estudo pontuaram haver uma necessidade de descentralização de alguns serviços da sede do CPS, porém tal questão não é realidade em todas as regiões. Foram iniciadas algumas ações como a descentralização de exames laboratoriais em uma regional de saúde e em outra a abertura de mais um local de atendimento às gestantes.

O financiamento, assim como em outras políticas, aparece como um desafio para a implementação das ações na LCMI. Um diretor de consórcio afirmou que a oferta de ações não é suficiente para a demanda, o que torna a regulação de vagas ainda mais complexa para garantir que as gestantes recebam o atendimento em tempo oportuno. Na área infantil, o dirigente do maior consórcio da região afirmou que a estrutura e financiamento que possui são insuficientes para o atendimento dessa área que, segundo este, ainda é subnotificada.

Também foi citado que o aumento no financiamento poderia ampliar a implantação do atendimento para o risco intermediário e facilitar a contratação de profissionais médicos. Os médicos contratados realizam consultas dentro do CPS e alguns exames são realizados em clínicas particulares. Outro diretor do consórcio, afirmou que enfrenta dificuldade na contratação de médicos, inclusive devido à exigência de carga horária e para um dos entrevistados *uma ampliação talvez do valor encaminhado, talvez conseguisse aumentar um pouco do valor para conseguir contratar mais (C5).*

Por fim, a integração entre os pontos de atenção que atuam na LCMI incluindo os CPS, é um grande desafio. Foram citadas dificuldades de integração tanto do CPS com a atenção hospitalar, da APS com a maternidade, quanto do CPS com a APS.

Entre as dificuldades apontadas por alguns participantes na integração com o atendimento terciário, estava a fragilidade de comunicação entre as equipes sendo relatada falha da contra-referência hospitalar, a vinculação da gestante previamente e integralidade do cuidado. Apesar de haver as ferramentas digitais: *não é integradamente como é a necessidade, é como se fossem equipes isoladas, indo prestar os serviços (M1)*.

Quanto à integração entre os Consórcios e a APS dos municípios, houve colocações entre os entrevistados de que apesar de existir a contra-referência alguns municípios não preenchem a planilha de monitoramento adequadamente e é necessário o fortalecimento desta atividade.

5.2.4 Discussão

O CPS demonstrou ser um instrumento que fortalece a governança. Isto ocorre pela capacitação das equipes municipais no suporte das ações de cuidado bem como na participação do grupo condutor para a resolução de problemas, vinculando-se ao município tendo como elo a LCMI. Assim, os participantes desta pesquisa apontaram haver cooperação entre o consórcio e os entes federados envolvidos na LCMI corroborando com a literatura que os consórcios conseguem ser efetivos na promoção da cooperação e que estas instituições auxiliam os entes para decisões de cooperação (GERICK, PESSALI, 2014; RIBEIRO ET AL, 2017; MENDONÇA, ANDRADE, 2018; FLEXA, BARBASTEFANO, 2020).

O Grupo Condutor da LCMI foi definido pela Portaria do MS/GM n.1459 de 2011 que criou a rede cegonha, como um instrumento técnico consultivo com objetivo de apoio, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2011b). O grupo tem o ente estadual como responsável pela coordenação, visto que a responsabilidade da governança da LCMI do estado deve ser feita por meio da CIB e CIR (PARANÁ, 2018).

A governança é um processo heterogêneo e permeado por diversos conflitos de interesses (LIMA, ALBUQUERQUE, SCATENA, 2016). Nos resultados apresentados observou-se o desafio de equilibrar os interesses e poder de decisão dos atores envolvidos — municípios, CPS e estado — para o planejamento e implementação das ações de uma linha de cuidados, no caso o materno-infantil.

Os municípios são os formadores do CPS e as ações deste deveriam estar totalmente alinhadas às necessidades dos entes que o compõem. No entanto, alguns municípios, principalmente os de pequeno porte que se não se sentem fortalecidos no conselho curador dos CPS e na Comissão Intergestora Regional (CIR). Este resultado corrobora o de outros estudos que apontaram para uma participação pouco efetiva dos gestores nessas instâncias. Isto decorre devido ao desconhecimento das regras formais, baixa capacidade de comunicação e poder de argumentação, alta rotatividade e despreparo de muitos gestores. Como consequência, prevalece o domínio dos interesses do Ministério da Saúde ou da secretaria de estado quando se trata das decisões e pactuações no coletivo (MELO ET AL, 2017; CARVALHO, NICOLETTO, NUNES, 2019).

