



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RENATA ANDRADE TEIXEIRA

REDE MÃE PARANAENSE:
AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE

RENATA ANDRADE TEIXEIRA

REDE MÃE PARANAENSE:

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Londrina
2015

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

Teixeira, Renata.

Rede Mãe Paranaense : Avaliação da implementação na atenção primária à saúde / Renata Teixeira. - Londrina, 2015.

159 f. : il.

Orientador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde materno-infantil. - Teses. I. Pimenta Ferrari, Rosângela Aparecida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

RENATA ANDRADE TEIXEIRA

REDE MÃE PARANAENSE:

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Rosângela Aparecida
Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina-UEL

Prof. Dra. Mauren Teresa G. Mendes Tacla
Universidade Estadual de Londrina-UEL

Prof. Dr. Sebastião Caldeira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná -
UNIOESTE

Londrina, 17 de Dezembro de 2015.

A Deus, por me dar forças para chegar até aqui, e à minha querida mãe, por me inspirar a ser uma pessoa melhor. Saudades eternas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por sempre me apoiar. Em especial ao meu irmão, Luiz Renato, pela ajuda com as tabelas e com a tradução dos resumos. Obrigada por me ajudar a acreditar que isso iria dar certo.

Agradeço à Prof. Doutora Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, por investir, acreditar, agregar, confiar, direcionar, inspirar, ensinar e por amar. Amar a Deus e as pessoas que estão ao seu redor. Esse trabalho foi apenas uma pequena parte de tudo o que aprendi com você. Minha eterna gratidão.

Às professoras Mauren Teresa G. Mendes Tacla e Adriana Valongo Zani, pela parceria nesta construção. Aos professores Sebastião Caldeira e Ana Tereza Bittencourt Guimarães, pela grande proposta do projeto multicêntrico e pelas valiosas contribuições.

À enfermeira Evanira e à equipe da 17ª Regional de Saúde do Paraná, pela colaboração com a construção dos dados e pela disponibilidade inigualável, assim como a imensurável participação dos gestores, enfermeiros e médicos dos municípios da 17ª Regional de Saúde que sem a credibilidade e participação a presente pesquisa não poderia ser concretizada.

Às enfermeiras Sandrine e Katia e a toda a equipe da UBS Jarivatuba, em Joinville-SC, por toda a compreensão, o apoio e o suporte. Se não fosse pela “santa chefe”, esse trabalho não seria finalizado a tempo.

À família Azevedo, família Vasconcelos e à todas as amigas de Londrina que abriram a porta de suas casas para me receberem. Vocês sempre serão minha família.

À Poliana Milreu, à Natália Ribeiro, à Vania Terra, à Larissa Gutierrez e à Danielle dos Santos, por acreditarem em mim quando nem mesmo eu acreditava e pelo apoio para tentar algo novo.

A todos os funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do CCS/UEL, assim como à Gleyce, pelas correções desta dissertação.

Aos colegas do Mestrado de Enfermagem, por tornarem essa caminhada mais prazerosa e divertida.

“Eu é que sei os planos que tenho para vocês”, diz o Senhor, ‘planos de paz e não de mal, para vos dar uma esperança e um futuro’.

Jeremias (29:11).

TEIXEIRA, Renata Andrade. **Rede Mãe Paranaense**: avaliação da implementação na Atenção Primária à Saúde. 2015. 159f. Exame de Qualificação de Mestrado/Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

Para a redução da fragmentação da assistência nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu as Redes de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, em 2011, a Rede Cegonha e, a partir desta, em 2012, a Rede Mãe Paranaense (RMP) foram implantadas no intuito de superar os desafios da assistência materno-infantil no país, nos níveis primário, secundário e terciário. Considerando que além da instituição de novos programas ou ações no sistema de saúde também se faz necessário avaliá-los, o presente estudo objetivou avaliar a implementação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde (APS). Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo realizado em municípios da 9ª Regional de Saúde (RS), de Foz do Iguaçu, da 10ª RS, de Cascavel, e da 17ª RS, de Londrina, Paraná, Brasil, um recorte do projeto multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ‘Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense’. O quantitativo foi do tipo retrospectivo transversal para analisar fatores que influenciaram antes (2010 a 2011) e após (2012 a 2013) a implantação da Rede nas três RS utilizando os sistemas de informação ministeriais e regionais. Já a abordagem qualitativa foi realizada à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz para compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos da APS na implementação da Rede na 17ª RS. Identificou-se variáveis preditoras da influência do Índice de Implementação ($F_{18,201}=31085,179;p<0,0001$), com excelente ajuste e predição no modelo ($AIC=-394,404$) evidenciando influência positiva na implementação: número de consultas ≥ 7 e início no 1º trimestre, classificação de risco habitual, contratualização de risco habitual e alto risco e vacinação adequada em ≤ 1 ano de idade. Nas regionais verificou-se diferenças estatísticas significativas ($F_{6,156}=129,14;p=0,000$), médias semelhantes ($p>0,05$) e equivalência entre todos municípios. Participaram da pesquisa 44 profissionais de 10 municípios da 17ª RS, sendo 10 gestores, 12 enfermeiros e 22 médicos. As características biográficas incluíram: idade entre 25 a 65 anos e tempo de trabalho na APS de cinco a 20 anos. A formação dos gestores foi diversificada com atuação em enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem), geografia e contabilidade. Os depoimentos resultaram em um contexto de significados, vivenciados pelos profissionais das diferentes classes profissionais em seu cotidiano de cuidado à mulher e criança e se mostrou, a partir de uma complexa trama estrutural e assistencial os “motivos porque” e expectativa dos “motivos para” na implementação da Rede. A RMP veio como uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, com novos arranjos por meio da regionalização para garantir acesso, integralidade e resolubilidade. Apreendeu-se que a reorganização e (re)estruturação da Rede trouxeram propostas positivas para o sistema de apoio, contudo falhas no sistema logístico de referência e contrarreferência ainda precisam ser melhorados.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Materno-Infantil.

TEIXEIRA, Renata Andrade. **Rede Mãe Paranaense**: Implementation's evaluation in Primary Health Care. 2015. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

To reduce fragmentation of care in different settings of the Brazilian Health Care System, the Ministry of Health established the Health Care Networks. In 2011, the Stork Network, and from this, in 2012, the Parana's Mother Network (Rede Mãe Paranaense - RMP) have been established in order to overcome the challenges of maternal and child care in the country, in the primary, secondary and tertiary levels. In addition to creating new programs or actions in the health care system, it's also necessary to assess them, therefore this study aimed to evaluate the Parana's Mother Network implementation on Primary Health Care (PHC). It is a quantitative and qualitative study with the 9th Health District (HD), Foz do Iguaçu, the 10th HD, Cascavel, and the 17th HD, Londrina, Parana, Brazil, a piece from a multicenter project funded by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), entitled 'Analysis of Implementation and Development Process from Parana's Mother Network Program'. The quantitative research has proposed and analyzed the Implementing Index before (2012-2011) and after (2012-2013) the Parana's Mother Network, Paraná, Brazil. Evaluation indicators were built by presence or absence of information from Network assumptions, divided into five areas, and the index of three Health Districts were calculated. We used statistical tests, significance level of $p < 0.05$. It was identified predictors of influence in the Index ($F_{18,201} = 31085.179$; $p < 0.0001$), with excellent fit and prediction in the model ($AIC = -394.404$). Predictors of the adjusted model that showed positive influence on the Index were: number of queries ≥ 7 , beginning prenatal care in the 1st quarter, usual pregnancy risk classification, usual and high pregnancy risk contract for outpatient care and hospital care and appropriate vaccination ≤ 1 year. There was statistically significant differences between the Health Districts ($F_{6,156} = 129.14$; $p = 0.000$) before and after the Network and statistically similar averages between two of them after the Network started ($p > 0.05$). The qualitative research on the theoretical and methodological framework of Social Phenomenology from Alfred Schütz to understand the experience of managers, nurses and doctors in the care of women during pregnancy and childbirth and child care in the Parana's Mother Network. 44 professionals from 10 municipalities belonging to the 17th Health District attended to the interviews: 10 managers, 12 nurses and 22 doctors. The aspects revealed two categories related to the reality experiences such as "Planning and implementing: (un)coordination of assistance to women and child" and "The assistance to women during the prenatal, delivery and postpartum period and peculiarities of child care after the launched of Parana's Mother Network" and; one category related to the future, "Achieving the objectives and goals: weaknesses and challenges in women's and child health care". The Network came as a reasoned proposal for improving the quality of maternal and child care, with new arrangements through regionalization to ensure access, completeness and solvability. The reorganization of the Network brought positive proposals; however, the communication between systems still needs to improve. It was revealed that professionals aim to provide integrated care despite of the barriers and difficulties present in the health system, as well as inefficient management and professional health education.

Keywords: Program Evaluation. Primary Health Care. Maternal and Child Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2014	34
Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná e respectivas Regionais de Saúde.....	50
Figura 3 – Municípios da 17ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2015.....	57

Manuscrito 1

Figura 1 – Preditores e dados observados do modelo ajustado frente ao Índice de Implementação da Rede Mãe Paranaense, 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde, de 2010 a 2013, Paraná, Brasil.....	72
Figura 2 – Médias e intervalos de confiança do Índice de Implementação antes (2010 a 2011) e após (2012 a 2013) a Rede Mãe Paranaense, 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde, Paraná, Brasil.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos municípios e profissionais selecionados na 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2014	59
---	----

Manuscrito 1

Tabela 1 – Variáveis preditoras com indicadores positivos e negativos que influenciaram no Índice de Implementação da Rede Mãe Paranaense, conforme parâmetros do modelo ajustado, 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde, de 2010 a 2013, Paraná, Brasil	71
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
Apsus	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
CIMMI	Comitês de Investigação Mortalidade Materna e Infantil
Cismepar	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Comsus	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSC	Carteira de Saúde da Criança
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
Cras	Centro de Referência da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Dinsami	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fsesp	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GM	Gabinete do Ministro
HC	Hospital das Clínicas
Hospsus	Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná
HUL	Hospital Universitário de Londrina

IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
Iles	Instituto Londrinense de Educação de Surdos
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MNP	Mortalidade Neonatal Precoce
MNT	Mortalidade Neonatal Tardia
MPN	Mortalidade Pós-Neonatal
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
Pacs	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMP	Rede Mãe Paranaense
RS	Regional de Saúde
Samu	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
Sesa	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unioeste	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
VD	Visita Domiciliária
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	19
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.1.1 A Estratégia Saúde da Família	21
2.2 PROGRAMAS À POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	22
2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	26
2.3.1 Rede Cegonha	28
2.3.2 Rede Mãe Paranaense.....	31
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
4 OBJETIVOS	48
4.1 OBJETIVO GERAL.....	48
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
5 METODOLOGIA.....	49
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	50
5.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde.....	51
5.3 A PESQUISA QUANTITATIVA	52
5.3.1 Fonte de Dados	52
5.3.2 Coleta de Dados.....	53
5.3.3 Análise dos Dados.....	54
5.3.3.1 Variáveis.....	54
5.4 A PESQUISA QUALITATIVA.....	57

5.4.1	Seleção dos Sujeitos	57
5.4.2	Instrumentalização para Obtenção dos Dados	59
5.4.3	Análise do Material Qualitativo	61
5.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	62
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
6.1	MANUSCRITO 1	64
6.2	MANUSCRITO 2	83
6.3	MANUSCRITO 3	111
7	CONCLUSÃO.....	139
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICES	150
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados quantitativos	151
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados qualitativos – Gestores	153
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados qualitativos – Enfermeiros e Médicos	154
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155
	ANEXOS	156
	ANEXO A – Folha de despacho	157
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	158

APRESENTAÇÃO

Desde minha formação no curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 2005, sempre me interessei pela saúde materno-infantil, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Lembro-me perfeitamente da primeira vez em que pude assistir um recém-nascido em uma consulta de puericultura e uma gestante no pré-natal, bem como o imenso prazer que senti em ajudar a promover a saúde da população da minha cidade, Londrina.

Devido a esse interesse participei de um projeto de educação sexual para adolescentes durante a graduação, coordenado pela Prof. Rosângela, minha atual orientadora, com colaboração da Prof. Elma M. Dessunti.

Já graduada, minha primeira experiência na Saúde Pública foi com a Estratégia Saúde da Família (ESF), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Londrina. Nessa época também cursei uma pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família no Centro Universitário Filadélfia. Era sempre desafiador e gratificante transformar toda bagagem de conhecimento em prática, ultrapassando os obstáculos que o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentava.

Alguns anos depois, fui para região de Maringá, onde comecei a trabalhar em uma cidade vizinha chamada Sarandi. Lá tive a oportunidade de vivenciar a realidade de uma Unidade de Pronto Atendimento e, simultaneamente, cursei pós-graduação em Urgência e Emergência pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e posteriormente colaborar com o setor de Auditoria da Secretaria de Saúde deste município. Oportunidade esta, fundamental para minha compreensão sobre a gestão em saúde, sistemas de licitação de exames laboratoriais e de imagem, além das dificuldades de encaminhamentos de pacientes às assistências secundária e terciária, os quais são entraves constantes no SUS.

Finalmente, em 2012, voltei para Londrina para participar do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), pelo Ministério da Saúde (MS). Novamente, na ESF, tive o privilégio de reencontrar a Prof. Rosângela na UBS em que eu estava trabalhando, supervisionando residentes em Enfermagem em Saúde da Criança.

Com esse reencontro, fui instigada pela professora a começar a sonhar com o Mestrado. Na época, um sonho que parecia quase inatingível, mas que com o incentivo e o apoio da professora para que eu voltasse a estudar e

tentasse o mestrado, começou a se tornar possível.

Na mesma época, eu compunha o corpo docente do curso de Ensino à Distância na Universidade do Norte do Paraná, onde fui extremamente incentivada a tentar ingressar no mestrado o que aumentou vontade de que o sonho se tornasse realidade.

O tempo passou, e o sonho antes inatingível se tornou realidade. Entrar no Mestrado em Enfermagem da UEL e o convite para participar do Projeto Multicêntrico para Avaliação da Rede Mãe Paranaense (RMP) foram dois dos maiores presentes que já poderia ter recebido na minha vida. Quando em Sarandi, já havia colaborado na replicação do Apsus específico sobre a RMP, em Londrina vivenciei a implementação e, como mestranda, estou vivenciando a oportunidade de avaliá-la.

No início deste ano, mais um ciclo se encerrou em Londrina e um novo se iniciou na ESF em Joinville - Santa Catarina, onde espero poder colaborar da melhor forma possível e buscar sempre ser uma profissional de excelência, que preza e valoriza o cuidado integral ao ser humano na APS, mas agora com um olhar totalmente diferenciado quanto à Rede Materno-Infantil.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, as políticas e os sistemas de saúde do Brasil foram marcados por grandes modificações que se deram graças às conquistas advindas da Reforma Sanitária, as quais resultaram no marco histórico da Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tendo como fundamentos os princípios da universalidade, integralidade e participação social (PAIM *et al.*, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser central no sistema e foi estabelecida a territorialização por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Mas, antes mesmo da reforma, no final da década de 1970, a assistência à saúde materno-infantil foi considerada prioridade na agenda ministerial e, na década de 1980, várias políticas e programas de saúde para esse grupo populacional foram implementados (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; VICTORA *et al.*, 2011). Entretanto, nas décadas seguintes, a situação de saúde brasileira foi marcada por uma transição demográfica acelerada, bem como por uma mudança no perfil epidemiológico, exigindo uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde. Assim, criou-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de integrar e de garantir a resolutividade de forma efetiva, eficiente e com qualidade (MENDES, 2011). Deste modo, também na área materno-infantil, essa proposta foi incorporada para, em 2011, ocorrer a criação da Rede Cegonha com a intenção de qualificar a assistência às mulheres e às crianças brasileiras (BRASIL, 2011c).

A partir do lançamento da Rede Cegonha, cada Estado assumiu a responsabilidade para a sua implementação e, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) a incorporou ao sistema de atenção à saúde materno-infantil, denominando-a RMP (PARANÁ, 2014).

Considerando que a partir do momento que ocorre a implantação de programas ou ações em saúde as expectativas e as metas devam ser alcançadas, resultando em melhores condições de vida da população alvo, a avaliação precisa estar contemplada no planejamento dos gestores, não apenas para descrever os resultados, mas sim para avaliar o seu funcionamento, visando aperfeiçoar o processo de implementação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Neste sentido, passados dois anos de implantação da RMP,

questiona-se: quais indicadores que influenciaram a implantação da RMP? A construção de um Índice de Implementação (II) pode demonstrar fatores influenciadores na implantação da Rede? Como gestores, enfermeiros e médicos da atenção primária de saúde compreendem e vivenciam a RMP nos seus campos de atuação?

Portanto, emerge a necessidade de analisar e de propor um Índice de Implementação da RMP em municípios das 9^a, 10^a e 17^a Regionais de Saúde (RS), antes e após a implantação, e, posteriormente, a Regional de maior expressão e que apresentar o melhor Índice deve ser selecionada para compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos da APS na implementação da Rede.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No sistema de saúde brasileiro, a APS foi incorporada como uma mudança de paradigma, a qual foi entendida como fundamental por várias outras nações. Em meados de 1920, o relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, já mencionava os Centros de APS. Esse relatório é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito visando à organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e com uma área de abrangência definida (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002). Porém, foi na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, em 1978, que o termo se consagrou (WHO, 1978). A Declaração de Alma-Ata, documento elaborado pelos participantes do evento, serviu de guia para o reordenamento dos sistemas de saúde em todo o mundo.

Nesta Declaração, os cuidados primários são considerados essenciais, bem como os métodos, a tecnologia e a prática cientificamente fundamentada, socialmente aceitável e acessível a toda a comunidade por meio de serviços de proteção, prevenção e reabilitação, sendo este o primeiro nível de contato com um sistema de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ASSIS *et al.*, 2007; WHO, 1978).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção, sendo fundamentada em princípios como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. A APS oferece entrada do usuário para todas as necessidades e todos os problemas, fornecendo atenção para a pessoa (não sendo mais o foco sobre a doença) no decorrer do tempo e para todas as condições.

Baseada nesta proposta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apostou na APS para alcance da meta “Saúde para todos até o ano 2000” (FACCHINI; GARCIA, 2009). Entre as atividades da APS, inclusas na Declaração de Alma-Ata, consta a educação da população sobre os problemas de saúde prevalentes e os métodos de prevenção e de controle, destacando-se a saúde reprodutiva e a imunização.

No Brasil, várias tentativas surgiram no intuito de organizar a APS. Iniciativas como o surgimento dos Centros de Saúde Escola, em 1920, e a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), em 1960, e a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1960, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de esforços vinculados às Secretarias de Estado da Saúde, na década de 1960, voltados predominantemente à atenção materno-infantil e ao desenvolvimento da saúde pública (LAVRAS, 2011).

Neste contexto, as propostas de Alma-Ata inspiraram o Brasil, em meio ao movimento da Reforma Sanitária, às primeiras experiências com os serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início da de 1980. A Reforma nasceu no contexto da luta contra a ditadura e trazia um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e às transformações necessárias na área da saúde. Estas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população, proporcionando um aporte conceitual e prático para a organização de um novo sistema de saúde (GIL, 2006; LAVRAS, 2011; PAIM, 2012).

Porém, na década de 1980, a APS encontrou barreiras em diversos países devido ao crescente incentivo do Banco Mundial em apoiar a redução de gastos públicos com a saúde e a privatização deste setor (FACCHINI; GARCIA, 2009). Entretanto, o Brasil começou a vislumbrar um modelo não mais centrado no hospital, mas sim que respondesse aos agravos agudos (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Com o processo de redemocratização do país, época na qual foi outorgada a Constituição de 1988, criou-se o SUS. E com a municipalização deste sistema, em 1990, iniciou-se a real estruturação da APS, movimento incentivado pelo Ministério da Saúde (MS) (LAVRAS, 2011).

Esta estruturação foi consolidada com o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, após uma experiência extremamente positiva do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991. Iniciava-se um novo modelo de atenção que constituiu as bases conceituais e operacionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) no país (GOMES *et al.*, 2011). A institucionalização da APS se deu por meio de subsequentes iniciativas – como a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), em 2000 –, o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram outorgadas em 2006, consolidando a Estratégia Saúde da Família

(ESF) como modelo e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a; 2006c; GOMES *et al.*, 2011).

Em 21 de outubro de 2011, estabeleceu-se a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, tornando equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária à Saúde é definida como:

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

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família

A ESF é um modelo nacional de atenção primária, definida pela PNAB como a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2012a).

A proposta é enraizada em princípios básicos de substituição da atenção básica tradicional, integralidade, hierarquização, territorialização, cadastramento da população e equipe multiprofissional, promovendo reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa (BRASIL, 2009).

Países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra possuem um modelo de assistência similar ao adotado no Brasil, no qual existe uma população cadastrada, uma área de abrangência e um enfoque familiar. O diferencial do Brasil é a gestão municipal descentralizada e a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS), os quais residem nas próprias microáreas de abrangência e fazem parte da equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

Em 1994, o PSF tinha seu foco nas populações de risco. As equipes formadas por médico “generalista”, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS se responsabilizavam por uma área adscrita de aproximadamente 4.500 pessoas. Contudo, a implantação do PSF foi lenta. Até 1999, somente 15% da população era coberta pelo programa, encontrado mais frequentemente em municípios de pequeno

porte (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Com o incentivo financeiro proporcionado pelo Governo Federal por meio do “pacote básico de APS”, a expansão do programa foi impulsionada nacionalmente e se tornou a ESF. Atualmente possui mais de 39.000 equipes, cobrindo uma população de quase 121 milhões de habitantes, ou seja, 62% da população brasileira (BRASIL, 2014).

Visando fortalecer o vínculo profissional-população e tendo um olhar de monitoramento constante frente à vigilância à saúde, a ESF busca proporcionar cuidado integral e continuado, acompanhando ao longo do tempo e sendo canal entre a atenção primária e outros níveis do sistema de saúde por meio da referência e da contrarreferência (BRASIL, 2009).

2.2 PROGRAMAS À POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

Na construção histórica dos programas direcionados à saúde materno-infantil, criou-se no Brasil, na década de 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCR), para dar assistência não somente às crianças, mas também às mães, principalmente frente à gravidez e à amamentação (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Com a intervenção da ditadura militar, o modelo de saúde médico assistencial privatista, vigente na época, e a extinção do DNCR, surgiram, na década de 1970, os programas verticais de organização da assistência materno-infantil com a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), os quais tinham como atividade planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b).

Em 1975, o Programa de Saúde Materno-Infantil foi construído com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, o qual incluía a assistência à gestante e ao parto, o planejamento familiar, a assistência à criança e ao adolescente e, principalmente, o aumento da cobertura vacinal. Em 1976, a CPMI passou a ser denominada Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Dinsami), sendo responsável, no nível central, pela assistência da mulher, da criança e do adolescente. Logo em seguida, em 1978, o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco foi implantado. Entretanto, no final da década de 1980, essas políticas já entravam em declínio, devido à crise econômica e política da época (BRASIL, 1975;

1978; 2011b; SIMÕES, 2002).

Na década de 1980, destacaram-se os avanços na organização da assistência perinatal e neonatal, os quais percorreram o processo de reorganização do sistema de saúde e a consolidação dos direitos da mulher e da criança. Em 1983, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), os quais tinham enfoque epidemiológico para a redução da morbidade e mortalidade em crianças menores de cinco anos, por meio das seguintes ações: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas, doenças imunopreveníveis e maior atenção ao ciclo gravídico (BRASIL, 1984a; 1984b; 2004; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Outros programas relevantes lançados em meados da década de 1980 e que repercutiram de alguma forma frente às políticas de saúde materno-infantil foram o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e o Programa Nacional de Imunização (PNI), além da Lei nº. 9.263, de janeiro de 1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar, a qual garantia esse direito em toda a sua rede (BRASIL, 1991; 1993a; 1993b; JANNOTTI; SIQUEIRA; SILVA, 2007).

Um marco histórico de extrema importância nesta época foi a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual assumiu como uma de suas prioridades a proteção dos direitos da criança e do adolescente, sendo a saúde uma das necessidades básicas e um direito do cidadão e determinou a criação do SUS. A partir daí, foram instituídas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as quais esclarecem a respeito da operacionalização do SUS, por meio da Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), de 2002, que influenciaram diretamente no campo da saúde materno-infantil ao definir a saúde da mulher e a saúde da criança como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 1996; 2002a).

Nesta construção política, outro importante pilar que se deve ressaltar foi a criação da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), ampliando os direitos da criança, além da Portaria GM/MS nº 1.016/1993, a qual tornou obrigatório o

alojamento conjunto durante todo o período de internação da puérpera e do recém-nascido e, em 1994, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 1993a; 1994).

Em 1996, no intuito de unificar as várias ações do PAISC, visando que as ações para a redução das mortes fossem mais eficazes, o MS implantou a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), priorizando os municípios com altos índices de mortalidade infantil e que possuíam ESF e Pacs. Esta estratégia foi criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com a intenção de incentivar, de forma global, a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais, a garantia de adequada qualidade de atenção à saúde dos menores de cinco anos, o fortalecimento da promoção da saúde e as ações preventivas na infância (BRASIL, 2002b; PINA *et al.*, 2009).

Posteriormente, em 2000, o MS lançou nacionalmente o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os objetivos de captação precoce da gestante, até 16 semanas de gestação, consultas periódicas de pré-natal com no mínimo seis durante a gestação, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º, além de identificar e intervir precocemente nos problemas da gravidez, encaminhando as gestantes de risco ao serviço especializado e desenvolvendo ações preventivas e educativas (BRASIL, 2000a; 2002c).

No mesmo ano, outro importante incentivador da saúde materno-infantil foi a Declaração do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual apresentou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a serem atingidos até o ano de 2015. Conhecido no Brasil como “8 Jeitos de Mudar o Mundo”, seu intuito é de acabar com a fome e a miséria, proporcionar educação básica de qualidade para todos, estimular a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes, combater a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a malária e outras doenças e promover a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente (OMS, 2000).

Para melhorar a cobertura e a qualidade do acesso ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência neonatal, o MS criou o Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL), proporcionando informações para o planejamento, o acompanhamento e as avaliações das ações, além do

repassa financeiro de acordo com as necessidades de cada região (BRASIL, 2000b; CASSIANO *et al.*, 2014). Paralelamente, visando reduzir a mortalidade infantil, melhorar a atenção perinatal e apoiar a iniciativa Hospital Amigo da Criança, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, conhecida como Método Canguru e o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2002d; FRIAS; NAVARRO, 2013; MOREIRA *et al.*, 2012).

Outras estratégias utilizadas no SUS para a transformação da realidade da saúde materno-infantil foram a reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos e Vigilância de Óbitos Infantis (BRASIL, 2013). Em 2006, o MS aprovou o Pacto pela Saúde, o qual estabelece, por meio do Pacto pela Vida, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e fortalece a assistência à saúde materno-infantil (BRASIL, 2006b).

Em 2009, houve reformulação nas diretrizes dos Comitês de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil. O MS ampliou a cobertura, passando à análise também dos óbitos fetais, no sentido de monitorar e acompanhar os óbitos não somente maternos mas também infantis (BRASIL, 2009).

Entretanto, mesmo o pré-natal sendo de acesso universal em todos os municípios brasileiros, a qualidade ainda era considerada insatisfatória. Existiam inadequações nas ações educativas, na rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização de exames e no acolhimento da gestante, tanto no pré-natal como no parto, levando a mulher a percorrer diferentes estabelecimentos de saúde em busca de atendimento.

Embora tenha ocorrido queda da mortalidade infantil, os índices ainda estavam altos quando comparados aos de outros países. Por isso, em 2011, foi estabelecida uma nova estratégia pelo governo, a qual previa a mudança do modelo de atenção obstétrica e infantil, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011a; MOREIRA *et al.*, 2012). No ano seguinte, integrando as metas da Rede Cegonha, considerando que as taxas de mortalidade perinatal e neonatal persistiam como as mais difíceis para a redução, se comparado ao período pós-neonatal, o MS e a OPAS implementaram a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, especificamente Neonatal (AIDPI Neonatal), no intuito de capacitar os profissionais de saúde para atenderem os menores de dois meses de idade que adoecem e

morrem por doenças preveníveis, principalmente por infecção (32%), asfixia (29%), baixo peso e prematuridade (24%) (BRASIL, 2012b).

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Procurando uma forma de enfrentamento à fragmentação da atenção à saúde, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), regulamentadas em 30 de dezembro de 2010, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010). Tais Redes buscam, a partir dos pontos de atenção e diagnósticos, gerenciar os diferentes níveis de complexidade distribuída em um território, prestando cuidado coordenado pela APS no tempo e no lugar, e com o custo e a qualidade certos e humanizados, mediante as responsabilidades sanitárias e econômicas nas quais estão inseridas (MENDES, 2011).

Segundo o MS (BRASIL, 2010) existem nove atributos que são essenciais para o funcionamento das RAS:

- a) Economia de escala: busca diminuir os custos médios em longo prazo, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos atribuídos por um maior número de atividades;
- b) Suficiência e qualidade: prestar serviços em quantidade e qualidades mínimas e que se referem tanto aos processos como aos resultados;
- c) Acesso: ausência de barreiras no momento em que o usuário “entra” no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção;
- d) Disponibilidade de recursos: englobando recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado, quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede;
- e) Integração vertical: articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciadas (primária, secundária e terciária);
- f) Integração horizontal: agrupamento das unidades de serviços de

saúde da mesma natureza, no intuito de agregar serviços em uma mesma cadeia mais produtiva para obter ganhos por meio de alianças estratégicas;

- g) Processo de substituição: reagrupamento contínuo dos recursos para que estes possam resultar em melhorias sanitárias e econômicas, respeitando tanto aspectos relativos às equipes quanto aos processos de atenção à saúde;
- h) Região de Saúde ou Abrangência: é a área de abrangência para a cobertura de determinada RAS;
- i) Níveis de atenção: arranjos produtivos conformados segundo suas densidades tecnológicas, variando o nível de menor densidade (APS), densidade intermediária (atenção secundária), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária).

Segundo Mendes (2011), as RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

No primeiro elemento, a RAS deve ser capaz de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, assegurando que as estruturas estejam adequadamente distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de atendimento de estrutura/população/território e a viabilidade sustentável.

O segundo se refere à estrutura operacional. Constitui-se pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais nos quais se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Estes componentes são: Atenção Primária à Saúde, a qual é o centro de comunicação; os pontos secundários e terciários; os sistemas de apoio (ex., apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistema de informações em saúde etc.); os sistemas logísticos (ex., cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado, sistemas de transporte em saúde etc.) e; finalmente, o sistema de governança (ex., comissão intergestores tripartite, bipartite e bipartite regionais) (MENDES, 2011).

Finalmente, o terceiro elemento é o modelo de atenção à saúde. Sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS e articula as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções

dos sistemas de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da realidade de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2012a; MENDES, 2011).

Para tanto, a APS tem por função ser a base da Rede, sendo resolutive, coordenando o cuidado e ordenando as Redes. Atualmente, o MS, estabeleceu quatro Redes prioritárias: Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e Rede Cegonha, esta última responsável pela atenção materno-infantil, objeto do presente estudo (BRASIL, 2012a).

2.3.1 Rede Cegonha

No intuito de enfrentar os desafios da assistência materno-infantil existentes no país, reduzir a mortalidade infantil e melhorar a atenção à saúde das gestantes, os quais são o 4º e o 5º objetivos do milênio, assim como reduzir a fragmentação da assistência nos diferentes cenários do SUS, o MS lançou a Rede Cegonha. Seu objetivo era implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, o parto e o puerpério, e o direito às crianças do nascimento seguro e do crescimento e desenvolvimento saudáveis, além de reduzir mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal. A Rede foi incorporada em todo o território nacional de acordo com suas individualidades e diversidades (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha busca uma assistência fundamentada na humanização. Sendo assim, ela tem por princípios: o respeito, a proteção e os direitos humanos, bem como o respeito às diversidades cultural, étnica e racial, além de buscar promover equidade, com enfoque no gênero, assegurando os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Tal Rede também incorpora os princípios do SUS, busca a participação e a mobilização social e compartilha as atividades das RAS materna e infantil em desenvolvimento nos estados (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha se organiza a partir de quatro componentes (BRASIL, 2011c):

1. Pré-natal: assistência qualificada e prestada na Unidade Básica

de Saúde (UBS), com captação precoce das gestantes, acolhimento às intercorrências gestacionais, por meio da avaliação e da classificação de risco e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, realização de exames, vinculação da gestante ao local no qual será realizado o parto, qualificação do sistema de informação, implementação de ações socioeducativas relacionados à educação sexual/reprodutiva, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Aids, sífilis e hepatites, e apoio ao deslocamento das gestantes;

2. Parto e nascimento: oferecer leitos obstétricos e neonatais, ambiência das maternidades conforme a legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, garantia de acompanhante durante todo o processo do pré-parto, parto e pós-parto imediato, realização de acolhimento e classificação de risco, estímulo à implantação de equipes horizontais de cuidado obstétrico e implementação de Colegiado Gestor nas maternidades, conforme Política Nacional de Humanização;
3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança: promover o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, visita domiciliar ao binômio na primeira semana após parto e nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis, promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento dos DST/HIV/Aids, sífilis e hepatites e orientação e oferta de métodos contraceptivos;
4. Sanitário e regulação: promover acesso às urgências por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu Cegonha), sendo que as ambulâncias do sistema avançado devem possuir incubadoras e ventiladores neonatais, implantação do modelo “Vaga Sempre” e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e serviços ambulatoriais.

Segundo o MS (BRASIL, 2011c) para a operacionalização da Rede

Cegonha, são necessários cinco fases de execução. A primeira diz respeito à adesão, ao diagnóstico e à homologação da região de sua implementação, instituindo um Grupo Condutor Estadual. A segunda fase realiza os desenhos regionais da Rede Cegonha por meio da Comissão Intergestora Regional, sendo realizadas a Pactuação do Desenho da Rede e a elaboração da proposta para o Plano de Ação Regional, estimulando a instituição do Fórum Rede Cegonha. Na próxima fase, são contratualizados os Pontos de Atenção nos níveis federal, estadual e municipal, observando as responsabilidades de cada um, além de ser instituído o Grupo Condutor Municipal em cada um dos municípios que participam da Comissão Intergestora Regional. Na quarta fase, são qualificados os componentes por meio da realização das ações em saúde definidas para cada componente da Rede, buscando, desta forma, cumprir as metas pactuadas no Plano de Ação Regional e no Plano de Ação Municipal. Finalmente, a última fase é a da certificação anual pelo MS (BRASIL, 2011c).

Quanto ao financiamento da Rede Cegonha, ele advém das três instâncias de governo, sendo responsabilidade da União o financiamento do componente Pré-natal, ou seja, 100% do custeio dos novos exames do pré-natal, assim como o fornecimento dos *kits* para as UBS, dos *kits* para as gestantes e dos *kits* para as parteiras tradicionais, além do custeio para o apoio ao deslocamento da gestante até o local do parto (BRASIL, 2011d).

No que se refere ao componente parto e nascimento, advém da União os recursos para a construção, a ampliação e a reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e outras adequações necessárias aos serviços que realizam partos, além dos recursos para a compra de equipamentos e de materiais para esses locais, 100% de financiamento para o custeio do Leito Canguru, 80% de custeio para a ampliação e a qualificação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto com leitos para gestantes de alto risco, de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e de Cuidados Intermediários Neonatais, sendo que, em relação ao financiamento dos componentes puerpério e atenção integral à saúde da Criança e Sistema Logístico, já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS (BRASIL, 2011c).

O MS (2011c) propõe uma Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, a qual é composta por quatro grupos de indicadores, sendo eles:

1. Indicadores de Mortalidade e Morbidade: avalia a incidência

- de sífilis congênita, taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal), número absoluto de óbitos maternos por faixa etária por município, nascidos vivos segundo a idade da mãe e segundo a idade gestacional (IG) (<37 semanas), % de óbitos infantis-fetais investigados, % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigadas;
2. Indicadores de Atenção: número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal, cobertura de equipes de Saúde da Família, tipo de parto (% de partos cesáreos e de partos normais), cesárea em primíparas, idade da mãe, % de gestantes captadas até a 12^a semana de gestação, % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses, % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada e % de gestantes com todos os exames preconizados;
 3. Situação da Capacidade Hospitalar Instalada: número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde, identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e a crianças de alto risco, identificação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Adulto existentes em hospitais que realizam parto;
 4. Indicadores de Gestão: % de investimento estadual no setor saúde, Plano Diretor de Regionalização atualizado, identificação de centrais de regulação (urgências, internação e ambulatorial), implantação de ouvidorias no SUS, capitais e estados.

2.3.2 Rede Mãe Paranaense

Acompanhando as modificações no campo da assistência à saúde materno-infantil, surgiu, em 1999, uma experiência pioneira no Paraná, o Programa Mãe Curitibana, o qual apresentou resultados extremamente favoráveis, com uma proposta de melhoria da qualidade do pré-natal e a garantia de acesso ao parto, com a complexidade e a qualidade necessárias, disponibilizando consulta puerperal

precoce, visitas à detecção e manejo de possíveis complicações, bem como reforço do estímulo ao aleitamento materno (CARVALHO; NOVAES; 2004).

Em paralelo à implantação das RAS no SUS proposta pelo MS, sob uma nova lógica para a organização da APS para estreitar as relações entre o estado e os municípios, o Estado do Paraná iniciou, em 2011, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus) (PARANÁ, 2013).

O Apsus tinha por missão garantir a APS de qualidade e resolutiva, proporcionando um serviço de excelência, melhorando, desta forma, os indicadores de saúde do estado e, conseqüentemente, do país. A proposta para essa qualificação veio por meio da educação permanente, investimentos de infraestrutura, custeio das equipes e implantação das RAS: Mãe Paranaense, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Saúde Mental e Pessoa Idosa (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; PARANÁ, 2013).

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (Sesa) também utilizou outras estratégias que vieram, concomitantemente, estruturar todos os níveis de atenção da Rede, como o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (Comsus) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná (Hospsus), além de parcerias com diversas universidades (PARANÁ, 2013).

A segunda oficina do Apsus foi sobre a Rede Mãe Paranaense, a qual apresentou seus pressupostos, suas estratégias e sua missão, bem como os pontos de Atenção, a vinculação da gestante com o serviço hospitalar, os exames laboratoriais complementares necessários e a estratificação de risco de gestantes e crianças (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; PARANÁ, 2014).

Após todo este processo de capacitação, contratualizações de fluxos e adequação da Rede Cegonha no estado, a Sesa implantou a RMP, em 2012, como rede de assistência materno-infantil (PARANÁ, 2014).

A RMP está fundamentada nos cinco componentes básicos da Rede Cegonha, citados anteriormente, bem como na experiência da Mãe Curitibana, que culminou na redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e com a vinculação da gestante ao hospital de referência. O público alvo são mulheres em idade fértil e crianças menores de dois anos, visando promover a qualidade de toda a família paranaense (PARANÁ, 2014).

Tal Rede busca, por meio da captação precoce da gestante, seu

acompanhamento no pré-natal, com o mínimo de sete consultas (sendo seis no pré-natal e uma no puerpério, o que a difere da Rede Cegonha, a qual estabelece sete consultas no pré-natal) e a realização de 17 exames, sendo os novos exames de pré-natal:

- Teste rápido de gravidez, sífilis e HIV (no primeiro trimestre), proteinúria (quando necessário);
- Acréscimo de mais um exame (no terceiro trimestre) de hematócrito e hemoglobina, dosagem de glicose e sorologia para HIV;
- Acréscimo de mais dois exames (no segundo e terceiro trimestre) de Urina 1, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)/sorologia para sífilis;
- Cultura de bactérias (Urocultura) a critério do médico;
- Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes, teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes de fator Rh negativo;
- Exames específicos para gestantes de alto risco: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina de 24 horas), dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com doppler e cardiotocografia anteparto.

A Rede complementou a estratificação de risco de gestantes e de crianças criando o Risco Intermediário (RI); pactuou a vinculação e a garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de RI e alto risco (AR) e a garantia de vinculação hospitalar conforme a estratificação de risco gestacional (PARANÁ, 2014). Para tal, a RMP fundamenta suas ações em um Mapa Estratégico (Figura 1).

Figura 1 – Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2014

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

Fonte: Paraná (2014, p. 15).