Ao ente estadual é atribuído diversas funções. Cabem a ele: apoiar a implementação; realizar o financiamento e contratualização dos pontos de atenção sob sua gestão; o monitoramento e avaliação da LCMI no seu território; e condução do grupo condutor estadual (BRASIL, 2011b). No Paraná, a LCMI vigente tem um de seus componentes de implantação o sistema de governança da rede, por meio da CIB e CIR (PARANÁ, 2018). O desenho da LCMI é um projeto que deve ser pactuado entre os gestores e ser efetivado por uma construção coletiva, destacando a importância do papel dos diferentes entes federados (SANTOS FILHO, SOUZA, 2021).

Cabe ao ente estadual ter a competência de coordenar políticas e estabelecer processos de coordenação horizontal, e é importante não se omitir deste papel (FERNANDEZ, PINTO, 2020; LIMA, PEREIRA, MACHADO, 2020), com o desafio de realizar essa coordenação de forma democrática, ou seja, não centralizar as diretrizes de cada linha guia isoladamente na secretaria estadual. O governo do estado, por meio das regionais de saúde, também monitora as ações dos CPS por meio dos programas de incentivo e qualificação.

As ações do CPS na LCMI são financiadas pelo governo estadual no incentivo de organização dos ambulatórios de especialidades. Para isso foi primeiramente implantado em 2012 pelo governo estadual o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná - COMSUS. Este tinha como estratégia investimentos de recursos financeiros tanto para as ações de saúde quanto para estrutura e educação permanente, cujo acompanhamento, monitoramento e avaliação trimestral era realizada por meio de uma comissão regional com participação de representantes do estado (PARANÁ, 2016b).

Houve mudança em 2020 para um novo programa de qualificação dos ambulatórios gerenciados pelos CPS (denominado QUALICIS) com mudanças na vinculação financeira (PARANÁ, 2020b). Foi citado por um participante que a mudança no programa irá impactar no planejamento das ações.

A maior parte do financiamento dos consórcios provém das cotas mensais entre os participantes e pode ter indução de financiamento dos governos estaduais (MENDONÇA E ANDRADE, 2018; RIBEIRO, COSTA, 2000). Os estados têm sido importantes para a efetividade dos CPS e sustentação da rede por meio repasse perenemente sendo um condicionante para a efetividade do CPS e sustentação da rede (ALMEIDA ET AL, 2019; LEAL ET AL, 2019; JULIÃO E OLIVIERI, 2020). No entanto, ainda é insuficiente para garantir a oferta integral das ações. O subfinanciamento crônico do SUS tem impacto na organização das regiões e da RAS e na conjuntura atual agravado com a EC 95/2016 de congelamento das despesas federais por 20 anos (SOUZA E SANTOS, 2018; MENICUCCI, COSTA, MACHADO, 2018; BOUSQUAT ET AL 2021).

Por fim, foi citado pelos entrevistados que o uso de ferramentas digitais pode ser uma potencialidade na organização da LCMI favorecendo a resolução de problemas. Porém seu uso ainda necessita de aprimoramento entre os pontos envolvidos nessa rede. Pimentel et al (2021) em estudo a respeito da governança da rede de saúde bucal também verificaram que a ocorrência de utilização dos meios informais de comunicação foi frequente e importante na resolução de problemas, influenciando a governança da rede.

O problema de integração entre os pontos da RAS permanece um desafio para a implementação deste sistema na linha estudada, dado que a comunicação entre os atores que compõem uma rede é fundamental para governança da mesma (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017). Os autores colocam que “O acesso universal pela população só acontece se a integralidade estiver presente na região” (BRETAS JÚNIOR; SHIMIZU, 2017, pg. 1089).

Estudos apontam como dificuldades na integração da LCMI a falta de contra-referência, da regulação pelos protocolos clínicos na APS e da vinculação da gestante à maternidade (DELANHEZE, 2020; BITTENCOURT et al 2021; LEAL ET AL 2020; FERNANDES et al, 2020). O cuidado sob a ótica da RAS visa mudar do sistema fragmentado e agudo para um sistema integrado, de cuidado contínuo com estratégias de estratificação dos grupos por riscos; com acesso e regulação; continuidade da atenção por meio da integração dos pontos de atenção; suporte especializado à APS e educação permanente dos profissionais de saúde (MENDES, 2011; DALCUCHE E MENDES, 2017). Viana e Iozzi (2019) afirmam que a região e as redes não se fortaleceram mutuamente durante o processo de regionalização, funcionando muitas vezes apenas como uma aglutinação de serviços.

5.2.5 Conclusão

Os CPS representam um instrumento relevante na implementação da LCMI. Sua forte atuação pode ser observada na ampliação da oferta de serviços e para a cooperação entre os municípios. O conselho curador é um espaço de governança da LCMI assim como a participação do CPS no grupo condutor desta linha de cuidados apoia os municípios na governança regional.