A estratificação de risco é um elemento visto pela RMP como orientador para a organização da atenção nos diversos níveis (primária, secundária e terciária). A RMP trouxe uma nova classificação, o Risco Intermediário (RI), além do já padronizado pelo Rede Cegonha, o Risco Habitual (RH) e o Alto Risco (AR), (PARANÁ, 2014).

O RI abrange características individuais da gestante (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior. As gestantes que não apresentam esses riscos, nem outras patologias, são consideradas de RH. Já o AR abrange gestantes que apresentam fatores de risco, como: condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, entre outras) e intercorrências clínicas (placenta prévia, sangramento de origem uterina, trabalho de parto prematuro, entre outras) (PARANÁ, 2014).

A estratificação para o RI deve ser registrada na carteira da gestante e ser vinculada aos centros de referências de atenção secundária e terciária, tanto para a assistência programada quanto para as intercorrências que possam vir a ocorrer durante a gestação até o momento do parto. Também com base no princípio da integralidade, gestantes e crianças estratificadas de RI e AR poderão ser encaminhadas para o Centro Mãe Paranaense, ponto de atenção secundária ambulatorial o qual possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos e orientações complementares às ações desenvolvidas pelas equipes da APS (PARANÁ, 2014).

A Linha Guia da RMP afirma que este serviço deve ser organizado nas 22 Regionais de Saúde, as quais devem prever e organizar, no mínimo, um serviço de atendimento à gestante de RI e AR, o qual pode estar localizado em um ambulatório do Hospital de Referência à gestante e/ou em Consórcios Intermunicipais de Saúde. São previstas cinco consultas para a gestação de AR. Já para a criança de AR, quatro atendimentos multiprofissionais até que a criança complete dois anos e um atendimento trimestral em grupo e por equipe multiprofissional. E para a criança de RI são previstas três consultas com esta equipe (PARANÁ, 2014).

Todos os 399 municípios do estado aderiram à RMP, sendo possível, desta forma, assegurar acesso, em tempo adequado, aos hospitais de referência, segundo a estratificação de risco gestacional por meio de um sistema de vinculação hospitalar (PARANÁ, 2014).

Conforme já discutido anteriormente, a RMP é a mais recente proposta realizada pelo Estado do Paraná, embasada na Rede Cegonha, que tem como meta melhorar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil nos níveis primário, secundário e terciário. Para tanto, avaliar o processo de implementação é

recomendado por vários pesquisadores (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; CRUZ, 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; WHO, 2010;) no intuito de identificar se as metas estão sendo atingidas, bem como as suas potencialidades e fragilidades para que os gestores realizem as (re)adequações que se fizerem necessárias à garantia da assistência a este grupo populacional.

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de saúde é muito complexo. As relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são, muitas vezes, cercadas por incertezas e por regras de alocações econômicas de recursos que não se aplicam. Mas a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informações dos gestores, que necessitam justificar suas escolhas para um público cada vez mais exigente (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A proposta de avaliação não surge de um momento para o outro, mas sim como resultado de um processo de construção. Sabe-se que a *primeira geração* de estudos sobre a avaliação, nas décadas de 1910 a 1930, utilizava a construção e a aplicação de instrumentos de medidas, tendo sua origem nas medições de coeficiente de inteligência para a classificação de crianças no processo escolar. A *segunda* surgiu com Ralph Tyler, em 1942, denominada descrição ou referência ao surgimento da avaliação de programas (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A *terceira geração* surge com Stake (1967) que apontou que os avaliadores estavam negligenciando um dos pré-requisitos da avaliação, o julgamento. Para ele, não se tratava somente de descrever uma realidade, mas que o julgar com base em padrões externos ajudaria na tomada de decisões (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A *quarta* geração, denominada negociação, surge na década de 1980 com a publicação de Guba e Lincoln, em 1989, que designavam a avaliação como responsiva-constructiva. Responsiva, por levar em conta as definições do foco da avaliação, em que parâmetros e limites são determinados interativamente em processos negociados envolvendo os diversos interessados. A constructiva se refere ao modo de fazer que, metodologicamente, rejeita o controle e a abordagem experimental (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Toda a construção histórica da avaliação é embasada no entendimento do seu objetivo final, portanto, Figueiró, Frias e Navarro (2010, p. 7) consideram que esta pode:

Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); utilizar processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Segundo Champagne *et al.* (2011) avaliar é um hábito humano, o qual depende da opinião e da intuição do homem. Porém, os autores afirmam ainda que avaliar pode ser um exercício sistemático que demanda certo nível de *expertise*, devendo ser útil às ações futuras. Não se trata apenas de descrever os resultados de um programa, mas sim de avaliar o seu funcionamento buscando aperfeiçoar o processo da análise de uma ação fundamentada e visando objetivos como pertinência, implantação e resultados.

Segundo a OMS, a avaliação é o processo de determinar de forma qualitativa ou quantitativa e, por meio de métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. A OMS, na prática, vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que deveria ser utilizado para o aperfeiçoamento de atividades em curso ou a serem implementadas (WHO, 2010).

A avaliação de programas em saúde visa analisar os processos complexos da organização de práticas voltadas para um objetivo específico, podendo ser tanto propostas para um macro objetivo como a implantação de ações para populações mais específicas, a exemplo, a Rede Mãe Paranaense, que atende o grupo materno-infantil (LIMA; SILVA, 2011).

Para Brousselle *et al.* (2011) avaliar é fazer um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou de qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Tal julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Segundo Figueiró, Frias e Navarro (2010) quando se tem interesse em saber os efeitos ou os impactos gerados por uma intervenção e decidir pela sua continuação, ampliação ou finalização, deve-se realizar avaliações normativas, as quais podem provocar mudanças em situações indesejáveis para os envolvidos ou os usuários dos programas. Os autores ainda referem que a avaliação normativa analisa cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e de normas. Ela se compara a um processo de verificação de conformidades dos componentes da intervenção em relação às referências preestabelecidas na implantação do programa, a exemplo, um mapa estratégico. Já a avaliativa depende de um procedimento científico para analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, compreendendo, dessa forma, o “como” e o “porquê” dos resultados.

Para Brousselle *et al.* (2011) a avaliação normativa visa emitir um julgamento sobre a intervenção, comparando recursos empenhados (estrutura), serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com os critérios e as normas. Sua validade é diretamente proporcional à qualidade da medida e da confiabilidade dos instrumentos e das estratégias. Sendo assim, a avaliação permite emitir um julgamento sobre a estrutura (os recursos), o processo (os serviços e as atividades) e os resultados de uma intervenção. Os custos são medidos por meio da análise da estrutura e do processo, já a qualidade e a cobertura, pela análise do processo e, finalmente, os resultados de forma direta. Ou seja, se numericamente os objetivos foram alcançados (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Segundo Tanaka (2011) o marco referencial mais pragmático para a avaliação na APS é a concepção de qualidade proposta por Donabedian (2005). Segundo o autor, a qualidade é definida conforme o grau em que os serviços de saúde atendem às necessidades, às expectativas e ao padrão de atendimento dos pacientes. Para tanto, Donabedian (2005) propõe a avaliação da estrutura, do processo e do resultado, a qual permite uma escolha intencional, com foco no objetivo da avaliação, considerando as metodologias disponíveis (SAMICO *et al.*, 2010).

Para Tanaka (2011), esta proposta requer que a avaliação seja sempre iniciada pelo processo. Deste modo, poder-se-á identificar os resultados esperados na APS, possibilitando concluir sobre a modificação no estado de saúde do usuário decorrente da ação de saúde prestada.

Segundo Cruz (2011), paralelo ao modelo de Donabedian, outros modelos surgiram com diferentes nomenclaturas para os componentes estruturais da intervenção. No entanto, o maior investimento nas avaliações de resultado, ao longo dos anos, resultou em críticas aos chamados “modelos caixa preta”, que medem os efeitos em longo prazo sem, necessariamente, compreender os fatores que influenciaram favoravelmente ou não os resultados.

A pesquisa avaliativa busca, por meio de um método científico validado e reconhecido, analisar o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção, a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações entre a intervenção e o contexto no qual está inserida (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Segundo Champagne *et al.* (2011), para a pesquisa avaliativa, há seis tipos de análises: a *estratégica*, que avalia a pertinência da intervenção; a *lógica*, a qual examina a coerência; *de produção*, que identifica a produtividade dos determinantes da qualidade dos processos; *dos efeitos*, que verifica a eficácia; *da eficiência*, para comprovar o efeito global da intervenção; e a *da implantação*, que observa as interações entre o contexto da implantação na produção dos efeitos.

A *análise da implantação* tem por objetivo delimitar os fatores que facilitam ou que comprometem as intervenções. Segundo Champagne *et al.* (2011), a implantação pode ser considerada a implementação concreta de uma intervenção em um contexto específico.

Para Cruz (2011), a *análise de implantação*, tida como equivalente à *avaliação de processo*, em geral, envolve estrutura e processo, e enfatiza as explicações para a diferença entre o pretendido e o realizado, a exemplo, diferenças entre cobertura pretendida e cobertura alcançada. A avaliação de processo informa aos atores envolvidos na intervenção se as ações atingiram a população-alvo, o nível, a extensão, a qualidade dos serviços prestados e os recursos necessários para a sua operacionalização. Ainda para o mesmo autor, essa *análise* busca entender o que acontece em relação ao programa, certificando-se de que foi bem implantado, assim como obter informações sobre suas características e peculiaridades.

Champagne *et al.* (2011) consideram que a *análise da implantação* aumenta o potencial de generalização das pesquisas avaliativas, validade externa,

que por sua vez está apoiada em três princípios: da similaridade ou capacidade de generalizar resultados para um universo empírico similar; da robustez na qual o potencial de generalização de um estudo aumenta, se houver replicação dos efeitos em contextos diversificados e; da explicação quando há compreensão dos fatores de produção e de inibição dos efeitos.

Este tipo de avaliação se faz pertinente: primeiro, quando os efeitos da introdução de uma intervenção são nulos e pouco robustos, ou seja, sensíveis às variações contextuais; e segundo, quando uma intervenção nova é implementada, pois a análise da implantação permite identificar melhor a sua dinâmica e os fatores explicativos críticos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Cruz (2011) refere que a *avaliação de implantação* não é um tipo de avaliação a ser feita apenas quando a intervenção não consegue recursos para analisar os resultados, mas é fundamental porque fornece informações cruciais sobre o porquê de a intervenção estar ou não funcionando e sobre como melhorá-la.

Existem diferentes tipos de análises de implantação, sendo a Análise do tipo 1a, que é de natureza processual e busca explicar o processo de transformação da intervenção, identificando relações causais que proporcionam a transformação da intervenção depois de sua implantação em determinado contexto, e a Análise do tipo 1b, que explica a diferença entre a intervenção planejada e a realmente implantada. As análises dos tipos 2 e 3 visam explicar os efeitos observados após a intervenção.

Segundo Champagne *et al.* (2011), estas análises são:

- Tipo 1a: análise da transformação da intervenção – explica a maneira como, no decorrer do tempo, a intervenção se adapta ao seu contexto, como ela muda de forma e, por vezes, até de natureza. Esta se interessa não somente pelas atividades formais ou pelos resultados previstos, mas também pelas atividades informais e pelas consequências não previstas. Também conhecida como *análise do processo* ou processual, leva em conta percepções que as pessoas próximas do programa têm de sua evolução. Entende-se que o contexto não somente modifica como também contribui para o processo de implantação de uma intervenção (barreiras à implantação ou fatores facilitadores);

- Tipo 1b: análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção – explica as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada. Tem uma dimensão analítica que é adequada quando se trata de intervenções complexas e compostas de elementos sequenciais. O grau de implementação e a sua integralidade estão relacionados à sua validade. A qualidade das atividades produzidas é diretamente ligada às normas em termos de estrutura (recursos) e de processos;
- Tipo 2: análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados – relaciona as variações da implementação de uma intervenção com os efeitos observados. A implementação pode ser difícil, sobretudo quando demanda que práticas habituais dos agentes de implantação sejam profundamente modificadas. É preciso conhecer o grau de implantação de uma intervenção para evitar tirar conclusões errôneas sobre sua eficácia. Este tipo de análise permite identificar os componentes mais suscetíveis a facilitar a obtenção dos resultados;
- Tipo 3: análise da influência da intervenção entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados – visa explicar as variações dos efeitos observados após a introdução da implantação. Quando da introdução de uma intervenção, alguns fatores contextuais, como a característica da organização, podem contribuir para aumentar seus efeitos (interação sinérgica) ou bloqueá-los (interação antagônica). É útil quando se quer documentar e explicar a dinâmica interna de uma intervenção.

Pesquisas avaliativas têm sido realizadas em âmbito nacional com sucesso (ALMEIDA; TANAKA, 2009; ALVES *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2012; HARTZ *et al.*, 1997; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Entre elas, pode-se citar Venâncio *et al.* (2013), que avaliaram a implementação da Rede Amamenta Brasil utilizando a pesquisa avaliativa do tipo 1, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Tanaka (2011) salienta que se faz mais produtivo iniciar a avaliação na APS utilizando uma abordagem quantitativa, pois existem dados suficientes e disponíveis nos sistemas de informação – como o Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre outros – que focam no processo de atenção, retratando a produção de procedimentos. Por outro lado, o autor refere que somente a análise quantitativa não se faz suficiente para a compreensão do fenômeno, o que possibilita resposta parcial à pergunta avaliativa.

O resultado dos programas de saúde é o produto da interação entre o usuário e a equipe de saúde. Destarte, a abordagem qualitativa passa a ser considerada indispensável, permitindo compreender, com maior profundidade, a dinâmica interna e, assim, apreender o significado dos diferentes aspectos dos programas de saúde (TANAKA, 2011). Entretanto, Almeida e Melo (2010) identificaram, em uma revisão de literatura, que a maioria dos dados produzidos sobre pesquisas avaliativas em APS eram de característica normativa, revelando um distanciamento do enfoque qualitativo-participativo, o que não retrata a realidade estudada.

A coleta de dados para uma *avaliação de implantação* ou de processo, qualitativo-participativo, é usualmente realizada por meio de abordagens qualitativas para descrever as atividades e as percepções relacionadas ao programa, especialmente durante os estágios iniciais e de desenvolvimento. Estas abordagens incluem, mas não se limitam a técnicas como: observações, entrevistas, grupos focais (equipe do programa, usuários e outros informantes-chaves) e revisão de documentos da intervenção. Esta caracterização também pode incluir abordagens quantitativas, tais como inquéritos sobre aceitabilidade dos usuários e percepção sobre necessidades e serviços (CRUZ, 2011).

Como a presente pesquisa visa avaliar a implantação da Rede Mãe Paranaense na APS, acredita-se que o método mais adequado para a análise seja a *avaliação da implantação*. Para isso, utilizou-se tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação para identificar o Índice de Implementação da Rede, como a abordagem qualitativa, no intuito de compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos quanto à assistência à mulher e criança após a implantação da RMP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que o resultado dos programas de saúde é o produto da interação entre o usuário e a equipe de saúde, exigindo a abordagem qualitativa para compreender e apreender o significado dos diferentes aspectos (TANAKA, 2011), e que trabalhar no campo da saúde é uma experiência vivenciada de modo natural, constituindo-se uma relação social de atuação profissional do ser humano (SCHÜTZ, 2012), a escolha do referencial teórico para o presente estudo foi a Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

A Fenomenologia Social é definida como um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nesta ação social. Assim, gestores ou secretários de saúde, enfermeiros e médicos possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e os direcionam para as ações de cuidado nos setores da saúde (CALDEIRA *et al.*, 2012; SCHÜTZ, 2012). Assim, as ações de saúde destes profissionais requerem competência técnica, atitudes, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca de suas ações, as quais só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível por cada um deles (CALDEIRA *et al.*, 2012).

Quanto a estes fenômenos humanos, no final do século XIX, Edmund Husserl os identificou como uma ciência voltada às experiências vividas, visando à essência existencial do ser humano (CAMATTA *et al.*, 2008; CASTRO, 2012; WAGNER, 1979).

A fenomenologia tem sido utilizada como referencial teórico e/ou metodológico de pesquisas que buscam compreender a visão do ser humano em seu todo vivido, bem como a forma situada no mundo e em sua totalidade de vida, por meio da descrição da sua experiência e dos significados atribuídos a ela. A fenomenologia acrescenta à pesquisa na área da enfermagem por considerar o ser que experiencia determinado fenômeno, sendo possível ao pesquisador compreender seu significado real (CAMATTA *et al.*, 2008).

Segundo Minayo (2010, p. 252) que buscou aprofundar, do ponto de vista epistemológico e metodológico, as bases estruturantes da investigação qualitativa, as “ciências compreensivas” ressaltam que os fenômenos humanos só podem ser conhecidos intersubjetivamente, ou seja, por meio de uma participação vivida do sujeito que se compreende nos fenômenos que busca compreender.

Segundo a autora (MINAYO, 2010, p. 252), Weber trouxe para a sociologia a abordagem compreensiva já tratada pelos filósofos Husserl, Heidegger, Gadamer, Merleau-Ponty, Habermas, Schütz e, sobretudo, Dilthey e desenvolveu especificamente:

[...] o conceito de “ação social” enquanto um comportamento humano no qual os indivíduos se relacionam de maneira subjetiva, mas cuja compreensão e orientação ocorre no coletivo. Pois, o principal objetivo de Weber é compreender o sentido que cada pessoa dá a sua conduta e a sua ação e perceber assim a sua estrutura inteligível e como essa ação constrói a vida social.

Já Alfred Schütz, segundo a mesma autora, influenciado por Husserl e Weber, trouxe reflexões fundamentais a serviço da pesquisa qualitativa, explicando seus pressupostos de que:

[...] “vivemos num mundo intersubjetivo” que é experimentado e tipificado igualmente pelo indivíduo e por seu semelhante; existia antes de ambos e continuará a existir depois; nele as pessoas se comunicam de forma direta com os contemporâneos ou, de forma indireta, com os antecessores, ou sucessores. A situação biográfica influencia os motivos, a direção e o modo como cada pessoa ocupa o espaço da ação social e as relevâncias de sua conduta podem ser encontradas na linguagem. A ação social é o lugar de expressão da liberdade e da necessidade e tem em si um significado subjetivo que lhe dá direção (MINAYO, 2010, p. 253).

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz, também denominada Sociologia Fenomenológica ou Sociologia Compreensiva, utiliza-se de conceitos como mundo da vida, intersubjetividade, acervo de conhecimentos, situação biográfica, reciprocidade de perspectiva, ação social e tipificação (CALDEIRA *et al.*, 2012; CASTRO, 2012).

O mundo da vida é o cenário de interação humana em que a pessoa utiliza os seus conhecimentos prévios e que são transmitidos aos seus pares os quais lhes antecedem e sucedem, dando assim significação às suas experiências. Para essa análise, é necessário compreender a situação biográfica do indivíduo, a qual permite aos sujeitos refletir e entender suas ações e sua relação com o mundo (AZEVEDO, 2011; SCHÜTZ, 2012; WAGNER, 1979).

Segundo Schütz (2012), a intersubjetividade é uma condição da vida social, e a vivência é a fonte dos significados humanos. O significado humano

se constitui para a pessoa à medida que ela o vivencia e este se torna visível ao olhar reflexivo. Conforme os significados vividos, individualmente, são contextualizados, vão se configurando na relação intersubjetiva, um sentido social (MERIGHI *et al.*, 2011).

Para captar esta relação intersubjetiva do sujeito, é necessário compreender a interpretação que este atribui à ação em termos de projetos, meios disponíveis, motivos e significados. Interesses comuns permeiam as ações dos sujeitos nas situações face a face, o que nada mais é do que uma reciprocidade de intenções. Desta forma, é possível experienciar o outro da forma direta, face a face, ou indireta, quando o sujeito se volta para um contemporâneo (CALDEIRA *et al.*, 2012; CAMATTA *et al.*, 2008; MERIGHI *et al.*, 2011).

Schütz desenvolveu seu pensamento embasado nas ações humanas, as quais podem ser compreendidas por meio das motivações dos sujeitos. Para tal, o indivíduo atua por intermédio de motivos existenciais. A bagagem de conhecimento é algo herdado dos nossos predecessores, é algo que se pode acrescentar à nossa própria experiência vivida, que por sua vez só pode ser compreendida mediante ações exteriorizadas, que constituem a base da comunicação e da relação social. Estas ações são impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para” a fim de interpretar o comportamento do homem no mundo social (CAMATTA *et al.*, 2008; SCHÜTZ, 2012).

Desta forma, compreende-se a ação social como uma conduta dirigida para a realização de determinado fim, e esta ação, os “motivos porque”, são as razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados, bagagem de conhecimentos herdada dos nossos predecessores. Assim, só é possível reconstruir estes motivos em retrospectiva até ao presente a partir da reflexão do ato concretizado interpretada pela subjetividade da própria pessoa, o que define seu projeto de ação e seu desempenho social (CALDEIRA *et al.*, 2012; MERIGHI *et al.*, 2011; SCHÜTZ, 2012).

Segundo Camatta *et al.* (2008), é possível ao pesquisador acessar esta categoria se ele reconstruir o ato realizado pelo ator, ou a partir de coisas provocadas no mundo exterior pela ação do ator. Zeferino e Carraro (2013) ainda colocam que os “motivos porque” estão tão enraizados na personalidade do sujeito, no aprendizado que acumulou por toda a sua vida, que, para conhecer o tipo de mente que empreendeu tal ação, somente será possível conhecendo o seu passado.

O “motivo para” é a orientação à ação futura (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação), que é uma categoria essencialmente subjetiva, pois ainda não aconteceu (CALDEIRA *et al.*, 2012; MERIGHI *et al.*, 2011; SCHÜTZ, 2012). Segundo Camatta *et al.* (2008), a categoria só é revelada ao pesquisador quando o entrevistado é questionado sobre o significado que ele atribui a determinada ação.

No presente estudo, ao indagar gestores ou secretários de saúde, enfermeiros e médicos sobre a implantação e o desenvolvimento do programa Rede Mãe Paranaense, espera-se que eles possam ser capazes de resgatar suas vivências e seu percurso existencial, sendo este resgate sobre o que Schütz denomina situação biográfica.

A situação biográfica permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e compreender as suas ações e sua relação com o mundo (SCHÜTZ, LUCKMANN, 2003). Isso porque toda a relação social de trabalho ocorre na interação da relação face a face, que é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado, resultando na reciprocidade de intenção (SCHÜTZ, 2012).

Deste modo, a partir da vivência de atuação dos profissionais no serviço de atenção à saúde, estes adquirem experiências que constituem a tipificação de seu respectivo grupo social profissional – aquilo que é típico (SCHÜTZ, 2012). O mundo cotidiano apresenta-se nas tipificações, ou seja, nas representações construídas pelos próprios atores sociais de acordo com suas relevâncias, que incluem o universo e o estável, o específico e o mutável (ZEFERINO; CARRARO, 2013). Assim, o ator social tipifica o mundo para poder compreendê-lo e comunicar-se com os seus semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

Desta forma, a pessoa interpreta o mundo a partir do acervo de experiências prévias e de conhecimentos transmitidos por seus semelhantes, isto é, sua bagagem de conhecimentos disponíveis. A tipicidade permite a compreensão entre as pessoas na interação social, e ela vai se tornando estável a ponto de levá-las a reconhecer as características de determinada ação como papéis sociais (MERIGHI *et al.*, 2011).

A objetivação dos significados é feita por meio de um esquema conceitual que permite agrupar as informações do senso comum, a tipificação, a qual leva à compreensão do homem as suas relações sociais (SCHÜTZ, 2012).

Neste sentido, a Fenomenologia Social é o referencial que permite a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas (SCHÜTZ, 2012), como a vivência de gestores ou de secretários de saúde, enfermeiros e médicos na implantação e no desenvolvimento da Rede Mãe Paranaense.

A experiência de atuar nos serviços de saúde dá-se no cotidiano vivido destes sujeitos, ou seja, no mundo social, que, para Schütz (2012), é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que outros sujeitos coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre os objetos, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente voltada a este mundo (CALDEIRA *et al.*, 2012).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores, anteriores e posteriores, que influenciaram a implantação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde;
- Construir um Índice de Implementação para analisar fatores, anteriores e posteriores, que influenciaram a implantação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde;
- Compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos quanto à assistência à mulher e criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo e qualitativo realizado em municípios de três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, no intuito de avaliar a implementação da Rede Mãe Paranaense.

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), 14/2013 sob n.º 474768/2013-9, chamada Universal 14/2013, intitulado: “Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense”, desenvolvido em três Regionais de Saúde: Nona Regional de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Décima Regional de Saúde de Cascavel (10ª RS) e Décima Sétima Regional de Saúde de Londrina (17ª RS). Cada Regional foi coordenada por pesquisadores das respectivas universidades: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), *campus* de Foz do Iguaçu; Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), *campus* de Cascavel e; Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Os modelos quantitativos e qualitativos para avaliar programas são recomendados por subsidiar resultados mais acurados, bem como compreender melhor a realidade e acrescentar amplitude e profundidade à opção metodológica (ALMEIDA; MELO, 2010; CRUZ, 2011; TANAKA, 2011).

Neste sentido, no presente estudo, a abordagem quantitativa do tipo retrospectiva transversal foi realizada, inicialmente, por meio de busca das informações disponibilizadas nos sistemas governamentais e estaduais, de 2010 a 2011 (antes da implantação da RMP) e de 2012 a 2013 (após a implantação da RMP). Para Tanaka (2011), esta busca possibilita a interlocução mais transparente e objetiva com todos os interessados na avaliação de processo da intervenção, ou seja, a avaliação da implantação da Rede Mãe Paranaense. A coleta dos dados foi realizada de maio a outubro de 2014.

A abordagem qualitativa foi realizada, posteriormente, para apreender como se deu a implementação da Rede, na perspectiva dos gestores, enfermeiros e médicos da APS, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015,

nas três Regionais de Saúde. Contudo, na presente dissertação, apresentar-se-á os dados dos profissionais da 17ª RS.

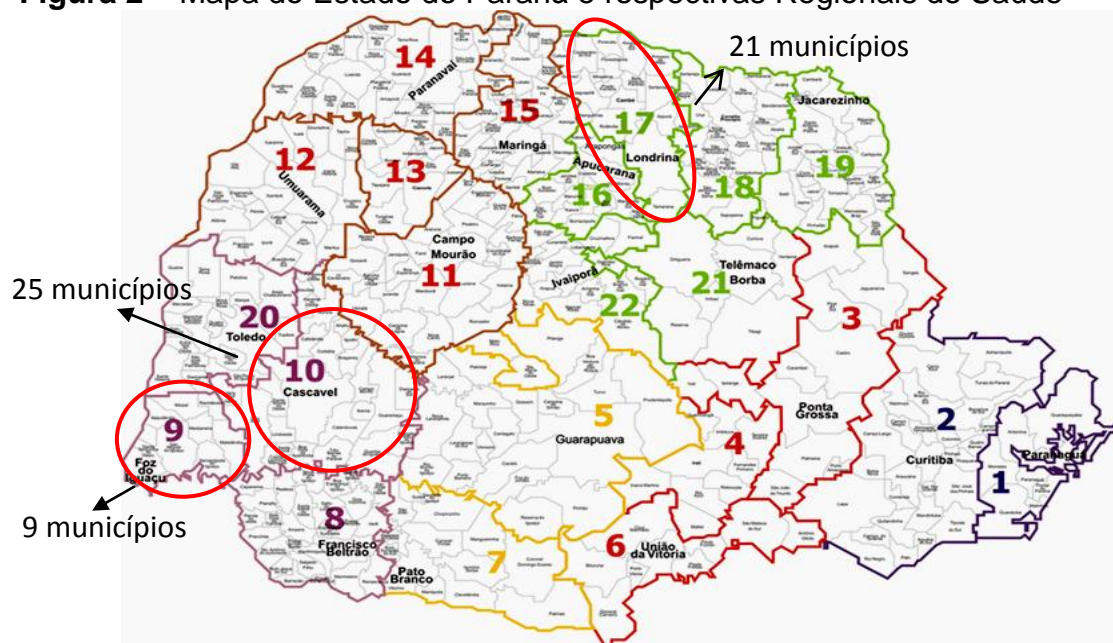
Segundo Cruz (2011), a abordagem qualitativa é fundamental para fornecer informações cruciais sobre o porquê de a intervenção estar ou não funcionando, bem como para evidenciar elementos a fim de (re)planejar as ações em saúde no intuito de qualificar a assistência à população.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O Estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados. Ao norte com o Estado de São Paulo, ao sul com o Estado de Santa Catarina e ao Oeste com o Estado do Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, numa extensão territorial de 199.304 km², e sua população estimada é de 11.163.018 habitantes (IBGE, 2015; PARANÁ, 2015).

Do total das 22 Regionais, o presente estudo foi desenvolvido em três: a 9ª RS de Foz do Iguaçu, constituída por nove municípios; a 10ª RS de Cascavel, com 25 municípios; e a 17ª RS de Londrina, com 21 municípios, totalizando 55 municípios (Figura 2).

Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná e respectivas Regionais de Saúde



Fonte: Paraná (2015).

A escolha se deu a partir do perfil epidemiológico materno-infantil, de peculiaridades regionais, do interesse dos gestores dos municípios, da interação entre a academia e o serviço de saúde e da disponibilidade dos pesquisadores das três universidades. Tais elementos favoreceram a realização da pesquisa multicêntrica, visto o grau de dificuldade para se realizar um estudo avaliativo com abordagem quantitativa e qualitativa em diferentes aspectos, respeitando as características do sistema de saúde das respectivas regionais.

5.2.1 Caracterização das Regionais de Saúde

A 9ª RS de Foz do Iguaçu é constituída por uma população de 390.220 habitantes distribuídos nos seguintes municípios: Foz do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Ramilândia, Missal, Santa Terezinha de Itaipu e Serranópolis do Iguaçu (IBGE, 2015). A população feminina corresponde a 199.541 mulheres com idade entre zero (0) e 80 anos, sendo 132.106 em idade fértil, entre 10 e 44 anos (IBGE, 2015). Referente à quantidade de profissionais, a 9ª RS conta com um total de 296, sendo nove gestores de saúde, 113 enfermeiros e 174 médicos.

A 10ª RS de Cascavel tem uma população total de 513.071 habitantes e é constituída por 25 municípios: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvras, Céu Azul, Corbéia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatú, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste. Do total, 259.702 habitantes são do sexo feminino, sendo 168.407 em idade fértil (IBGE, 2015). Os profissionais ligados à RS totalizam 399, sendo 25 gestores de saúde, 135 enfermeiros e 239 médicos.

A população da 17ª RS de Londrina totaliza 884.039 habitantes e é constituída por 21 municípios: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana e Londrina. A população feminina representa 455.078, sendo 283.943 mulheres em idade fértil (IBGE, 2015). Esta RS

é composta por 410 profissionais, sendo 21 gestores de saúde, 210 enfermeiros e 179 médicos.

5.3 A PESQUISA QUANTITATIVA

5.3.1 Fonte de Dados

Para a realização da pesquisa quantitativa, retrospectiva, transversal nos municípios da 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina, as fontes de dados utilizadas para construir os indicadores de avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense foram:

- ✓ Sistema de Acompanhamento da gestante (SISPRENATAL);
- ✓ Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc);
- ✓ Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI);
- ✓ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- ✓ Sistema de Informação das Regionais de Saúde.

A construção do instrumento de coleta de dados contemplou os pressupostos estabelecidos pela Linha Guia da RMP (PARANÁ, 2014), composto por 10 questões distribuídas em 22 variáveis:

1. Nº de gestantes cadastradas no SISPRENATAL (Fonte: RS; Sinasc; SISPRENATAL): número de gestantes, número de gestantes com ≥ 7 consultas, número total de consultas, número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e número de consultas odontológicas;
2. Quantidade de exames realizados por trimestre gestacional (Fonte: RS; SISPRENATAL): 1º, 2º e 3º trimestres, teste rápido para gravidez, sífilis e HIV;
3. Estratificação de risco gestacional (Fonte: RS): houve implantação da estratificação de risco habitual (RH), risco intermediário (RI) e alto risco (AR) e atendimento ambulatorial especializado para RI e AR;
4. Contratualização dos hospitais para a vinculação do parto conforme a estratificação de risco (Fonte: RS);

5. Instituiu incentivo de qualidade ao parto (número e tipos) (Fonte: Sinasc; RS);
6. Mortalidade materna (Fonte: SIM);
7. N° de nascidos vivos (Fonte: Sinasc);
8. Mortalidade infantil – neonatal precoce (NP), neonatal tardia (NT) e pós-neonatal (PN) (Fonte: SIM);
9. N° de Comitês de Investigação Mortalidade Materna e Infantil (CIMMI) (Fonte: RS);
10. Cobertura vacinal: número absoluto de doses de vacinas aplicadas em menores de 1 ano de idade (Fonte: SI-PNI): [Hepatite B (recombinante), absorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae b* (conjugada) (Pentavalente), Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP e Poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) - VOP, BCG, sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice Viral), febre amarela (atenuada) (FA), Rotavírus humano G1P1[8] (atenuado) (VORH), meningocócica C (conjugada) (Meningocócica C), Pneumocócica Conjugada 10 Valente (Pneumocócica 10)].

Ressalta-se que a vacina Pentavalente foi introduzida em 2012, sendo assim, foi avaliada a Tetravalente até 2012 e, posteriormente, a Pentavalente em 2013, também sendo contabilizada.

5.3.2 Coleta de dados

Previamente à realização da coleta de dados, os pesquisadores entraram em contato com os diretores das três RS para discutir o andamento da pesquisa, bem como para planejar a obtenção das informações quantitativas no sistema local/estadual.

Posteriormente, a coleta de dados foi realizada simultaneamente em cada RS pelos respectivos pesquisadores das três universidades. Os dados foram inseridos no banco informatizado e estruturado no Excel 2010[®] com as informações obtidas nos sistemas ministeriais e estaduais e encaminhadas via Dropbox (serviço de armazenamento gratuito) para acesso livre aos pesquisadores.

5.3.3 Análise dos Dados

5.3.3.1 Variáveis

Para a coleta das variáveis, foi construído um instrumento norteador (Apêndice A). As variáveis selecionadas e coletadas pelas três RS (9ª, 10ª e 17ª) foram consideradas como indicadores e, cada qual, compôs os domínios, bem como a construção do II apresentado a seguir:

I. Construção dos domínios

A partir da construção dos domínios que são considerados variáveis latentes, as quais não são observáveis, mas compostas por variáveis observadas. Portanto, cinco domínios foram estabelecidos, bem como suas respectivas descrições e algoritmos. A presença destes dados nos sistemas de informação foi representada com o peso 1 e a ausência com o peso zero.

Os domínios foram calculados por meio de somatória dos pesos previamente estabelecidos e normalizados em escala de porcentagem (%), categorizados em dois níveis: 0 - Informação inexistente e; 1 - Informação existente nas bases de dados. Apenas para a variável “parto” adotou-se: 0 - mais de 15% de partos cesáreos registrados e; 1 - até 15% (PARANÁ, 2014). A seguir apresenta-se os cinco domínios estabelecidos:

1. **Consultas:** refere-se à caracterização da tabulação da informação do número de gestantes avaliadas por município, bem como do número de gestantes que iniciou o pré-natal no 1º trimestre e sete ou mais consultas (o que poderia caracterizar o pré-natal até o 3º trimestre), e o número total de consultas odontológicas. É composto pelos indicadores das questões 1. Esse domínio variou entre os escores 0 e 4.
2. **Prevenção materna:** refere-se ao registro de informação de exames realizados pelas mães (número de exames nos 1º, 2º e 3º trimestres, teste rápido de gravidez, sífilis e HIV). É composto pelos indicadores das questões 3. O Domínio Prevenção Materna variou entre os escores 0 e 6.

3. **Risco:** refere-se à estratificação de risco da gestante (habitual, intermediário e alto risco), bem como ao atendimento ambulatorial especializado e aos hospitais referendados para o tipo de risco (habitual, intermediário e alto risco), % de parto cesárea. É composto pelos indicadores das questões 4.1, 4.2, 4.3 e 7. Esse domínio variou entre os escores 0 e 6.
4. **Gestão/Vinculação:** refere-se ao tipo de vinculação dos hospitais (termo de contrato para gestação de RA, RI e AR) com o município. É composto pelos indicadores das questões 5, 6 e 7. Esse domínio variou entre os escores 0 e 3.
5. **Seguimento:** avaliou-se a taxa de mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal). Verificou-se se o município tinha CIMMI e se realizava as investigações. Além destes indicadores, identificou-se também a cobertura vacinal de crianças que receberam a última dose de vacinas Hepatite B (recombinante), Penta, VIP, VOP, BCG, Tríplice Viral, FA, VORH, Meningo C e Pneumo 10. Esse indicador trata das questões 8, 9.1, 9.2, 10, 11, 12 e 13. Os escores desse domínio variaram entre 0 e 14.

II. Construção do Índice de Implementação

A partir do cálculo dos escores de cada um dos domínios, estes foram normalizados em uma escala de 0 a 100. O II foi calculado por meio de uma média aritmética simples dos domínios supracitados, sendo estabelecido que os municípios que apresentaram valores superiores ou iguais a 70 pontos tiveram um processo adequado de implementação da RMP. Já aqueles municípios que apresentaram valores inferiores a 70 foram classificados como processo inadequado de implementação.

Índice de Implementação

$$= \frac{\text{Consultas} + \text{Prevenção Materna} + \text{Risco} + \frac{\text{Gestão}}{\text{Vinculação}} + \text{Seguimento}}{5}$$

Para avaliar quais indicadores influenciaram o processo de implementação da RMP, para o II, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o padrão de distribuição e, conforme tendiam à homogeneidade das variâncias por meio do teste de Levene, realizou-se a modelagem assumindo o II como variável dependente e os indicadores como variáveis independentes. Em seguida, os dados relativos à classificação de adequação à RMP (Adequado e Inadequado) foram relacionados aos indicadores considerados estatisticamente significativos nas análises estatísticas univariadas, por meio da análise de Regressão Logística.

Na análise de regressão logística, utilizou-se o modelo *Logit*, método *stepwisefoward*, com tipo de resposta binária. Para tal, algumas etapas foram cumpridas:

- a) seleção das variáveis usando critério de $p < 0,20$ da razão de chance (*odds ratio*) ser estatisticamente equivalente a 1,00;
- b) obtenção de um modelo com número reduzido de variáveis, selecionadas a partir da aplicação do critério de $p < 0,10$ da razão de chance ajustada ser estatisticamente equivalente a 1,00;
- c) obtenção de um modelo final após teste para todas as interações múltiplas possíveis, usando a maximização da função de verossimilhança com o algoritmo de Newton-Raphson.

Ao decidir o modelo final de regressão logística, as probabilidades foram calculadas a partir da fórmula $Pr = 1 / [1 + e^{-(\alpha + \sum (\beta_i x_i))}]$, sendo α a constante do modelo. A análise foi finalizada com o cálculo da probabilidade de risco, pela estimativa da probabilidade de ocorrência de risco de inadequação do município à RMP, analisando a combinação das variáveis expostas no modelo preditivo.

Em seguida, aplicou-se o modelo linear de Análise da Variância Fatorial, método dos quadrados do tipo I, com seleção do modelo pelo método *Stepwise*. A probabilidade de entrada para o modelo foi de 0,05; e a de saída, igual a 0,10.

Para ajuste do modelo o critério de Akaike (AIC), após a definição do modelo de predição, o II foi avaliado entre as RS, ao longo dos quatro anos (de 2010 a 2011 e de 2012 a 2013). Para tal, aplicou-se o teste de Anova para medidas repetidas, considerando as RS como fator independente.

As variáveis que foram consideradas significativas pelo modelo ajustado foram comparadas entre as RS por meio do Método de Monte Carlo. Em

todas as análises, assumiu-se um nível de significância de $p < 0,05$, utilizando-se o programa XLStat2014®.

5.4 A PESQUISA QUALITATIVA

5.4.1 Seleção dos Sujeitos

Especificamente para a presente pesquisa, selecionou-se a 17ª RS de Londrina, considerando que após a análise quantitativa do Índice de Implementação da Rede Mãe Paranaense, esta se mostrou mais adequada se comparada às outras duas RS (9ª e 10ª), bem como por ser constituída por maior número de habitantes e maior equipe de saúde.

Figura 3 – Municípios da 17ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil, 2015



Fonte: Paraná (2015).