O ente estadual tem destaque nesta linha de cuidados. Este coordena as ações a serem desenvolvidas por meio do grupo condutor regional e participa das deliberações cooperativas na CIR. Além disso, foi essencial no suporte financeiro e na atribuição das ações dos ambulatórios gerenciados pelos CPS para a manutenção do serviço.

Apesar de o planejamento da LCMI ser discutido nos espaços de governança das regiões de saúde no qual os municípios participam, as decisões são influenciadas de forma assimétrica pelo ente estadual.

Mesmo com várias iniciativas que favorecem a cooperação e a comunicação entre os atores envolvidos na LCMI, permanece o desafio da fragmentação desta RAS, devido à dificuldade de integração entre os diferentes pontos de atenção da LCMI.

Este estudo apresenta limitações quanto ao escopo de entrevistados, dado que não foram elencados representantes do serviço de atenção terciária, usuários e dos conselhos sociais. No entanto, tais resultados demonstram o potencial dos consórcios dentro de uma linha de cuidados na RAS e pode ser ampliados estudos para outras linhas de cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam como os consórcios estão inseridos na linha de cuidado materno infantil, as ações executadas, o acesso aos serviços, os desafios e as possibilidades da sua participação como importante ponto de atenção na rede de atenção à saúde. O estado do Paraná tem uma forte representação dos consórcios públicos de saúde e a participação do ente estadual como indutor da implementação deste instrumento por programas de incentivo financeiro e de avaliação dos serviços, o que se mostra relevante na organização da RAS e na regionalização.

Os consórcios por meio do gerenciamento dos ambulatórios de atenção especializadas para o atendimento das crianças e gestantes de risco intermediário e alto risco viabilizaram a oferta de serviços desta linha de cuidados. Isso pode ser visto ampliadamente, promovendo ganhos na escala da diversificação da oferta de serviços favorecendo o princípio da integralidade. Destaca-se o relato de boa qualidade técnica dos profissionais do consórcio e bom atendimento. Tal característica pode ser potente no favorecimento do desenvolvimento das equipes de APS por meio da educação permanente e do matriciamento de casos. Foi evidenciado mais uma vez, que os municípios de pequeno porte necessitaram de maior suporte nas ações de cuidados para o alto risco e que o acesso aos serviços a maioria destes municípios foi efetivo.

Algumas dificuldades do acesso são importantes ser consideradas. A distância do município sede, que levanta o debate a respeito das condições de distribuição das ações no território conforme as necessidades dos municípios adequando o planejamento. Outra dificuldade de acesso refere-se ao aumento da demanda ao AAE pela APS apontada pelos entrevistados. A regulação da LCMI deve ser feita pela APS, via central reguladora, utilizando os critérios de estratificação vigentes. As falhas na estratificação e acompanhamento pela APS, que pode ser decorrente da ausência de profissionais para realizarem este cuidado na APS e pela própria carência de financiamento das ações da APS, fragilizam a estratificação. Por outro lado, a oferta de vagas para esta linha de cuidados também é limitada pela estrutura e financiamento das ações do CPS, pontuado por alguns entrevistados como insuficientes.

O CPS, por meio da participação dos grupos condutores e do

conselho curador, seja visto como um instrumento de apoio a governança e cooperação para a resolução dos problemas observados na LCMI. Neste ponto, a organização da RAS ainda necessita de maior integração entre os pontos de atenção confirmando resultados de alguns estudos que apresentam a fragmentação das RAS e a APS como ordenadora do cuidado ainda é um desafio para a regionalização.

Foi relatado também que apesar das limitações, a participação dos CPS na implementação da linha de cuidado materno infantil, favoreceu a melhora na assistência à saúde com reflexo nos indicadores de mortalidade materno infantil em algumas regiões. Não foi objetivo de este trabalho analisar os indicadores de mortalidade das regiões estudadas, porém pode ser valiosa a investigação junto aos comitês de mortalidade materno infantil do estado.

O presente estudo apresenta limitações também quanto à análise com outros pontos da rede de atenção, como a atenção hospitalar e o SAMU, em que não foram entrevistados representantes destes serviços. Assim como a análise qualitativa é restringida ao contexto dos atores entrevistados e permeada pela visão dos pesquisadores, porém reflexões a respeito do tema podem ser hipóteses em pesquisas em outras regiões.

Considera-se relevante também, a investigação futura de como o novo programa de financiamento da APS que define indicadores de saúde na área materno-infantil podem afetar a organização da RAS nessa linha de cuidados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHÉ, F.; VANNUCHI, P. (Org.) Reforma Política e Cidadania. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.