Os municípios da Regional de Saúde foram selecionados da seguinte forma:

- ✓ Inicialmente realizou-se o sorteio intencional dos municípios segundo seu porte;
- ✓ a caracterização dos municípios para o sorteio foi realizada quanto ao porte, sendo considerado grande porte municípios com mais de 100.001 habitantes, médio porte municípios de 50.001 até 100.000 habitantes,

pequeno porte 2 (PP2) de 20.001 até 50.000 habitantes e pequeno porte 1 (PP1) menores de 20.000 habitantes, sendo sorteado cada porte separadamente para que houvesse representação de todos (IBGE, 2015).

- ✓ depois, os pesquisadores fizeram contato telefônico com gestores de saúde, enfermeiros e médicos para verificar se estavam disponíveis para participar do estudo;
- ✓ a partir da disponibilidade dos profissionais, os pesquisadores agendaram dia e horário com gestores de saúde, enfermeiros e médicos de cada município;
- ✓ se houvesse indisponibilidade de um dos profissionais das três classes, os pesquisadores realizavam um novo sorteio, no intuito de garantir os sujeitos do mesmo município para apreender a vivência da implementação da Rede Mãe Paranaense nas diferentes formas de atuação na atenção primária à saúde.
- ✓ como um dos municípios sorteados apresentava mais de 500.000 habitantes, entendeu-se que uma entrevista com cada classe profissional poderia não explorar as diferentes realidades ali vivenciadas. Sendo assim, foram selecionadas regiões representativamente diferentes (norte, sul, leste oeste e centro) e entrevistados os profissionais de cada região.

Os sujeitos selecionados para a realização da pesquisa qualitativa foram os profissionais de saúde que atuavam prestando assistência à mulher e à criança no SUS, na APS, que aderiram e ou atuavam nos municípios selecionados, sendo: gestores do sistema municipal de saúde (secretário ou diretor responsável pelo grupo materno-infantil do município), enfermeiros e médicos (ginecologista, pediatra e clínico geral).

A opção por trabalhar com gestores de saúde, enfermeiros e médicos se deu pelo entendimento de que a experiência vivenciada por estes profissionais está diretamente articulada ao âmbito das políticas, programas, cuidado, assistência, gestão, planejamento e avaliação em saúde.

Foram realizadas 46 entrevistas, em 11 municípios, sendo que duas entrevistas foram excluídas (enfermeira e pediatra), pois o gestor não poderia participar da entrevista, desta forma, totalizou 44 participantes em 10 municípios da 17ª RS (Tabela 1), sendo 10 gestores de saúde, 12 enfermeiros e 22 médicos

(ginecologista, pediatra e clínico geral). Ressalta-se que no município de Londrina, foram entrevistados mais profissionais representando as suas diferentes regiões.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios e profissionais selecionados na 17ª Regional de Saúde, Paraná, 2014

Municípios	Profissionais				
	Gestor	Enfermeiro	Pediatra	Ginecologista	Clínico Geral
1. Prado Ferreira	01	01	-	-	01
2. Miraselva	01	01	-	-	01
3. Tamarana	01	01	-	01	-
4. Jataizinho	01	01	01	01	-
5. Florestópolis	01	01	01	01	-
6. Bela Vista do Paraíso	01	01	01	01	-
7. Ibiporã	01	01	01	01	-
8. Rolândia	01	01	01	01	-
9. Cambé	01	01	01	01	-
10. Londrina	01	03	04	01	02
Total	10	12	10	08	04

Fonte: a própria autora.

5.4.2 Instrumentalização para Obtenção dos Dados

Inicialmente, os pesquisadores fizeram contato com o responsável pela RMP da Regional de Saúde, o qual forneceu a identificação dos profissionais dos municípios a serem investigados, bem como informou, em reunião geral de serviço, sobre o estudo multicêntrico.

Posteriormente, realizou-se contato por telefone com os gestores de cada município, solicitando a autorização e o agendamento das entrevistas com os respectivos profissionais. Depois, inicialmente, foi entregue a carta de apresentação do projeto, realizada a entrevista com o gestor e com enfermeiros e médicos.

Para a realização das entrevistas, construiu-se dois questionários, um para os gestores (Apêndice B) e outro para enfermeiros e médicos (Apêndice C). Tais questionários foram compostos por questões semiestruturadas extraídas das matrizes propostas pela Linha Guia da RMP, com os objetivos, as diretrizes e os indicadores, no intuito de responder às seguintes inquietações: a) Qual o conhecimento/entendimento dos gestores, médicos e enfermeiros sobre a RMP?; b)

Houve capacitação dos profissionais para atuar na RMP?; c) Como é realizado a assistência ao pré-natal no município?; d) O município utiliza a caderneta da gestante da RMP?; e) Como ocorre o processo de solicitação de exames para a gestante?; g) Como ocorre o retorno puérpera e a captação do recém-nascido?; h) Como é a realidade do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança?; i) Adotou-se a caderneta da criança da RMP?; j) Como ocorre o incentivo ao aleitamento materno; k) Como acontece a vinculação da gestante e da criança à atenção secundária e terciária?; l) Como são inseridos os dados nos Sistema de informação?; m) Houve cumprimento dos objetivos propostos pela RMP?; n) O que espera para o serviço, para os próprios profissionais, para a gestante e a criança com a implantação da RMP?

Como já dito anteriormente, um questionário era específico para gestores e outro para enfermeiros e médicos que foram aplicados previamente (teste piloto) com cada profissional, no intuito de aprimorar o instrumento para as demais coletas. Após os ajustes, iniciaram-se as entrevistas com as três classes, que ocorreram entre os meses de outubro de 2014 e fevereiro de 2015, simultaneamente nas três RS.

As entrevistas foram realizadas após o aceite, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) em ambiente privativo individualizado, podendo ser em suas respectivas salas ou consultórios de atendimento ou em outro local, de escolha do sujeito, para discorrer livremente e sem interferências ao responder às questões orientadoras do estudo.

Os depoimentos foram gravados com aparelho de áudio e transcritos pelos pesquisadores. As entrevistas foram encerradas assim que se evidenciou convergência dos “motivos por que” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido com vistas à compreensão do cuidado à saúde sob a perspectiva dos gestores ou secretários de saúde, enfermeiros e médicos.

Os participantes foram identificados segundo a classe profissional seguida por número arábico conforme a ordem das entrevistas, sendo os gestores de saúde pela letra Gn^o; os enfermeiros, letra En^o; e os médicos, letra Mn^o, estes últimos diferenciados pela especialidade (Mn^o-Ped para o pediatra; Mn^o-GO para o ginecologista e; Mn^o-CG para o clínico geral).

5.4.3 Análise do Material Qualitativo

Para a organização e a análise do material qualitativo, cumpriu-se os seguintes passos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (CALDEIRA *et al.*, 2012; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2010):

- **1º passo:** leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da ação social;
- **2º passo:** releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e aos “motivos para”;
- **3º passo:** agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas;
- **4º passo:** análise das categorias concretas para a compreensão da ação social;
- **5º passo:** constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e “motivos para” expressos na análise das categorias concretas;
- **6º passo:** discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e de outros referenciais relacionados à temática deste estudo.

Após a transcrição de cada depoimento, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa de cada um para identificar e apreender o sentido global e, posteriormente, os aspectos comuns da ação dos gestores ou secretários de saúde, enfermeiros e médicos acerca da sua vivência nos serviços de saúde para a compreensão do seu significado.

Deste modo, os significados que emergiram dos depoimentos dos sujeitos foram obtidos por meio da interação face a face entre o pesquisador e os sujeitos no momento da entrevista. Isso permitiu captar os “motivos por que” e os “motivos para” da ação social acerca da vivência destes profissionais no contexto dos serviços de saúde, o que possibilitou construir as categorias concretas, ou seja, constructos de segundo nível (constructos objetivos elaborados pela ciência) que tiveram origem no mundo social a partir dos constructos de primeiro nível

(constructos subjetivos), os quais são as vivências identificadas nos discursos (SCHÜTZ, 2012).

As categorias concretas expressam os fenômenos sociais tal como se apresentam no senso comum, envolvendo a reflexão de pessoas na atitude natural e a visão do pesquisador (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2010; SCHÜTZ, 2012). Além disso, não são mutuamente excludentes, isto é, determinados aspectos das vivências podem estar presentes em mais de uma categoria, já que são inter-relacionados. Após identificar as categorias concretas, o passo seguinte foi a análise do material realizada a partir daquilo que se mostrou significativo para o pesquisador.

Em seguida, foram construídos, segundo Schütz (2012), os tipos vividos dos “Gestores ou secretários de saúde”, “Enfermeiros” e “Médicos” e realizada a compreensão da ação estudada, a partir do pressuposto de que o que importa para a Fenomenologia Social não é o comportamento de cada indivíduo, mas o que pode se constituir em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo dada situação, no caso do presente estudo, a implementação da Rede Mãe Paranaense.

Os dados qualitativos foram discutidos à luz do referencial da Fenomenologia Social e de outros referenciais e evidências científicas que abordam a temática em questão, permitindo a compreensão do significado da ação humana dos profissionais pesquisados: gestores de saúde, enfermeiros e médicos.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa multicêntrica desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, bem como pelas Diretorias das três Regionais de Saúde (ANEXO A), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/Unioeste), sob o parecer nº 544.107, de 27 de fevereiro de 2014, CAAE: 26317614.8.1001.0107 (ANEXO B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, assim como a discussão dos achados mediante sua análise e reflexão são apresentadas na forma de três manuscritos apresentados a seguir:

1º manuscrito - *Rede Mãe Paranaense: análise do Índice de Implementação em Regionais de Saúde*, respondendo os seguintes objetivos da pesquisa:

- ✓ Identificar os fatores, anteriores e posteriores, que influenciaram a implantação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde;
- ✓ Construir um Índice de Implementação para analisar fatores, anteriores e posteriores, que influenciaram a implantação da Rede Mãe Paranaense na atenção primária à saúde.

2º manuscrito - *Cuidado gravídico-puerperal: o vivido de gestores, enfermeiros e médicos na Rede Mãe Paranaense* respondendo o seguinte objetivo da pesquisa:

- ✓ Compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos quanto à assistência à **mulher** e criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

3º manuscrito - *Cuidado da criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense: abordagem fenomenológica*, respondendo o seguinte objetivo da pesquisa:

- ✓ Compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos quanto à assistência à mulher e **criança** após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

6.1 MANUSCRITO 1

REDE MÃE PARANAENSE: ANÁLISE DO ÍNDICE DE IMPLEMENTAÇÃO EM REGIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Pesquisa quantitativa para propor e analisar o Índice de Implementação antes (2012-2011) e após (2012-2013) a implantação da Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil. Construiu-se indicadores de avaliação mediante presença ou ausência de informações dos pressupostos da Rede, agrupados em cinco domínios, calculou-se o Índice de três Regionais de Saúde. Utilizou-se testes estatísticos, nível de significância $p < 0.05$. Identificou-se variáveis preditoras da influência do Índice ($F_{18,201} = 31085,179; p < 0,0001$), com excelente ajuste e predição no modelo (AIC = -394,404). Preditores do modelo ajustado evidenciaram influência positiva no Índice: número de consultas ≥ 7 , início no 1º trimestre, classificação de risco habitual, contratualização de risco habitual e alto risco e vacinação adequada em ≤ 1 ano. Nas Regionais, verificou-se diferenças estatísticas significativas ($F_{6,156} = 129,14; p = 0,000$) antes e após a Rede e médias estatisticamente semelhantes entre duas, após-implantação ($p > 0,05$).

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Sistemas de Saúde; Saúde da Mulher; Saúde da Criança.

ABSTRACT

A quantitative research to propose and analyze the Implementing Index before (2012-2011) and after (2012-2013) the implementation of the Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brazil. Evaluation indicators were built by presence or absence of information from Network assumptions, divided into five areas, and the index of three Health Districts were calculated. We used statistical tests, significance level of $p < 0.05$. It was identified predictors in the Index ($F_{18,201} = 31085.179; p < 0.0001$), with excellent fit and prediction in the model (AIC = -394.404). Predictors of the adjusted model that showed positive influence on the Index were: number of queries ≥ 7 , beginning prenatal care in the 1st quarter, usual pregnancy risk classification, usual and high pregnancy risk contract for outpatient care and hospital care and appropriate vaccination ≤ 1 year. There was statistically significant differences between the Health Districts ($F_{6,156} = 129.14; p = 0.000$) before and after the Network ($p > 0.05$).

Keywords: Program Evaluation; Health Systems; Women's Health; Child Health.

RESUMEN

Investigación cuantitativa para proponer y analizar el Índice de implementación antes (2012 hasta 2011) y después (2012-2013) la implantación de la Red Madre Paranaense, Paraná, Brasil. Se construyó indicadores de evaluación por la presencia o ausencia de informaciones de características de la Red, agrupadas en cinco áreas, se calculó el índice de tres Regionales de Salud. Se utilizó pruebas estadísticas, nivel de significación de $p < 0,05$. Se identificó variables predictoras de la influencia del Índice ($F_{18,201} = 31.085,179; p < 0,0001$), con excelente ajuste y predicción en el modelo (AIC = -394.404). Predictores del modelo ajustado

enseñaron influencia positiva en el índice: número de consultas ≥ 7 , inicio en el primero trimestre, la clasificación de riesgo de habitual, “contractualización” del riesgo habitual y alto riesgo y vacunación apropiada en ≤ 1 año. En las Regionales, hubo diferencias estadísticamente significativas ($F_{6,156} = 129,14$; $p = 0,000$) antes y después de la Red ($p > 0,05$).

Palabras clave: Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Sistemas de Salud; Salud de la Mujer ; Salud del Niño.

1 INTRODUÇÃO

Os programas ou ações programáticas em saúde na área materno-infantil sempre tiveram, historicamente, um espaço relevante na agenda de compromissos dos governantes no mundo. No Brasil, desde a década de 1940 até a atualidade, várias estratégias sociais, econômicas e em saúde foram criadas no intuito de melhorar a qualidade de vida de mulheres e crianças que, por conseguinte, colaboraram significativamente para a mudança das taxas de fertilidade, de morbidade e de mortalidade (VICTORA *et al.*, 2011). Tais mudanças ocorreram com maior ênfase a partir da década de 1980 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, com a reorganização dos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção primário, secundário e terciário, sendo o primário considerado a porta de entrada deste sistema (CASSIANO *et al.*, 2014; PAIM *et al.*, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, foi fundamental para apoiar a assistência à gestante e à criança na Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciou-se a construção de uma atenção em saúde diferenciada das anteriores, com foco em ações de prevenção e na promoção da saúde. Em 2000, com a Declaração do Milênio pela Organização das Nações Unidas, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), bem como o Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL), visando melhorar a qualidade das informações para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações (CASSIANO *et al.*, 2014; OMS, 2000).

Por conseguinte, uma década após a Declaração do Milênio, o MS reorganizou as ações de saúde materno-infantil, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e lançou a Rede Cegonha, no intuito de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e o direito às crianças ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, além de reduzir a mortalidade deste grupo populacional,

com ênfase do componente neonatal (BRASIL, 2011). A implantação desta Rede no Paraná deu-se com a criação da Rede Mãe Paranaense (RMP), em 2012, fundamentada nos princípios gerais da Rede Cegonha (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; MENDES, 2011; PARANÁ, 2014).

Embora muitos programas destinados à população materno-infantil tenham sido implementados ao longo das décadas, a avaliação nem sempre foi tão necessária como nos tempos atuais – devido à complexidade do sistema de saúde e às suas interfaces com outros setores, bem como por ser considerada uma ferramenta fundamental para os gestores obterem informações quanto ao impacto das ações e responderem se as escolhas atenderam aos anseios da população (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A importância da avaliação de programas e serviços de saúde no contexto brasileiro vem ocorrendo em diversos momentos, no intuito de se inserir a prática da avaliação no planejamento e na implementação de programas e de ações (TANAKA, 2011). A avaliação também visa analisar os efeitos ou os impactos gerados por uma intervenção a fim de que decisões sejam tomadas quanto à reestruturação ou à finalização (BROUSSELLE *et al.*, 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Donabedian (2005) refere que a avaliação de programas deve ser fundamentada em um tripé: estrutura, processo e resultados.

Especificamente, a avaliação dos resultados poderá identificar o quanto a rede foi capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução do processo saúde-doença. A abordagem quantitativa descreve, de forma detalhada, a relação funcional dos serviços e, principalmente, dos mecanismos de comunicação e de operação entre os diferentes serviços da rede, permitindo identificar as variáveis de funcionamento e as organizações individual e coletiva (TANAKA, 2011). Após a implementação do PHPN, diferentes estudos nacionais propuseram indicadores avaliativos, tornando-se crescente a utilização de parâmetros avaliativos (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Considerando que a avaliação pode nortear a tomada de decisão dos gestores quanto aos programas e às ações desenvolvidas nos municípios e estados brasileiros, o presente estudo teve como objetivo propor e analisar o Índice de Implementação (II) antes e após a implantação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde.

2 MÉTODO

Trata de uma pesquisa quantitativa realizada em três RS do Estado do Paraná, Brasil, sendo elas: 9ª RS de Foz do Iguaçu, constituída por nove municípios; 10ª RS de Cascavel, por 25 e; 17ª RS de Londrina, por 21; totalizando 55 municípios. O período de estudo compreendeu os anos de 2010 a 2011, antes, e de 2012 a 2013, após a implantação da Rede Mãe Paranaense. A coleta foi realizada de maio a outubro de 2014.

As fontes de dados utilizadas para construir os indicadores de avaliação da implementação da RMP foram: o Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e algumas informações que estavam disponíveis somente nas RS.

A construção do instrumento de coleta de dados contemplou os pressupostos estabelecidos pela Linha Guia da RMP (PARANÁ, 2014), composto por 10 questões distribuídas em 22 variáveis: 1) *número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL* (Fonte: RS) – número de gestantes, gestantes com ≥ 7 consultas, número total de consultas, número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e número de consultas odontológicas; 2) *quantidade de exames realizados por trimestre gestacional* (Fonte: RS) – 1º, 2º e 3º trimestres, teste rápido para gravidez, sífilis e HIV; 3) *estratificação de risco gestacional* (Fonte: RS) – houve implantação da estratificação de risco habitual (RH), intermediário (RI) e alto risco (AR) e atendimento ambulatorial especializado para RI e AR; 4) *contratualização dos hospitais para a vinculação do parto conforme a estratificação de risco* (Fonte: RS); 5) *instituiu incentivo de qualidade ao parto (número e tipos)* (Fonte: Sinasc; RS); 6) *mortalidade materna* (Fonte: SIM); 7) *número nascidos vivos* (Fonte: Sinasc); 8) *mortalidade infantil* (mortalidade neonatal precoce - MNP, mortalidade neonatal tardia - MNT e mortalidade pós-neonatal - MPN) (Fonte: SIM); 9) *presença de Comitês de Investigação Mortalidade Materna e Infantil (CIMMI)* (Fonte: RS); 10) *cobertura vacinal em ≤ 1 ano de idade* (Fonte: SI-PNI) – [Hepatite B (recombinante), absorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae b* (conjugada) (Penta¹), poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP e poliomielite

1, 2 e 3 (atenuada) - VOP, BCG, sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice Viral¹), febre amarela (atenuada) (FA), rotavírus humano G1P1[8] (atenuado) (VORH), meningocócica C (conjugada) (Meningo C), pneumocócica conjugada 10 valente (Pneumo 10)].

A partir das variáveis, foram estabelecidos cinco domínios a serem avaliados: 1) consultas – número total de gestantes, gestantes com ≥ 7 consultas, número total de consultas, número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e número de consultas odontológicas; 2) prevenção materna – número de exames nos 1º, 2º e 3º trimestres, teste rápido de sífilis, gravidez e HIV; 3) risco – estratificação de gestantes (RA, RI e AR), atendimento ambulatorial especializado para RI e AR e tipo de parto; 4) gestão – termo de contrato para gestação de RH, RI e AR; 5) seguimento – mortalidade materna, mortalidade infantil (MNP, MNT e MPN), Comitês de investigação de Mortalidade Materna e Infantil (CIMMI) e vacinas.

Os domínios foram calculados por meio da somatória dos pesos previamente estabelecidos e normatizados em escala de porcentagem (%), categorizados em dois níveis: 0 - Informação inexistente e 1 - Informação existente nas bases de dados. Apenas para a variável “parto” adotou-se: 0 - mais de 15% de partos cesáreos registrados e 1 - até 15% (PARANÁ, 2014).

O II foi calculado utilizando-se uma média aritmética simples dos domínios, e valores ≥ 70 foram considerados como adequado processo de implementação da RMP nos municípios e; < 70 inadequados.

Para avaliar quais indicadores influenciaram o processo de implementação da RMP, para o II, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar o padrão de distribuição e, conforme tendiam à normalidade, realizou-se a modelagem, assumindo o II como variável dependente e os indicadores como variáveis independentes. Em seguida, aplicou-se o modelo linear de Análise da Variância Fatorial, método dos quadrados do tipo I, com seleção do modelo pelo método *Stepwise*. A probabilidade de entrada para o modelo foi de 0,05 e a de saída, igual a 0,10. Para ajuste do modelo o critério de Akaike (AIC), após a definição do modelo de predição, o II foi avaliado entre as RS, ao longo dos anos (de 2010 a 2011 e de 2012 a 2013). Para tal, aplicou-se o teste de Anova para medidas

Obs. ¹ – a Penta foi introduzida em 2012, sendo assim, foi avaliada a Tetravalente até 2012 e posteriormente a Penta em 2013.

Obs. ¹ – a Tetra Viral foi introduzida no calendário vacinal em setembro de 2013, também sendo contabilizada.

repetidas, considerando as RS como fator independente. As variáveis que foram consideradas significativas pelo modelo ajustado foram comparadas entre as RS por meio do Método de Monte Carlo. Em todas as análises, assumiu-se um nível de significância de $p < 0,05$, utilizando-se o programa XLStat2014[®].

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), parecer nº 544.107/2014, CAAE: 26317614.8.1001.0107.

3 RESULTADOS

Após a análise do Índice de Implementação da RMP nas três RS em estudo, de 2010 a 2013, foi possível identificar quais as variáveis predictoras da influência de variação do II ($F_{18,201}=31085,179$; $p < 0,0001$) (Tabela 1), com excelentes ajuste e predição no modelo (AIC=-394,404).

Na Tabela 1, também se identifica que após a aplicação do modelo ajustado foi possível verificar as variáveis que influenciam positivamente (presença de informação = 1) e negativamente (ausência de informação = 0) o II da RMP.

Pode-se observar que a presença ou a disponibilidade de informações sobre o número de gestantes cadastradas com ≥ 7 consultas, o número de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, a classificação das gestantes de risco habitual, a contratualização dos atendimentos às gestantes de risco habitual e alto risco, a vacinação adequada entre ≤ 1 ano de idade para BCG, Tríplice Viral, FA, e Meningo C foram influenciadoras nos quatro anos em estudo. Ou seja, municípios que cumpriam tais metas tiveram maior êxito no processo de implementação da RMP.

Ao contrário, a ausência de informações sobre: número de consultas odontológicas realizadas às gestantes, número de consultas pelo número de gestantes, número de gestantes com exames no 1º trimestre, atendimento ambulatorial, classificação de risco das gestantes (RI e AR), número de partos cesáreos, contratualização de atendimento às gestantes RI e número de CIMMI influenciaram negativamente a implementação da RMP nos municípios das respectivas RS.

As demais variáveis: número de exames realizados nos 2º e 3º trimestres, teste rápido para gravidez, sífilis e HIV, número e tipos de partos, mortalidade materna, número de nascidos vivos, mortalidade infantil (neonatal precoce - NP, neonatal tardia - NT e pós-neonatal - PN), número absoluto de doses de vacinas aplicadas em ≤ 1 ano de idade para as vacinas Hepatite B (recombinante), Penta, VIP e VOP, VORH e Pneumo 10 não apresentaram influência estatisticamente significativa no II.

Tabela 1– Variáveis preditoras com indicadores positivos e negativos que influenciaram no Índice de Implementação da Rede Mãe Paranaense, conforme parâmetros do modelo ajustado, 9^a, 10^a e 17^a Regionais de Saúde, de 2010 a 2013, Paraná, Brasil

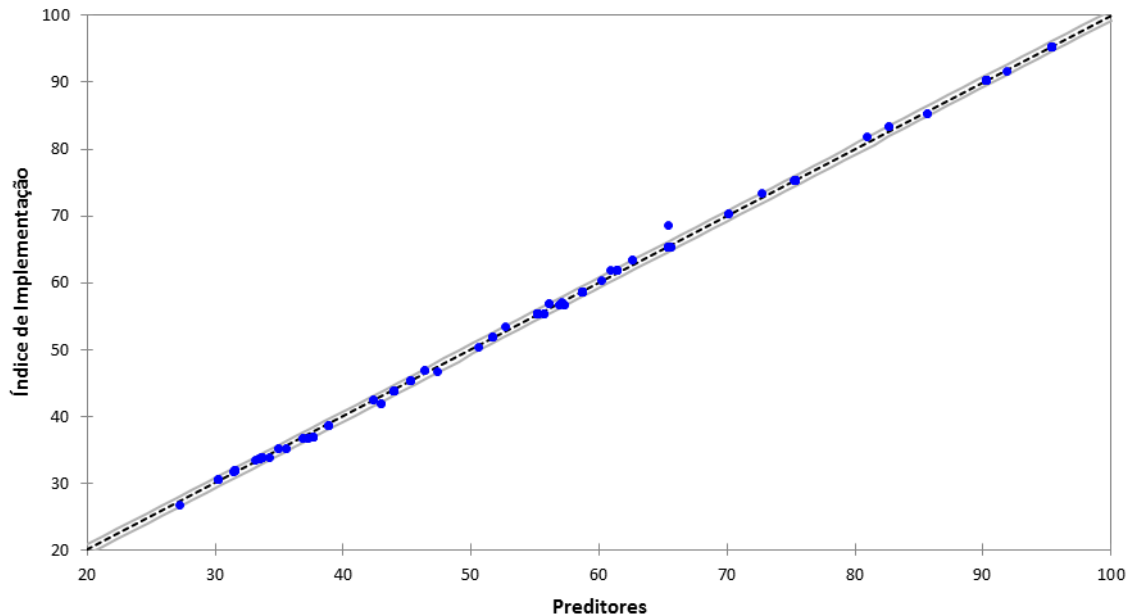
Variáveis com Indicadores Positivos (1) e Negativos (0)	Valor	Erro padrão	<i>t</i>	Pr> <i>t</i>	Limite inferior (95%)	Limite superior (95%)
Intercepto	66,943	0,827	80,939	<0,0001	65,312	68,574
Domínio 1: Consultas (n ^o)						
Com ≥ 7 (1)	4,197	0,294	14,278	<0,0001	3,617	4,776
1 ^o trimestre (1)	5,370	0,135	39,751	<0,0001	5,104	5,637
Odontológicas (0)	-5,145	0,110	-46,567	<0,0001	-5,363	-4,928
N ^o consultas/ n ^o gestantes (0)	-5,382	0,317	-16,976	<0,0001	-6,007	-4,756
Domínio 2: Prevenção Materna						
Exames no 1 ^o trimestre (0)	20,067	0,104	193,231	<0,0001	-20,272	-19,863
Domínio 3: Risco						
Atendimento ambulatorial (0)	-3,337	0,314	-10,625	<0,0001	-3,956	-2,718
Classificação RH (1)	4,178	0,162	25,817	<0,0001	3,859	4,497
Classificação RI (0)	-5,269	0,142	-37,218	<0,0001	-5,548	-4,990
Classificação AR (0)	-1,699	0,278	-6,119	<0,0001	-2,247	-1,151
N ^o parto cesáreo >15% (0)	-3,454	0,093	-37,136	<0,0001	-3,637	-3,270
Domínio 4: Gestão						
Contrato gestação RH (1)	5,538	0,173	32,069	<0,0001	5,198	5,879
Contrato gestação RI (0)	-4,670	0,147	-31,879	<0,0001	-4,959	-4,382
Contrato gestação AR (1)	8,234	0,179	46,061	<0,0001	7,882	8,587
Domínio 5: Seguimento						
CIMMI (0)	-1,658	0,136	-12,213	<0,0001	-1,925	-1,390
Vacinação: BCG (1)	1,523	0,400	3,804	0,0000	0,734	2,313
Vacinação: Tríplice viral (1)	1,620	0,406	3,986	<0,0001	0,819	2,422
Vacinação: Antiamarílica (1)	1,620	0,406	3,986	<0,0001	0,819	2,422
Vacinação: Meningocócica (1)	1,258	0,113	11,090	<0,0001	1,034	1,482

Legenda: PN: pré-natal; RH: Risco Habitual; RI: Risco Intermediário; AR: Alto Risco.

Fonte: a própria autora.

Para a apresentação dos dados na Figura 1, utilizou-se os parâmetros do modelo ajustado e, mediante as análises estatísticas realizadas, observou-se a significância de todas as variáveis, verificando-se a presença (1) ou não (0) das informações sobre elas. As análises foram realizadas mediante os valores de *ll*, erro padrão, *t de student* e a relação do erro padrão se comparado ao resultado do teste *t de student* ($pr>t$). Pode-se observar que os preditos ou variáveis do modelo ajustado foram todos homogêneos, o que valida, assim, o teste escolhido para o ajuste do Índice de Implementação demonstrando, desta maneira, que o modelo representa a realidade de forma satisfatória.

Figura 1 – Preditores e dados observados do modelo ajustado frente ao Índice de Implementação da Rede Mãe Paranaense, 9^a, 10^a e 17^a Regionais de Saúde, de 2010 a 2013, Paraná, Brasil



Fonte: a própria autora.

Ao realizar a avaliação do Índice de Implementação, antes (2010 a 2011) e após (2012 a 2013) a RMP, nas 9^a, 10^a e 17^a RS, foi possível verificar que houve diferenças estatísticas significativas ($F_{6,156}=129,14$; $p=0,000$) (Figura 2).

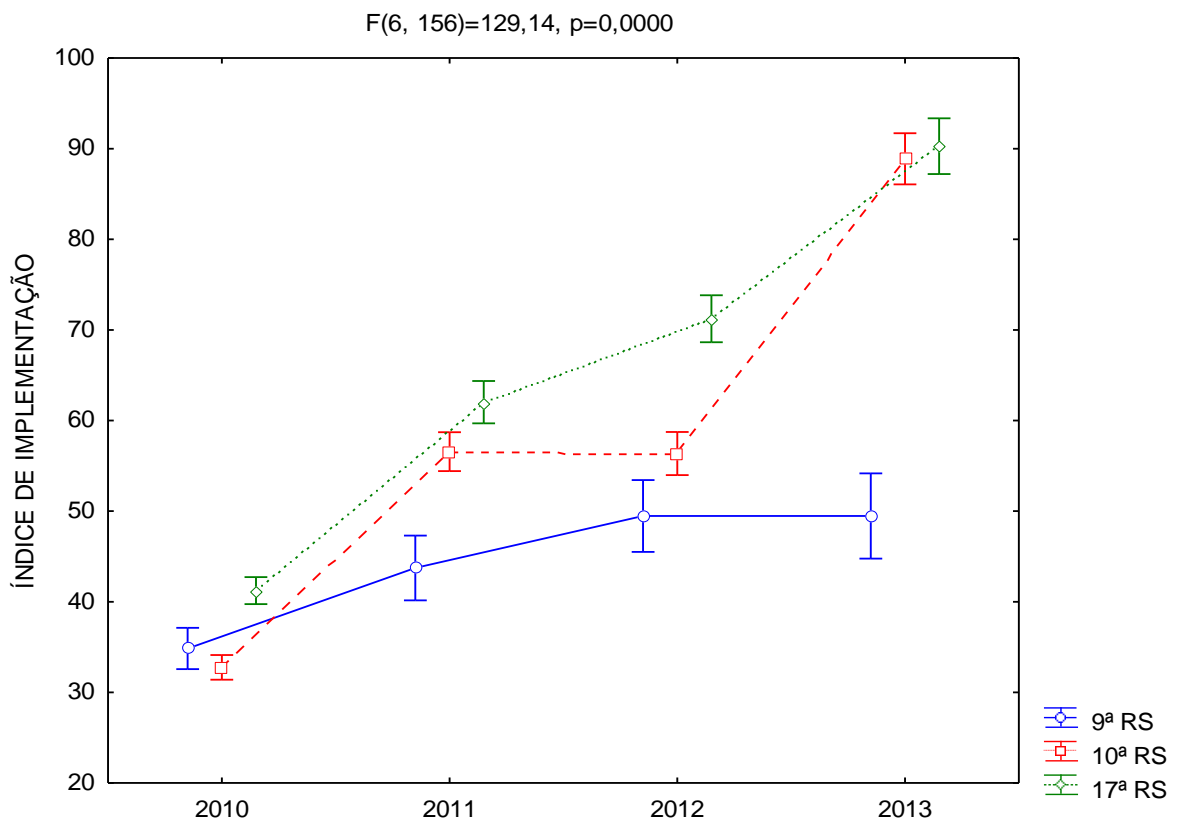
Na 9^a RS, ocorreu crescimento significativo de suas médias até o ano de 2012 ($p<0,05$), mantendo-se com mesma pontuação média em 2013 quando comparada ao ano anterior ($p>0,05$). Na 10^a RS, houve crescimento significativo ao longo dos quatro anos ($p<0,05$), contudo, as médias entre 2011 e 2012, foram consideradas estatisticamente equivalentes ($p>0,05$). Já na 17^a RS, o crescimento das médias foi estatisticamente significativo em todos os anos ($p<0,05$).

Ao realizar as comparações inter-regionais, foi possível identificar que em 2010 todas as RS apresentaram médias estatisticamente semelhantes ($p>0,05$), demonstrando a equivalência de todos os municípios. De 2010 a 2011, a 10^a RS apresentou uma melhora do II maior do que a da 9^a RS. A partir de então, a 9^a RS permaneceu com valores do II sempre menores que as outras regionais avaliadas.

De 2011 a 2012, os valores observados na 10^a e na 17^a RS foram considerados estatisticamente superiores ao da 9^a RS ($p<0,05$), entretanto, a 10^a RS foi a única que não apresentou melhora do II em todo o ano.

De 2012 a 2013, verificou-se que a 10ª RS apresentou elevado crescimento, voltando a apresentar valores estatisticamente semelhantes aos da 17ª RS ($p>0,05$) e superiores aos valores observados na 9ª RS ($p<0,05$), sendo que neste período foi a 9ª RS que não apresentou melhora do II.

Figura 2 – Médias e intervalos de confiança do Índice de Implementação antes (2010 a 2011) e após (2012 a 2013) a Rede Mãe Paranaense, 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde, Paraná, Brasil



Fonte: a própria autora.

4 DISCUSSÃO

Para que a avaliação subsidie a gestão em saúde identificando os problemas e mensurando o impacto dos programas implementados, faz-se necessária a escolha de indicadores fidedignos, bem como o adequado ajuste e a predição do modelo utilizado, pois a ausência da definição de critérios pode resultar no insucesso avaliativo. No presente estudo, após a definição dos indicadores e a aplicação do método estatístico, verificou-se que a escolha do modelo foi pertinente para avaliar o Índice de Implementação das práticas/metodologias definidas na RMP nas três RS. Em contrapartida, como em outros estudos (CORRÊA *et al.*, 2014; SILVA *et*

al., 2013) as bases de dados nacionais, em especial as regionais, não ofereceram informações em sua totalidade. Embora a completude e confiabilidade dos sistemas nacionais de informação em saúde atingiram maior qualidade nas últimas décadas (VICTORA *et al.*, 2011), ainda assim os estaduais/regionais continuam sendo um desafio a ser superado, como as do presente estudo.

No que se refere ao SISPRENATAL, diversas mudanças têm sido realizadas para melhorar o programa (PARANÁ, 2012), porém, estudos demonstram que existem falhas no *software* do sistema e que a capacidade de processamento inapropriado desencadeia a lentidão dos processos de trabalho, agravando a sobrecarga de serviço (LIMA; CORRÊA, 2012; 2013; MOIMAZ *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que a dificuldade no uso do SISPRENATAL não diz respeito somente às questões técnicas, mas também às atividades dos enfermeiros e às dos médicos, que apresentam grande resistência para preencher as informações o que, conseqüentemente, gera a subnotificação que não retrata a realidade dos municípios, repercutindo no repasse dos recursos para os municípios (LIMA; CORRÊA, 2012; 2013).

No Brasil, o número de consultas pré-natais e o início do atendimento no 1º trimestre são fundamentais para avaliar o programa materno-infantil. Ao longo dos anos, este número vem aumentando, mas está aquém das metas ministeriais. Consoante a essa realidade, a RMP propõem que sejam realizados sete consultas, sendo seis no pré-natal e uma no puerpério (PARANÁ, 2014) fator que, no presente estudo, foi observado como influenciador do II.

Segundo Santos Neto *et al.* (2008) em 1996 somente 30% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, enquanto em 2005 esse número ficou próximo de 50%. Contudo, os autores afirmam que ainda existe uma lacuna de mulheres que realizam entre uma e seis consultas, revelando um acompanhamento inadequado das gestantes. Polgliane *et al.* (2014), que avaliaram a adequação do processo da assistência pré-natal prestada a 360 usuárias do SUS, em Vitória-ES, segundo os critérios estabelecidos pelo PHPN e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciaram que nenhuma gestante teve um processo de assistência pré-natal totalmente adequado a estes critérios: menos de 5% realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN e 44,7% não o iniciaram até o 4º mês (2º trimestre).

No presente estudo não houve registro no SISPRENATAL do número de gestantes que realizam exames laboratoriais no 1º trimestre, bem como nos resultados da pesquisa de Silva *et al.* (2013) realizada em João Pessoa-PB, descumprindo as metas preconizadas pelo MS. No estudo de Correia, Padilha e Vasconcelos (2014), o pré-natal classificado como adequado foi o que tinha a maior frequência de registro dos exames solicitados.

Outra variável não registrada foi o número de consultas odontológicas às gestantes. Para Santos Neto *et al.* (2012), o pré-natal é um momento ímpar para a promoção da saúde bucal da mulher e evidenciaram que 41% desta assistência foi realizada por meio de ações educativas em grupos, as quais foram associadas àquelas gestantes que tiveram mais de seis consultas de pré-natal e 16% o tratamento curativo.

Além da subnotificação de alguns dados do SISPRENATAL e da ausência de informação sobre consultas odontológicas identificados na presente pesquisa, também se evidenciou que apenas a estratificação da gestação de Risco Habitual constava no sistema de informação das Regionais de Saúde. A RMP utiliza a estratificação de risco gestacional em RH e AR, conforme a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), incrementando o Risco Intermediário (RI) (PARANÁ, 2014).

A estratificação é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análises epidemiológicas que permitem a organização dos serviços para a oferta adequada da assistência. Desta forma, é uma ferramenta precisa para que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidado (BRASIL, 2011). Especificamente, o RI visa relacionar as características individuais (raça, etnia, idade), as sociodemográficas (escolaridade) e a história reprodutiva anterior (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

A partir da estratificação de risco gestacional, os municípios realizaram a contratualização com hospitais/ambulatórios especializados, junto à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) e às respectivas regionais. Entretanto, nos resultados da presente pesquisa, este dado também não constava no sistema de informação. A contratualização é uma estratégia para garantir a referência e a contrarreferência para a assistência às mulheres, em especial em situações de intercorrências gestacionais e partos, bem como aos recém-nascidos, minimizando os agravos materno-fetais. Por outro lado, é direito da gestante ser

orientada quanto aos locais de referência tanto para o pré-natal quanto para o parto (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

Vale referir que apesar das estratégias para garantir o acesso equânime aos serviços de saúde no pré-natal e no parto, no Brasil, as gestantes ainda dependem da condição econômica e social que refletem diretamente na qualidade da assistência materno-infantil, resultando no maior ou no menor risco de agravo e morte. Neste sentido, também é responsabilidade do sistema de saúde reduzir tais desfechos, e os serviços devem ser mais acessíveis, eficientes e eficazes para que se possa minimizar tanto a peregrinação das gestantes em trabalho de parto em busca de vaga hospitalar quanto o inadequado atendimento, geralmente ocasionado pela não regionalização da assistência, inexistência de transporte apropriado ou disponibilidade de serviços desqualificados (LANSKY, 2010).

No Brasil, Lansky (2010) refere que as causas de morte materna se relacionam principalmente à doença hipertensiva na gravidez, à hemorragia, à infecção puerperal e ao aborto, consideradas evitáveis em quase sua totalidade. Muitos dos problemas maternos durante a gravidez afetam igualmente o recém-nascido e resultam em partos prematuros que, na maioria das vezes, dependem de um melhor funcionamento dos recursos já disponíveis na rede de assistência.