ALBUQUERQUE, M. V. de; VIANA, A. L. d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, n. spe, p. 28–38, 1 dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>>. Acesso em: 23 set. 21.

ALMEIDA, M. H. B. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *BIB: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T.; LIMA, L. D. de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4527–4540, dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

ALVES, T. F.; COELHO, A. B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1259–1264, abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.04022019>>. Acesso em: 29 set. 2021.

ANDRADE, S.K.A.V. Atuação dos gestores de saúde no âmbito da relação federativa e da ação consorciada. 2018.144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

BARBOSA, D. S. de J.; GUIMARÃES, M. do C. L. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede? *Saúde em Debate*, v. 45, n. 129, p. 287–299, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112903>>. Acesso em: 20 set. 2021.

BITTENCOURT, S. D. de A.; VILELA, M. E. de A.; MARQUES, M. C. de O.; SANTOS, A. M. dos; SILVA, C. K. R. T. da; DOMINGUES, R. M. S. M.; REIS, A. C.; SANTOS, G. L. dos. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 801–821, mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>>. Acesso em: 20 set. 2021.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. dos S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. suppl 2, p. e00099118, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00099118>>. Acesso em: 05 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 20 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jul.2020.

_____. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. 138 pg. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 25 já. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 :Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso: 27 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>>. Acesso em 30 set.2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim epidemiológico; vol 52; no. 29; agosto de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf>. Acesso em: 29 set.2021.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H.E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1085–1095, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>>. Acesso em: 05 mar.2021.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE.PARANÁ. Ata 1ª. Reunião Ordinária de 2021. 24/02/2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/1%C2%AA%20RO-24022021.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE-CONASEMS (Brasil). Regionalização da saúde: posicionamentos e orientações. 61pg. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>>.

Acesso em: 25 jan. 2022.

CUNHA, A. C.; LACERDA, J. T. de; ALCAUZA, M. T. R.; NATAL, S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, n. 2, p. 447–458, jun. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>>. Acesso em: 05 mar.2021.

DALCUCHE, M.; MENDES, E.V.M. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. *Espaço para a saúde – revista de saúde pública do Paraná*, v.18,n.1,jul.2017. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/341>>. Acesso em: 07 maio 2020.

DELANHEZE, J.A.B. Monitoramento e articulação da Rede Mãe Paranaense na 17ª Regional de Saúde do Paraná. 2020. 73 f. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, 2020.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2002. P.195-207

DOMINGOS, C. M.; FERRAZ, E. de M.; CARVALHO, B. G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 700–711, set. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912204>>. Acesso em: 05 mar.2021.

DOURADO, D.A.; DALLARI, S.G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. *RDisan*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, fev 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/688/697/1340>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R. B.; HEIMANN, L. S.; CAVALHEIRO, J.R.; CORTIZO, C.T.; RIBEIRO, E.A.W. Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. v. 24, n.2, p 472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 mar.2021.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, v. 24, p 213-225, 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2216/1859>>. Acesso em: 20 mar.2021.

ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS-NETO, E. T.; OLIVEIRA, A. E.; TRAVASSOS, C.; PINHEIRO, R. S. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1735–1750, maio 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>>. Acesso em: 23 set.2021.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.35, p.119-144, jan-fev 2001. Disponível em : <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6364>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FERNANDES, J. A.; VENÂNCIO, S. I.; PASCHE, D. F.; SILVA, F. L. G. da; ARATANI, N.; TANAKA, O. Y.; SANINE, P. R.; CAMPOS, G. W. de S. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00120519>>. Acesso em: 23 set.2021.

FERNANDEZ, M. V.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2, p. 7–21, 27 jul. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p7-21>>. Acesso em: 05 mar.2021.

FERRAZ, Edinalva de Moura. Governança das Ações e Serviços de Média Complexidade em uma Região de Saúde. 2018. 79 fs. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, v.5, n.2, p. 16-25, abril-junho de 2006. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/3885/388541367003.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 325–338, jan. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FLICK, Uwe. Pesquisa Qualitativa: Por quê e como fazê-la?. In: _____. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2009. p. 20-38.

FRANK, B. R. B.; TOSO, B. R. G. de O.; VIERA, C. S.; GUIMARÃES, A. T. B.; CALDEIRA, S. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, p. 163–174, jun. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F.L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (Org.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.