Estudo de Howson *et al.* (2013) para avaliar o contexto global das políticas para a prevenção da prematuridade, identificou que 15 milhões de bebês nascem muito cedo e as taxas irão aumentar na maioria dos países. A carga adicional de incapacidade relacionada à prematuridade pode afetar famílias e sistemas de saúde devido ao alto custo da assistência durante a internação em unidades especializadas e após a alta aos sobreviventes, o que torna este grupo uma prioridade explícita também em países com baixa e média renda, nos quais a invisibilidade do nascimento prematuro, os mitos e os equívocos retardaram ações preventivas, exigindo maior atenção política e investimento programático.

Esta realidade está presente nas taxas de nascimentos prematuros e, conseqüentemente, da mortalidade neonatal nas três RS em estudo, mas essas variáveis não apresentaram influência no Índice de Implementação do RMP pois no período da coleta de dados não havia informação completa a ser utilizada no SIM. Em contrapartida, verifica-se uma maior influência relacionada ao acompanhamento

pré-natal e ao parto e na organização do sistema de saúde para prestar assistência de qualidade à gestante e à criança.

Especificamente, a atenção ao parto e a escolha do seu tipo, conforme evidências científicas, ainda é um desafio no país, pois o número de cesarianas está acima do preconizado pela OMS (2000), que é de menos de 15%, colocando o país na segunda posição no *ranking* mundial. Na rede privada, este tipo de parto atingiu 80% e na pública 40%, entre 2000 e 2010. A taxa de parto cirúrgico, no mesmo período, foi de 31,8% nos Estados Unidos; 20,2% na França e; 22,7%, na Argentina (BRASIL, 2011; HEALTH..., 2010). Nas três RS, o parto cirúrgico superou os 15%, evidenciando que é uma realidade semelhante ao país e ao mundo.

Após o nascimento, no seguimento do serviço de saúde, as vacinações da BCG, Tríplice Viral, FA e Meningo C foram identificadas como influenciadoras do II. Contudo, o mesmo não foi verídico para outras vacinas, como Hepatite B (recombinante), Penta, VIP e VOP, VORH e Pneumo 10.

Um estudo realizado por Teixeira e Mota (2010) para identificar as estimativas populacionais que fornecessem coberturas vacinais mais acuradas em menores de um ano de idade, utilizando registros do Sinasc, do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e do SI-PNI, mostrou-se como o melhor estimador a ser utilizado para identificar a cobertura vacinal. Por outro lado, o país possui uma das melhores coberturas vacinais, acesso a um diversificado calendário vacinal gratuito se comparado a outros países em desenvolvimento, campanhas nacionais periódicas e a erradicação de algumas doenças infectocontagiosas em detrimento da realidade mundial (NÓBREGA; TEIXEIRA; LANZIERI, 2010).

Quanto à informação sobre o número de CIMMI nas três RS, verificou-se ausente no presente estudo, mesmo que a sua implementação tenha sido uma normativa do MS, o qual determina que em cidades com mais de 80 mil habitantes deve haver um Comitê Municipal ou na Regional, bem como um Estadual (BRASIL, 2009). Embora haja a normativa, Victora *et al.* (2011) apontam que a falta, ou mesmo a inexistência de Comitês em municípios de pequeno e de médio porte é um problema histórico e uma realidade muito comum no Brasil que deve ser modificada. Ressalta-se que a investigação da causa básica de morte oferece subsídios para os gestores implementarem ações preventivas e reduzirem as mortes materno-infantis consideradas evitáveis (BRASIL, 2009).

Ao analisar o Índice de Implementação da RMP, verifica-se que, embora a ausência de informações tenha sido uma realidade, foi evidente o impacto positivo após a implementação da RMP nas três Regionais de Saúde, com ênfase em uma delas, a 17ª RS. Infere-se a este resultado, possivelmente, a melhor organização do sistema de saúde na prestação de cuidado materno-infantil, mas há muito ainda a se fazer para garantir a integralidade da assistência e alcançar as metas nacionais e internacionais.

As bases de dados nacionais e regionais têm sido amplamente utilizadas para oferecer subsídios avaliativos quanto ao impacto das ações em saúde, devido a agilidade, ao acesso e ao baixo custo (CASSIANO *et al.*, 2014; CHAMPAGNE *et al.*, 2011; TANAKA, 2011). Tais informações podem diminuir os obstáculos do processo avaliativo para a implementação de programas e oferecer subsídios na tomada de decisões imediatas além de, em tempo hábil, reorganizar as ações em saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

5 CONCLUSÃO

A definição do Índice de Implementação para avaliar o desempenho da RMP após ser instituída nas três RS se mostrou adequada para cumprir a proposta avaliativa. Embora tenha sido identificada subnotificação de informações, em especial no SISPRENATAL e nas bases regionais, foi possível observar o impacto positivo após a implementação da Rede.

Alguns ajustes ainda devem ser realizados, principalmente quanto ao sistema de informação da estratificação de risco de gestantes e de recém-nascidos, para a vinculação adequada de referência e de contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde melhorando, desta forma, o acesso ágil e de qualidade para a assistência materno-infantil, o que reduziria agravos e mortes evitáveis relacionadas à organização deste sistema.

Considerando os dados obtidos para avaliar o Índice de Implementação dois anos após a RMP, as propostas de enfrentamento aos resultados negativos podem servir de subsídios para os gestores reorganizarem a Rede para que as metas sejam atingidas na sua completude.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento à pesquisa (Edital: 14/2013, sob nº 474768/2013-9), e às Regionais de Saúde, 9ª de Foz do Iguaçu, 10ª de Cascavel e 17ª de Londrina.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 1 out. 2015.

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 291p.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2. p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499#>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CORRÊA, M. D. *et al.* Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. **Rev. esc. enferm: USP**, v. 48, p. 23-31, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700023&lng=en>. Acesso em: 8 jun. 2015.

CORREIA, L. O. dos S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Methods for assessing the completeness of data in health information systems. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4467-4478, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104467&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

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

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. *In*: SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

GUIA de preenchimento do sistema de monitoramento e Avaliação do pré-natal, parto, puerpério e criança. **Sisprenatal Web**. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=112189>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

HEALTH at a Glance: Europe 2010. **OECD iLibrary**. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en>. Acesso em: 8 jun. 2015.

HOWSON, C. P. *et al.* Born Too Soon: Preterm birth matters. **Reproductive Health**, n. 10, Suppl. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/S1/S1>>. Acesso em: 13 out. 2015.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a saúde (online)**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 15 out. 2015.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

LIMA, A. P.; CORRÊA, A. C. P. A produção de dados e informações para o SISPRENATAL no nível central de gestão. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 352-359, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i2.16330>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

_____. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Rev. esc. Enferm: USP**, v. 47, n. 4, p. 876-883, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400876&lng=en>. Acesso em: 8 jun. 2015.

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

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev. bras. Enferm**, v. 63, n. 3, p. 385-390, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300006&lng=en>. Acesso em: 8 jun. 2015.

NÓBREGA, A. A. da; TEIXEIRA, A. M. da S.; LANZIERI, T. M. Avaliação do sistema de informação do programa de imunizações (si-api). **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 145-153, 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: OMS, 2000.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

POLGLIANE, R. B. S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2015.

SANTOS NETO, E. T. dos *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100022&lng=en>. Acesso em: 8 jun. 2015.

SILVA, R. S. da *et al.* Live Birth Information System variable completeness evaluation in the Northeast Brazilian States, 2000 and 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2011.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

_____; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

TEIXEIRA, A. M. da S.; MOTA, E. L. A. Denominadores para o cálculo de coberturas vacinais: um estudo das bases de dados para estimar a população menor de um ano de idade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 3, p. 187-203, 2010.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780 p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

6.2 MANUSCRITO 2

CUIDADO GRAVÍDICO-PUERPERAL: O VIVIDO DE GESTORES, ENFERMEIROS E MÉDICOS NA REDE MÃE PARANAENSE

RESUMO

Pesquisa qualitativa à luz da Fenomenologia Social para compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede Mãe Paranaense. Participaram 44 profissionais de 10 municípios sendo: 10 gestores, 12 enfermeiros e 22 médicos. Os significados evidenciaram “motivos porque” realidade quanto ao *Planejamento e implantação: (des)articulação da assistência à mulher e Assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério após a implantação da Rede Mãe Paranaense* e os “motivos para” o que esperar quanto *Alcance dos objetivos e metas: fragilidades e desafios para a assistência à mulher*. Apreendeu-se que a Rede veio como uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, novos rearranjos da regionalização para garantir acesso, integralidade e resolubilidade. A reorganização e reestruturação da Rede trouxeram propostas positivas para o sistema de apoio à mulher, contudo, falhas no sistema logístico de referência e contrarreferência ainda precisam ser sanadas.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

A qualitative research on the theoretical and methodological framework of Social Phenomenology from Alfred Schütz to understand the experience of managers, nurses and doctors in the care of women during pregnancy and childbirth in the Rede Mãe Paranaense. 44 professionals from 10 municipalities: 10 managers, 12 nurses and 22 doctors. Three categories arose based on the significant aspects from the social group, two related to the reality experiences such as *Planning and implementing: (un)coordination of assistance to women and The assistance to women during the prenatal, delivery and postpartum period after the launched of Parana's Mother Network* and; one category related to the future: *Achieving the objectives and goals: weaknesses and challenges in women's health care*. The reorganization and restructuring of the Network brought positive proposals for women's care; however, the communication between systems still needs to improve.

Key words: Health Personnel; Primary Health Care; Women's Health; Program Evaluation.

RESUMEN

Investigación cualitativa basada en la Fenomenología Social para comprender la experiencia de los gestores, enfermeros y médicos de la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto en la Red Madre Paranaense. Con la asistencia de 44 profesionales procedentes de 10 municipios: 10 directores, 12 enfermeras y 22 médicos. Los significados revelaron las "razones por las que" viviendo la realidad de la *Planificación y ejecución: (des) coordinación de la asistencia a las mujeres y La*

asistencia a las mujeres durante el período prenatal, parto y posparto después de la implementación de la Red Madre Paranaense y; las "razones para" lo que esperar sobre El logro de los objetivos y metas: debilidades y desafíos para la asistencia a las mujeres. Se aprendió que la Red ha sido una propuesta motivada para mejorar la calidad de la atención materno-infantil. La reorganización y reestructuración de la Red trajeron propuestas positivas para el sistema de apoyo a las mujeres, sin embargo, los fallos en el sistema logístico de referencia y contrareferencia necesitan ser eliminados.

Palabras clave: Personal de Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Mujer; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde direcionadas à população materna, no Brasil, passaram por um longo processo de (re)construção, no intuito de melhorar a assistência e diminuir as taxas de morbidade e mortalidade por causas consideradas evitáveis, mediante acesso a serviços qualificados. A mais recente proposta do Ministério da Saúde visando fortalecer esta assistência foi a Rede Cegonha, instituída em 2011 (BRASIL, 2011). Em 2012, no Paraná, a concretização se deu por meio da Rede Mãe Paranaense (RMP) (HUÇULAK; PETERLINI, 2014; PARANÁ, 2014).

Além da inquestionável importância da institucionalização de Redes ou Programas, no país, faz-se necessário considerar que o sistema de saúde é muito complexo, as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são muitas vezes cercadas por incertezas e regras de alocações econômicas de recursos que não se aplicam. Desta forma, a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informações dos gestores e dos profissionais que implementam e que necessitam justificar suas escolhas para um público cada vez mais exigente (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Avaliações de programas de assistência à saúde materna têm sido realizadas preocupando-se principalmente com o incremento da disponibilidade e do acesso, entretanto, existem poucos estudos sobre o processo da implementação, em especial, na perspectiva dos profissionais da atenção primária de saúde (APS). Neste contexto, este estudo objetivou compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na RMP.

A opção por trabalhar com as três categorias profissionais se deu por entender que a experiência vivenciada por cada uma está diretamente ligada às políticas, aos programas, ao cuidado, à assistência, à gestão, ao planejamento e à avaliação em saúde. Também que, atualmente, são poucas as avaliações internas e externas da operacionalização de ações ou programas, e ainda são raros os instrumentos que avaliam os processos utilizados no nível da APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa à luz do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012), realizada entre os meses de outubro de 2014 e fevereiro de 2015, com gestores (secretário ou diretor responsável pela área materno-infantil), enfermeiros e médicos (ginecologista, pediatra e clínico geral) atuantes na APS de uma Regional de Saúde (RS), a segunda maior do Estado, constituída por 21 municípios e 884.039 habitantes, localizada na Região Norte do Paraná, Brasil.

Os municípios da RS foram selecionados mediante a disponibilidade dos três grupos sociais, no intuito de garantir os sujeitos da mesma cidade para apreender a vivência da implementação da Rede nas diferentes formas de atuação na APS. Em seguida ao agendamento telefônico, as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido em ambiente privativo individualizado, em salas ou consultórios da Unidade de Saúde.

Os depoimentos foram gravados em áudio e transcritos. Encerraram-se as entrevistas ao evidenciar convergência dos “motivos por que” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido no cuidado à saúde da mulher na perspectiva dos profissionais (SCHÜTZ, 2012).

Para a organização e a análise do material qualitativo, cumpriu-se os seguintes passos da Fenomenologia Social (CALDEIRA *et al.*, 2012; CARVALHO, MERIGHI, JESUS, 2010): 1º leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra para identificar e apreender o sentido global da ação social; 2º releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e aos “motivos para”; 3º agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de

categorias concretas; 4º análise das categorias concretas para a compreensão da ação social; 5º constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e de “motivos para” expressos na análise das categorias concretas e; 6º discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social e de outros referenciais relacionados à temática deste estudo.

Os participantes foram identificados segundo sua classe profissional seguida de número arábico, conforme a ordem das entrevistas, sendo: os gestores com a letra “G”nº; os enfermeiros com a “E”nº e os médicos com a “M”nº (Mnº-Ped para o pediatra; Mnº-GO para o ginecologista e; Mnº-CG para o clínico geral). A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, pela Diretoria da Regional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer nº 544.107, CAAE: 26317614.8.1001.0107.

3 RESULTADOS

Foram realizadas 44 entrevistas em 10 municípios da RS, sendo 10 gestores, 12 enfermeiros e 22 médicos (10 pediatras, sete ginecologistas e cinco clínicos gerais). As características biográficas dos participantes incluíram: idade entre 25 e 65 anos e o tempo de trabalho na APS variou de cinco a 20 anos. A formação dos gestores foi diversificada com atuação em enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem), geografia e contabilidade.

Os depoimentos resultaram em um contexto de significados, vivenciados pelos profissionais das diferentes classes profissionais em seu cotidiano e mostraram, a partir de uma complexa trama estrutural e assistencial, os “motivos porque”, nas duas primeiras categorias e expectativa os “motivos para”, na terceira e última categoria, para a implementação da RMP no serviço de APS.

3.1 VIVENCIANDO A REALIDADE DA REDE MÃE PARANAENSE (MOTIVOS PORQUE)

3.1.1 PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO: (DES)ARTICULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À MULHER

Apreendeu-se nos discursos dos profissionais gestores e médicos que a RMP tem por objetivo a reorganização dos serviços que atendem a gestante

no pré-natal e parto, em especial, nos municípios de pequeno porte, bem como diminuir os altos índices de cesárias e de mortalidade.

[...] eu achei muito importante, devido à gente não ter obstetra [...] nem anestesistas em hospitais pequenos, então os partos eram feitos [...] pelo clínico geral! [...] às vezes os partos evoluíam de parto normal para cesárea. Você tinha que ficar correndo atrás de outro médico e auxiliar que estava de plantão... e agora não. Agora é segurança pra mãe e bebê. O parto é humanizado (G10).

[...] Eu vou começar falando o seguinte [...] eu sou formado como clínico geral. Esse programa dá um suporte, principalmente no interior. Você pensa que é fácil fazer medicina no interior? Não é tão fácil como se presume. É complicado. Então esse programa faz com que a gente tenha uma retaguarda que auxilia, quando eu vou conduzindo um pré-natal ou quando eu começo um pré-natal e eu vejo que tem os riscos: o habitual, o intermediário e o alto risco [...] (M10 - CG).

[...] RMP foi instituída no início como mãe curitibana [...] havia uma preocupação muito grande com três coisas [...]. Primeiro lugar, morte materna. Segundo lugar, problemas com o feto. E terceiro lugar, índice de cesárea elevadíssimo no Brasil inteiro (M16 - GO).

Para a implementação da Rede nos municípios da RS, nem todos os profissionais participaram de reuniões ou de oficinas, em especial os médicos, para manter o atendimento nas unidades. As capacitações mais mencionadas foram aquelas realizadas na capital, previamente à implantação da Rede, porém, somente alguns representantes dos municípios foram convidados. Já no nível local, o treinamento foi restrito e, quando houve, foi para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus).

[...] Teve. O primeiro encontro foi feito em Curitiba, da Rede Mãe Paranaense. Foi o Secretário de Saúde, foi o médico, eu e foi uma ACS. [...] Dois em Curitiba e um em Londrina. [...] Muito bem elaborado. [...] foi feito a oficina do Apsus também [...] envolveu todo mundo [...] eu acho que foi ótimo para repassar [...] (E10).

[...] eu participei, mas foi vinculada ao hospital, a maternidade [...] é um curso de aprimoramento na resolução da gestação [...] só parto [...]. Eu fui aprendendo sozinho, [...] o teste da “mãezinha” [...] eu não tinha esse fluxo, então eu não sabia o que fazer [...]. Um mês atrás me apareceu um xerox do fluxo, o que tinha que fazer, mas me entregaram e falaram: “Lê! Se vira” [...] (M14 - GO).

[...] Não, o Apsus eu fui convidada a participar na verdade em (outro município), porque eu também trabalho na rede... Eu também não participei lá. Lá eles abrem menos espaço pra gente participar. Eles preferem que a gente atenda à agenda porque lá é muito lotado, entendeu? [...] (M22 - GO).

Nesta implantação, também houve a readequação de alguns instrumentos já existentes, como a carteira de saúde da gestante, introdução de novos exames, readequação do sistema de informação e criação do risco intermediário para a estratificação e reorganização do fluxo de atendimento.

Os profissionais expressam, em seus depoimentos, certa rejeição quanto à nova caderneta da gestante, mas propõem estratégias simples que facilitarão a utilização no dia a dia, tanto para os profissionais quanto para as usuárias. As queixas mais frequentes são a falta de funcionalidade e a difícil manipulação, desestimulando o registro dos dados.

[...] muito pouco funcional. Tanto que nós fizemos outra carteira para o município [...], conseguimos discutir no comitê de mortalidade infantil e com outros locais de assistência, inclusive no privado. E eles adotaram essa carteirinha [...], é parecida com a anterior, que era muito mais prática (G1).

[...] eu acho ela muito extensa, muito repetitiva [risos], porque você preenche toda aquela ficha do SISPRENATAL, depois você preenche outra, é tudo a mesma coisa! [...] (E6).

[...] mistura exame de urina com exame de sangue, a outra carteirinha era tão mais bem dividida [...], era mais prática, cabia em qualquer bolsa feminina. Essa outra é um livro, apesar do saquinho bonito que vocês dão [...] (M19 - GO).

[...] péssima! [...] quem criou aquela carteirinha é porque nunca fez o pré-natal [...]. Por favor, volte a carteirinha antiga! [...] tem muita página que não serve pra nada. Você fica procurando [...], então faça uma coisa mais útil! (M22 - GO).

Os exames laboratoriais e de imagem foram padronizados pela Rede para o pré-natal. Quando não disponíveis nos municípios de origem, são encaminhados para municípios vizinhos. Nem todos os municípios estão realizando testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais, por problemas de infraestrutura ou devido à falta de recurso humano capacitado e disponível. Alguns discursos dos médicos explicitam resistência às condutas sugeridas pela Linha Guia da Rede.

[...] na parte dos exames, as enfermeiras sempre falam: “M., não chegou toxoplasmose ainda. Não chegou HIV. Porque que tá demorando tanto?!” Demora demais. [...] já chegou a ficar esperando uns três meses [...] (G7).