FRASER, M. T. D. ; GONDIM; S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, v. 14, n. 28, 139 - 152, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FREIRE, M. P.; LOUVISON, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; CHIORO, A.; BERTUSSI, D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc. São Paulo*, v.29, n.3, e190682, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRTnwZm9jsxzK/?lang=pt>>. Acesso em: 23 set.2021.

GERIGK, W.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1525–1543, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/bPXjWrGPYfKDFcGg7CfC6rK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 set. 2021.

IPARDES. Classes de tamanho dos municípios do Paraná 2010 [mapa]. Paraná, 2021. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/Classes%20de%20tamanho%20dos%20munic%C3%ADpios%20-%20Paran%C3%A1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. e00037519, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00037519>>. Acesso em: 25 out. 2021.

LAZARINI, F. M.; FÉLIX, S.B.C.M.; LIMA, J.V.C.L.; MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F.P.A. A Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, S. M. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva – 2ª. ed.* Londrina: Eduel, 2017. p. 329-353.

LEAL, E. M. M.; SILVA, F. S. da; OLIVEIRA, S. R. de A.; PACHECO, H. F.; SANTOS, F. de A. da S.; GURGEL JÚNIOR, G. D. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 128–142, set. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180956>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

LIJPHART, A. Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 213-225.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J.H.G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 13 pg. 2016. Disponível em: <<https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2021.

LIMA, L. D. de; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, p. e00185220, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00185220>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

LIMA, L. D. de; QUEIROZ, L. F. N. de; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.F.N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, org. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 229-251.

LIMA, LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 3. pp. 73-139, 2013. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>>. Acesso em: 20 set.2021.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; MELO, E.C.P.M.; OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; PEREIRA, A.M.M.; OLIVEIRA, R.A.D.; MARTINELLI, N. L.; OLIVEIRA, C.F. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, Sup.2, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805001&tlng=pt>. Acesso em: 05 mar.2021.

LIPPERT, A.O. Centro de especialidade odontológicas como ponto de atenção na rede de saúde bucal. 2020.137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

LOPREATO, F. L. C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. Texto ára Discussão, UNICAMP Instituto de Economia, Campinas. n. 388, julho 2020. Disponível em: <<https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/TD/TD388.pdf>>. Acesso em: 05 mar.2021.

LUI, L.; SCHABBACH, L.M.; NORA, C.R.D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 12, p. 5065–5074, dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>>. Acesso em: 22 set.2021.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulgação em saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 jul.2021.

MARTINS, J; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia – fundamentos e recursos básicos. 1ª. Ed. São Paulo: Moraes, 1989.

MELO, E. A.; GOMES, G. G.; CARVALHO, J. O. de; PEREIRA, P. H. B.; GUABIRABA, K. P. de L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310109>>. Acesso em: 23 set.2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. . 2ª. edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 27 jul.2021.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes*, v. 23, n. 3, p. 206, 12 set. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/redes.v23i3.12216>>. Acesso em: 23 set. 2021.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 29–40, jan. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. de F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. *Dados*, v. 59, n. 3, p. 823–865, set. 2016. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/00115258201693>>. Acesso em: 05 mar.2021.

MIGOTO, M.T.; OLIVEIRA, R. P.; SILVA, A.M.R.; FREIRE, M.H.S.Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 5, p. 2527–2534, out. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0586>>. Acesso em: 05 mar.2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. cap. 03, p.54-76; cap. 10, p.261-297.

NETO, A. M. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: _____. Governos Estaduais no Federalismo Brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. Neto, A.M. (org). Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23030>. Acesso em: 27 jul. 2021.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR., L.; COSTA, N. do R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 29–38, fev. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100004>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. Revista de Administração Pública, v. 51, n. 6, p. 1085–1103, dez. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612162798>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

PADILHA, A. R. S.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. S. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. Saúde em Debate, v. 42, n. 118, p. 579–593, set. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811803>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016a. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-03/planoestadualsaude_2016.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

_____. Secretaria de Saúde. Resolução SESA nº 167 de 9 de maio de 2016. Institui as diretrizes do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde — COMSUS, da Secretaria Estadual da Saúde. 2016b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/167_16.pdf> . Acesso em: 23 set 2021.

_____. Secretaria de Saúde. Linha Guia da Mãe Paranaense. 7ª. EDIÇÃO, 2018. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020a. 210 p. Disponível em: <https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/PLANO_ESTADUAL_SAUDE_2020_2023.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

_____. Secretaria de Saúde. Resolução SESA nº 1418 de 02 de dezembro de 2020. Institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná. 2020b. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Resolucoes>>. Acesso em: 22 set. 2021.

_____. Secretaria de Saúde. Resolução SESA nº 470 de 15 de abril de 2020. Institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná. 2020c. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/470_20_consolidada.pdf>. Acesso em: 2 out. 2021.

_____. SESA. Linha de Atenção Materno infantil. 2021. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>>. Acesso em: 29 set 2021.

PEREIRA, A.M.M. Descentralização no Brasil: aspectos históricos, institucionais e políticos. In: PEREIRA, A.M.M. Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. p. 41-149. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/Tese_AdelynePereira.pdf>. Acesso: 10 maio 2021.

PEREIRA, A.M.M; LIMA, L.D. ; MACHADO, C.V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.7, pg 2239-2252, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/4FDDM5sBDT96yX5qCgYT6Bm/?lang=pt>>. Acesso em: 29 set. 2021.

PIMENTEL, Bárbara Vieira; CARVALHO, Brígida Gimenez; CALDARELLI, Pablo Guilherme; DOMINGOS, Carolina Milena. Atores, espaços e instrumentos de governança na Rede de Atenção à Saúde Bucal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e210286, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210286>>. Acesso em: 05 fev.2022.

QUARESMA, S.J.; BONI, V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1 (3), p 68-80, janeiro-julho 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 14 out. 2020.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N.R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). Planejamento e Políticas Públicas. n. 22, p. 48, dezembro de 2000. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4020/6/PPP_n22_Regionalizacao.pdf>. Acesso em: 05 mar.2021.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; OUVENEY, A. M.; PINTO, L. F.; SILVA, C. M. F. P. da. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1777–1789, junho 2018. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018>>. Acesso em: 05 mar.2021.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; OUVENEY, A. M.; SILVA, C. M. F. P. da. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1031–1044, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

RIBEIRO, Wladimir Antônio. Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos. – Brasília DF:CNM, 2007.72 p. Disponível em: <[https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20Publicos%20\(2007\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20Publicos%20(2007).pdf)> . Acesso em: 22 set. 2021.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. Cadernos Metrópole, v. 18, n. 36, p. 377–399, dez. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>>. Acesso em: 22 set. 2021.

SANTOS FILHO, S. B. dos; SOUZA, K. V. de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 775–780, mar. 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>>. Acesso em: 20 set. 2021.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Curitiba, Rev. Sociol. Polít., n. 24, p. 105-121, jun. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100008>>. Acesso em 27 jul.2021.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 431–442, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. suppl 2, p. e00046818, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00046818>>. Acesso em: 05 mar.2021.

SOUZA, J. C. D. S.; SANTOS, A. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, v. 7, n. 2, p. 29–47, 29 jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.478>>. Acesso em: 05 mar.2021.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENERY, A. L. M.; SOARES, T.; ZANI, F. B. Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. Brasília, *Contabilidade gestão e governança*, v. 14, n. 3, p. 20, dez 2011. Disponível em: <<https://www.revistacgg.org/contabil/article/view/383>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UNA-SUS. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. MARQUES, Consuelo Penha Castro (Org.). São Luís, 43 pg, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300008>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

VIANA, A. L. d'Ávila; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. suppl 2, p. e00022519, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00022519>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Estratificação de Risco Vigente da Linha de Cuidados Materno Infantil

Estratificação de Risco das Crianças

LOCAL	RISCO	AO NASCER	DE 1 MÊS A 2 ANOS
APS	HABITUAL	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. Critérios: APGAR > 7 no 5º minuto; Peso ao nascer \geq 2.500g e < 4.000g; Idade gestacional \geq 37 e < 42 semanas.	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. Triagem neonatal com resultado normal ⁸ ; Vacinação em dia; Adequado crescimento e desenvolvimento.

APS	INTERMEDIÁRIO	<p>Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães Com infecção intrauterina (STORCHZ1) + HIV; • Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; Negras; Com menos de 4 consultas de pré-natal; Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; Que apresentaram exantema durante a gestação; Com gravidez indesejada²; Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto³ e/ou natimorto⁴); Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; Com histórico de violência interpessoal; Que morreram no parto. E/OU</p> <p>Características do nascimento: Peso ao nascer $\geq 2.000g$ e $< 2.500g$;</p> <p>Idade gestacional entre ≥ 35 e < 37 semanas;</p> <p>Anomalias congênitas menores⁵;</p>	<p>Características individuais e socioeconômicas materna: Filhos de mães Com infecção intrauterina (STORCHZ11) + HIV; Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; negras; Com menos de 4 consultas de pré-natal; Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; Que apresentaram exantema durante a gestação; Com gravidez indesejada; Com gravidez decorrente de violência sexual; Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto¹³ e/ou natimorto¹⁴); Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; Mãe sem suporte familiar; Chefe da família sem fonte de renda; Depressão pós-parto e/ou baby blues;</p> <p>Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; Pais com dependência de álcool e outras drogas; Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; Com histórico de violência interpessoal; Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN¹⁸; Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.</p> <p>E/OU Peso ao nascer $\geq 2.000g$ e $< 2.500g$; Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas; Anomalias congênitas menores¹⁹; Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; Criança sem realização de triagem neonatal²⁰;</p>
-----	---------------	---	--

			<p>Desmame precoce (antes do 6º mês de vida); Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso; Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado²²; Cárie; Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.</p>
APS + AAE	ALTO	<p>Características do nascimento: Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; Idade gestacional ≤ 34 semanas; Asfixia perinatal (APGAR < 7 no 5º minuto); Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransusão;</p> <p>Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)⁶;</p> <p>Doenças genéticas, cromossomopatias⁷.</p>	<p>Afecções perinatais e malformações congênitas:</p> <p>Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; Prematuridade ≤ 34 semanas; Asfixia perinatal e/ou APGAR < 7 no 5º minuto; Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransusão, Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;</p> <p>Doença genética, malformações congênitas graves²⁴ (com repercussão clínica), cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;</p> <p>Testes de triagem neonatal alterados;</p> <p>Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária;</p> <p>Sinais de violência / maus tratos;</p> <p>Desnutrição grave e/ou obesidade; Intercorrências repetidas com repercussão clínica - após segunda internação.</p>

Fonte: SESA Paraná, 2021.

No que se refere às gestantes, a deliberação da SESA aprovada na CIB/PR em 24 de fevereiro de 2021, também publicou diretrizes para a estratificação conforme descrito no quadro a seguir.

Estratificação de Risco das Gestantes

LOCAL	RISCO	GESTANTES
APS	HABITUAL	Características individuais e socioeconômicas: Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); História reprodutiva anterior: Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: Ameaça de aborto ¹ ; Hipotireoidismo; Tabagismo; Etilismo sem indicativo de dependência ; Anemia leve ; Depressão e ansiedade leve; Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).
APS + AAE	INTERMEDIÁRIO	Gestantes que apresentam: Características individuais e condições socioeconômicas e familiares: Idade < 15 anos ou > 40 anos; Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; Gestante negra (preta ou parda); Tabagismo com dependência de tabaco elevada ; Etilismo com indicativo de dependência ; História reprodutiva anterior: Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: Diabetes gestacional não-insulinodependente; Anemia moderada;

<p>APS + ALTO AAE</p>		<p>Características individuais e condições socioeconômicas: Dependência de drogas ilícitas; Obesidade mórbida (IMC\geq40). Condições Clínicas prévias à gestação: Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; Cirurgia uterina prévia fora da gestação; Colelitíase com repercussão na atual gestação; Diabetes mellitus tipo I e tipo II; Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); Doenças hematológicas: Doença falciforme (exceto traço falciforme); outras hematopatias. Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS \geq4; Hipertensão arterial crônica; Hipertireoidismo; histórico de tromboembolismo; Má formação útero-vaginal; Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação; Neoplasias; Pneumopatias descompensadas ou graves ; Psicose ou depressão grave¹. História reprodutiva anterior: Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual: Anemia grave (Hemoglobina$<$8); Diabetes gestacional insulín-dependente; Doenças infectocontagiosas: HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; Doença hemolítica perinatal; Gestação gemelar; Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); Incompetência Istmo-cervical; Má formação fetal confirmada; Macrosomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)² ; Oligodrâmnio ou polidrâmnio; Placenta acreta/acretismo placentário; Placenta prévia (após 22 semanas); Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)² ; Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); Tromboembolismo na gestação; Trombofilias na gestação; Senescência placentária com comprometimento</p>
---------------------------	--	--

	fetal.
--	--------

APÊNDICE B -Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados

Roteiro de entrevista com Dirigentes dos Consórcios Públicos de Saúde, Gestores estaduais e municipais de saúde; Presidente do CRESEMS:

Município _____; _____ RS
 Nome: _____ DN: ____/____/____
 Função: _____
 Tempo _____ que atua _____ na
 função: _____
 Experiência anterior em gestão (cargo ocupado e por quanto tempo):

 Escolaridade/Formação: _____

Questões Dirigentes de Consórcios:

- a) Qual a importância do CPS para a implantação da política materno-infantil na região de saúde?
- b) Como o CPS atua frente à linha materno-infantil com os entes federados consorciados (atividades desenvolvidas, o planejamento, regulação e financiamento das ações MI na região)
- c) Que dificuldades o CPS enfrenta para a organização da rede de atenção na região?
- d) Como avalia os cuidados maternos/infantis desenvolvidos pelo CPS?

Questões aos Gestores Municipais:

- e) Que papel o consórcio público de saúde (CPS) desempenha junto ao seu município para a implantação das Redes de Atenção à Saúde - em especial a linha materno-infantil?
- f) Quais dificuldades seu município enfrenta para garantir a oferta integral da linha materno-infantil? Como o CPS contribui frente a estes problemas?
- g) Como é o acesso de seus municípios às ações/serviços referentes a linha materno-infantil desenvolvidas pelo CPS?
- h) Como avalia os cuidados maternos/infantis desenvolvidos pelo CPS?

Questões aos Gestores das Regionais de Saúde/CRESEMS:

- a) Como se dá a participação do CRESEMS e da Regional na programação, organização e desenvolvimento das ações pelo CPS na Linha MI?
- b) Que papel o CPS tem desempenhado na organização e governança da linha materno-infantil?
- c) Quais são as dificuldades encontradas para a governança da linha de cuidados materno-infantil na região?
- d) Como avalia a cooperação entre os municípios da região por meio do CPS para a organização da linha de cuidados materno-infantil?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná”**, a ser realizada em cinco regiões de saúde no Paraná. O objetivo da pesquisa é **“formular estratégias de cooperação para a regionalização em saúde na Macrorregião Norte de Saúde do Paraná.”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma – entrevistas via **Google Meet** com perguntas abertas sendo esse processo gravado. **As perguntas são referentes ao processo de regionalização focando no papel das redes de atenção, nos instrumento e estratégias de planejamento regional e parcerias público-privadas que são estabelecidos pelos gestores para a garantia do acesso aos serviços de saúde de uma determinada região.**

O acesso do participante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será via **google forms** enviado por meio um link, cujo entrevistado opta pelo aceite ou não. Os TCLE serão arquivados durante um período de cinco anos.

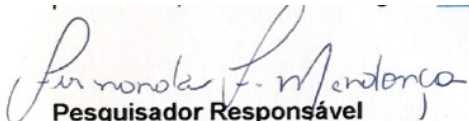
Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (Após o processo de análise dos dados o material gravado e transcrito será destruído).

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a oportunidade de refletir sobre a prática profissional e conhecer novas estratégias de gestão do trabalho. Quanto aos riscos, **estes serão os mínimos possíveis, tendo em vista que serão respeitados todos os aspectos éticos.**

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **(Fernanda de Freitas Mendonça, rua Wesley Cesar Vanzo 189, apto 1104, 30373947 998459842, fernanda0683@gmail.com)** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.


Pesquisador Responsável
RG:8291311-4

Londrina, 09 de janeiro de 2019



_____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE
DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa,
concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXOS

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina

 <p>Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Estadual de Londrina</p>	<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DA EMENDA		
Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)		
Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça		
Área Temática:		
Versão: 5		
CAAE: 04166518.2.0000.5231		
Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 4.074.080		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de emenda para solicitação de retirada da parte referente a Itália, pois envolvia a ida de pesquisadores do Brasil para aquela localidade e também para realização das entrevistas, via remota, online, considerando o contexto de distanciamento social.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo da emenda solicitação de exclusão de parte da realização do projeto na Itália, decorrente da necessidade de deslocamento de pesquisadores e solicitação de realização das entrevistas via remota.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Não houveram alterações de riscos e benefícios, avaliados no parecer anterior.		
De acordo com o documento PB_Informações Básicas		
Riscos:		
Os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados		
Benefícios:		
Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes		
<p>Endereço: LABEPO - Sala 14 Bairro: Campus Universitário UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.057-970 Telefone: (43)3371-8488 E-mail: cep200@uel.br</p>		



Centro de Estudos em
Políticas Avaliadas
Belo Horizonte

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.074.080

contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de co-gestão que fortalecem o processo de regionalização.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou justificativa da emenda, no entanto, apresentou novo TCLE. O projeto está vigente até 31/08/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PEL_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1549726_E1.pdf	02/06/2020 11:10:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.doc	02/06/2020 11:10:31	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosito.pdf	30/11/2018 09:50:06	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LASESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

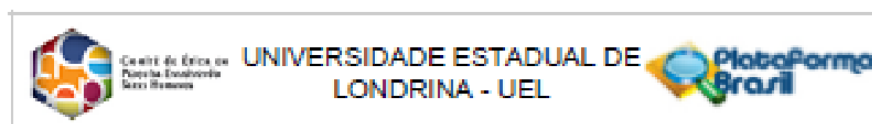
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-6455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep200@uel.br



Continuação do Parecer: 4.074.080

Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Junho de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5405 CEP: 86.057-900
E-mail: cep300@uel.br