[...] exame de sífilis? [...] a gente faz no parto, antes do parto. [...] é conforme a conduta médica. [...] são feitos no hospital [testes rápidos], as unidades não fazem. Tem duas enfermeiras capacitadas no município, mas nunca implantou. (E6).

[...] eletroforese de hemoglobina? Faz de rotina [...], não serve pra nada! [...] Tem várias coisas que eu acho uma bobagem! No meu consultório, eu não peço [...] Toxoplasmose eu não pediria três na gravidez [...] HIV se a pessoa é casada, tem o HIV negativo do começo da gravidez eu vou pedir três vezes na gravidez? Não vejo fundamento [...] teste rápido? De HIV [...] três testes é exagerado [...] Glicemia no terceiro trimestre não precisa [...] GTTS eu peço entre vinte e quatro e vinte e oito semanas [...] (M17 - GO).

Quanto ao SISPRENATAL, as dificuldades são maiores do que as facilidades. Poucas são solucionadas, ainda as mais comuns são: salvar as informações, pois se o sistema cai no meio da digitação todas se perdem e, o (in)acesso à *internet* no município, ou tráfego, muitas vezes é muito intenso. A subutilização do sistema para gerar relatórios é comum, criam-se planilhas por considerá-lo inútil ou por ele não oferecer dados sobre a quantidade de gestantes da unidade, a estratificação de risco e por não identificar gestantes com exames incompletos e faltosos.

[...] ele não dá os mesmo relatórios que o antigo SISPRENATAL dava. [...] ele não considera o teste rápido como um exame. Ele só vai entrar se a gestante tiver o VDRL [...]. Cada unidade faz a sua digitação [...], às vezes acontecia de você precisar interromper por alguma coisa e ele jogava fora do sistema [...], não serve pra monitorar [...] (G1).

[...] Na verdade, a gente criou outra ficha. [...] a gente adotou também essa ficha porque ela tem os exames pra gente anotar, então fica mais fácil. [...] vem das unidades aqui pra colocar no sistema. [...] elas têm o controle que elas fazem no próprio caderno delas [...] (G7).

[...] a nossa internet não é muito rápida. [...] às vezes a gente ficava um período inteiro pra digitar um cadastro [...], devido à velocidade do acompanhamento a internet caía [...], a internet do município acabava dificultando [...]. Eu já fiz testes, eu já levei pra casa e consegui digitar dez com acompanhamento e tudo. Não é o correto [...]. Nesse período que eu estou sem internet, eu estou sem alimentar [risos], está ficando sem SIS... [...] aí a gente mantém a vigilância de conforme ela volta na UBS [...]. Se não ela chega na maternidade sem, ou ela acaba sendo referenciada sem número [...], a gente acaba se perdendo [...]. O grande erro do sistema é de gerar o número depois [...] (E4).

A estratificação de risco proposta pela RMP introduz o risco intermediário, mas alguns profissionais referem que as mulheres não entendem este critério. Médicos e enfermeiros estão se adaptando a essa nova classificação, pois,

conforme a realidade local, algumas gestantes são encaminhadas ao serviço ambulatorial, mas outras assistidas na própria Unidade de Saúde, ao contrário do que acontece no alto risco.

[...] quem mora em área rural já é risco intermediário. Então todas as gestantes do PSF rural seriam risco intermediário [...]. A gente faz uma classificação interna, porque não considera que todas as gestantes sejam de risco intermediário, e sim [...] aquelas que têm mais de quarenta anos, muito carentes [...] (E7).

[...] com a Rede Mãe Paranaense acho que ficou bem definido isso: gestante de risco habitual, gestante de risco intermediário e de alto risco. [...] agora a gente sabe classificar certinho, encaminhar corretamente [...], pra explicar para elas é meio complicado [...], gestante negra [...] tem que automaticamente considerar risco intermediário [...]. Às vezes dá um nozinho na cabeça dela pra tá explicando (E10).

[...] acaba ficando aqui, às vezes, é o risco intermediário, porque ele engloba algumas coisas, tipo idade, que dá para você manejar aqui... Mas daí os de alto risco a gente já encaminha [...] (M13 - CG).

3.1.2 A ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO APÓS A REDE MÃE PARANAENSE

Na assistência ao pré-natal, foram destacados vários pontos importantes, como a captação precoce e a busca ativa da gestante, a estratificação de risco, a assistência odontológica e os grupos para gestantes.

A captação precoce da gestante é considerada como facilitadora do acesso ao pré-natal, bem como ao teste rápido de gravidez, aumentando a resolutividade dos atendimentos. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é mencionado como um dos precursores para garantir o vínculo entre a mulher e a Unidade de Saúde.

[...] A gente usa o agente comunitário. É ele que vai a casa, que encontra a gestante na rua. Ele conhece sua área [...], traz pra Unidade Básica de Saúde [...], e elas procuram espontâneo [...]. Realiza o teste rápido de gravidez (E1).

Os profissionais que participam da Estratégia Saúde da Família (ESF) intensificaram a busca ativa das gestantes vinculando-a ao monitoramento do ACS, bem como ao controle das consultas no pré-natal, o que facilita o acompanhamento por parte da equipe.

[...] o teste rápido melhorou muito [...], se for positivo, não tem como ela fugir, a gente já tem o endereço [...], se ela não retorna, a gente vai atrás [...] (E1).

[...] tem todo o acompanhamento junto com o agente comunitário [...]. Eles fazem busca ativa, não espera que a gestante vá na UBS [...]. Também o auxiliar pode fazer essa busca ativa na visita, o enfermeiro [...] (E4).

[...] acompanhamento no caderno, anota para ver quem faltou, quem não está vindo no pré-natal e faz busca ativa com as ACS (M13 - CG).

A assistência ao pré-natal apresenta diferentes realidades nos municípios estudados. Em alguns, o enfermeiro realiza a primeira consulta, e as subsequentes são com o ginecologista. Em outros, devido à dificuldade de contratação do médico especialista, o pré-natal é realizado pelo enfermeiro e pelo clínico geral.

[...] quando tá grávida [...], a primeira consulta é com a enfermeira, faz anamnese, preenchimento dessa ficha, da carteirinha. A gestante sai daqui com o Teste da Mãezinha [...], a primeira ultrassonografia [...]. A enfermeira já prescreve pelo menos ácido fólico até vir na outra consulta com o clínico geral [...], com o médico, ela está com todos os exames em mãos [...], acompanhamento mensal até 27 semanas, depois quinzenal e semanal [...], média de oito a 10 consultas [...]. Todas são com o médico [...] (G6).

[...] aqui o pré-natal não é o enfermeiro que faz. Já é uma judiação! [...] como os nossos ginecologistas gostam de fazer, só abrimos o pré-natal [...]. Outro problema [...], ela escolhe aonde ela quer fazer o pré-natal [...]. Não é positivo isso [...]. No meu relatório da Mãe Paranaense, [...] 50% não era da minha área! [...] (E5).

Acho que são feitos mais exames! [...] não posso te dizer quais. [...] estratificado o risco? Olha, eu não sei... Isso é uma falha minha, mas eu não sei te dizer. Eu faço a minha história, eu não avalio a carteira da gestante. [...] (M2 - Ped)

[...] chegou com atraso, na recepção eles viabilizam o teste de gravidez. Deu positivo, já tem abertura do SISPRENATAL com a enfermeira, antes de passar comigo. [...] ela faz toda entrevista, identificação de risco, pede os exames iniciais, o primeiro ultrassom. Se ela identifica como risco, se eu "tô" aqui ela me chama, vê se eu consigo avaliar e encaminhar [...] Aqui são todas comigo [as consultas] [...]. É uma coisa que não acontecia que eu priorizei [...]. Após as 37 semanas, o retorno é semanal [...], as que identificam logo no começo, todas dão mais que seis [consultas] [...] (M14 - GO).

Quanto à estratificação de risco da gestante, alguns profissionais

relatam que ela é realizada na primeira consulta pela enfermeira, no intuito de encaminhá-la quando necessário. Na RS, há a regulação que, muitas vezes, reclassifica o risco, autorizando ou não a vinculação da gestante à assistência secundária ou terciária. Em cada consulta, seja com o médico ou com a enfermeira, esta estratificação deve ser atualizada na caderneta e no prontuário, mas isso nem sempre acontece.

[...] Quem faz essa estratificação é a enfermeira na primeira consulta depois com o médico [...]. Muitas vezes ele até não estratifica [...] (G6).

[...] Eu faço na primeira consulta e o risco pode mudar na segunda consulta. [...] eu sempre deixo no prontuário, na carteirinha também. Geralmente o médico na primeira consulta ele anota se tiver algum risco [...]. Até porque [...] ela precisa saber onde o bebê vai nascer [...]. Aí eu mudo o nome da maternidade, o telefone [...] (E5).

[...] Fazemos por consulta. [...] Tem um controle aqui, nesse caderno está escrito o risco de cada uma. Até porque as de alto risco não são acompanhadas aqui [...] (M13).

[...] essa estratificação acabo fazendo em toda consulta. Na primeira consulta, geralmente eu já tenho uma visão geral. Eu já anoto no cartão [...] Quando vem da enfermagem, vem no prontuário [...], elas colocam tudo no prontuário, relatam bem, no cartão não [...] (M14 - GO).

A assistência odontológica ainda é pouco utilizada pelas gestantes, embora recebam orientação e encaminhamento pelos profissionais logo na primeira consulta de pré-natal.

[...] na primeira consulta, a gente fala que ela tem que passar em uma consulta com a odontologia. [...] elas vem pra consulta com o médico [...], ele pega uma quantidade menor de consultas e já vai fazendo avaliação no mesmo dia [...], não tem como elas fugirem [...] (G6).

[...] na primeira consulta eu faço uma cartinha de encaminhamento para o dentista [...], são poucas que acabam indo. Ainda tem aquela cultura de achar que, porque está grávida, a anestesia faz mal [...]. As que vão, a dentista tenta orientar (E4).

Poucos profissionais dos municípios realizam atividades educativas para gestante na Unidade de Saúde e aqueles que o fazem. O ACS e o auxiliar de enfermagem organizam para a participação dos membros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e do médico. Já em outro município, os grupos são

oferecidos pelo Centro de Referência da Assistência Social (Cras).

[...] Grupo de gestante? Credo que pergunta [...], por questão de tempo [...], não consegui ainda. [...] tem agora lá o Cras e elas têm feito, sim, alguns. É, mas eu não fui ainda (M10 - CG).

[...] organizam são duas ACS e uma auxiliar de enfermagem. Começou meio tímido, com duas, três, quatro gestantes, ontem teve grupo aqui veio 17 gestantes [...]. Lotou a sala! A gente chama o pessoal do Nasf pra fazer palestra, eu mesmo às vezes falo alguma coisa. [...] e está se estruturando. [...] partiu das meninas, que fazem tudo. Eu só fico com a parte de organização científica [...] (M19 - GO).

A vinculação das gestantes à assistência secundária e terciária, conforme proposto pela RMP, é vista pelos profissionais como benéfica, proporcionando apoio e segurança ao atendimento na situação de riscos intermediário e alto. Entretanto, revelam preocupação quanto ao tempo de espera para o atendimento. As frustrações quanto ao encaminhamento da gestante de alto risco (AR) na hora do parto acontecem tanto por parte dos municípios que as encaminham quanto dos hospitais de pequeno porte, que são referência para risco habitual (RH) e necessitam de transferência, pois mesmo que haja o acompanhamento no ambulatório de AR, nem sempre há disponibilidade de vaga para internamento.

[...] aqui, não aderiu em massa a questão do encaminhamento para o ambulatório de risco intermediário. [...] é um risco social. [...] se aqui fosse fazer realmente essa adesão, com certeza encheria o ambulatório. [...] com o alto risco estamos enfrentado dificuldades. O número de consultas ainda é insuficiente. Aquelas de maior risco podem conseguir até na semana, mas um risco [...] pode demandar espera [...], dois a três meses. Até semana passada havia 90 mulheres pra serem alocadas nas consultas [...]. A gente sabe que no alto risco, tem um único profissional que absorve muito. [...] quando ele entra de férias, vira um caos (G1).

[...] a gestante de risco habitual a gente coloca na carteirinha e diz: referência é o hospital "H2". As do HC [Hospital de Clínicas], de alto risco, elas ficam meio perdidas. [...] tem que ficar solicitando cartinha do médico para sabe onde ela vai ganhar, se ela pode estar ganhando no hospital de risco habitual ou se ela vai ganhar no HU [Hospital Universitário]. Nem sempre o HU recebe, então a gente tem essa dificuldade com a gestante de alto risco. [...] Às vezes o hospital de risco habitual não quer receber [...]. Meio complicado essa questão de gestante de alto risco (E10).

[...] uma grande dificuldade da Rede Mãe Paranaense foi centralizar muito [...] ela centralizou o parto em rede [...]. Às vezes a conversa com outro município não é muito fácil. [...] você vai encaminhar, liga, vai Samu [...], é uma coisa bem mais trabalhosa [...] (M7 - Ped).

[...] geralmente elas falam: “eu tenho que ir para o HU”. Mas aí tem probleminha. Ela mora aqui [...], tem uma intercorrência, onde que ela põe o pé? Só no hospital para risco habitual! Aí eu encaminho para o HU. [...] eu preciso ligar para o Samu, não sei pra onde vai transferir. Se não tem vaga no HU, eu não consigo transferir [...]. Não é porque ela tem vínculo com o ambulatório do HU que ela vai para o HU. [...] depende de vaga [...]. Pôs o pé no hospital aqui [...], aí desanda [...], mesmo acionando o Samu, ela sendo paciente de alto risco [...], que ela tenha a carteirinha escrita “eu sou paciente HU” [...], eu não posso pegar a ambulância e levar para o HU [...]. Esse que é o grande problema, e a maioria das pacientes atendidas lá, o HU não tem vaga (M22 - GO).

Um sério problema encontrado durante o acompanhamento na atenção secundária e terciária é a falta da contrarreferência, o que impede uma assistência mais adequada no pré-natal e acarreta duplicação de exames devido à falta de comunicação entre os diferentes níveis de assistência.

[...] A gente mandava só a referência e não vinha a contrarreferência. Quem trazia a contrarreferência era a própria gestante, que trazia pro médico aquilo que tinha acontecido lá na consulta. Então, agora que tem esse termo... da Mãe Paranaense [...], a gente vai ter que fazer alta, pós-alta, todo o acompanhamento da gestante. Agora tem esse documento, a gestante vai levar tanto pro HC a referência e daí volta com a contrarreferência. [...] Ela só vai receber alta completa do pré-natal quando ela acabar com o puerpério, e a gente recebe uma verba [...] (G5).

[...] na RMP eles ainda dão uma contrarreferência. Agora do HC, nunca vem. [...] a gestante acaba fazendo tudo duplamente os exames [...], não tem acesso! A gente manda os exames daqui pra lá, mas eles não mandam os exames de lá pra cá. Nem anotam na carteirinha. [...] uma gestante que tinha feito a ultrassom morfológico só que não ficou pronta, no outro dia ela foi para a consulta no HC e o médico solicitou novamente (E10).

[...] contrarreferências? [...] é que passa muito pela mão de interno... Residente ainda anota, agora, interno não anota muito [...]. Eu pergunto: “você fez?”, “Fiz”, “Deu tudo certo?”, “Deu...”. Se eu vejo que ela é bem esclarecida eu até confio, mas tem aquelas que não [...], se eu vejo que escapou alguma coisa, eu peço, eu faço. Mais essas que retornam comigo. Eu traço um paralelo, é mais uma revisão do pré-natal [...] (M14 - GO).

A avaliação puerperal em alguns municípios acontece logo após o parto, quando o hospital se responsabiliza por comunicar e por agendar as consultas após a alta da maternidade. Já em outros municípios, a própria instituição hospitalar assume o acompanhamento puerperal ou quando realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), ele fica na dependência dos residentes. Também há relatos de que a mulher só busca atendimento na Unidade de Saúde por queixa ou para adquirir

método contraceptivo.

[...] foi tudo via Regional, que foi viabilizado. [...] o hospital já digita quem nasce e a funcionária liga nas unidades todo dia que chega o e-mail. [...] o retorno puerperal marca logo no começo e uma lá para os quarenta dias, mais ou menos (G2).

[...] A maternidade que realiza as consultas de revisão puerperal que a gente fazia aqui na Unidade. A colocação do DIU [...], a prescrição do anticoncepcional [...]. Isso não existia antes, mudou agora depois da Rede Mãe Paranaense. [...] a visita puerperal a gente não consegue fazer, mas é o pessoal da residência mesmo que tem ido e tem atendido (E1).

[...] Eu acho que a puérpera é mais difícil. Porque elas são muito confusas sobre contracepção depois dos 40 dias. Elas só procuram, mesmo, quando tem alguma dor. Por conta ou da episiotomia ou de cesárea [...] (E5).

3.2 O QUE ESPERAR DA REDE MÃE PARANAENSE (MOTIVOS PARA)

3.2.1 O ALCANCE DOS OBJETIVOS E METAS: FRAGILIDADES E DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA À MULHER

Para os profissionais, os objetivos propostos pela RMP para a assistência materna foram atingidos parcialmente e se misturam com a Rede Cegonha. Poucos avanços ocorreram, sendo os mais significativos a inclusão de alguns exames, a estratificação e o fluxo para encaminhamento da gestante para o nível terciário, bem como os investimentos financeiros na área hospitalar. Contudo, há entraves que dificultam a manutenção, a continuidade e a resolutividade na Rede para operacionalizar a assistência à mulher em alguns municípios.

[...] eu acho que a gente chegou num ponto que, para melhorar os índices, ou a gente melhora muito com relação às nossas ações em saúde ou a situação da população que deve melhorar [...] (G1).

[...] eu acho que está chegando perto [risos]. [...] ainda falta muita coisa para ser resolvida. Mas eu acho que o objetivo maior, assim, tá sendo alcançado. [...] encaminhamento de gestante de alto risco na hora do parto que é complicado (E 10).

[...] cabe também aos gestores do município implantarem o que a RMP preconiza [...]. Se preconiza os exames, tem que implantar [...], agora, se não implanta, não é culpa da RMP, é culpa do gestor, que não implantou [...]. Eu tenho que cobrar é da minha Secretaria de Saúde, se você não tem dinheiro pra cobrir isso, cobre do prefeito, se o prefeito não puder, cobre do governador, se ele não puder, aí eu acho que para por aí [...] (M19- GO).

Para alguns profissionais, a Rede foi implementada sem avaliar as limitações do processo e as condições de trabalho em alguns municípios para o atendimento à gestante, tais como a falta de recursos físicos, material básico e humano, protocolos e acesso à contrarreferência para o parto.

[...] eu senti muita falta da gente ter um protocolo nosso. Um protocolo paranaense. E eu sei que esse protocolo tá no forno pra sair. [...] baseado na linha guia. Só que ele não foi terminado. Por troca de gestores, tal. [...] Então, com base nisso, eu desisti de esperar pelo Estado, e a gente tá mexendo no nosso mesmo (G1).

[...] a gente não faz só a assistência à mulher [...], tem uma complexidade muito grande aqui na unidade. [...] não consegue ter resolutividade porque ainda falta estrutura física, falta recurso material e recurso humano. [...] a gente tenta melhorar, mas nunca tem o respaldo que precisa ter. O foco maior da gestão normalmente é urgência e emergência, é a especialidade, e a atenção primária fica por isso mesmo. [...] são coisas simples, eu não ter um “estetoscópio” [...], um sonar [...], instrumentais básicos do nosso dia a dia [...]. Estressa o funcionário, eu ter que ficar brigando pra pegar um sonar ali, segurando o fio do sonar pra não dar interferência [...], recursos materiais que não veio nada (E11).

[...] eu acho que o principal é recursos humanos [...], porque eu sou subdividido em outras unidades. Se eu tivesse uma unidade só, por mais que o fluxo fosse tão intenso, eu iria conseguir ter um grupo de gestante uma vez por mês [...], ia conseguir ter um acompanhamento melhor, não ia precisar espaçar tanto os retornos [...] (M14 - GO).

Além da limitação de recursos identificados nos discursos dos entrevistados, evidencia-se também que, embora a APS tenha como foco a prevenção e a promoção da saúde, alguns querem garantia de retorno puerperal no âmbito hospitalar e com especialista, como ocorre no setor privado. Já em outros municípios, a totalidade das mulheres da área de abrangência da Unidade não realiza o pré-natal, bem como este atendimento é exclusivo do enfermeiro. Quando a assistência é realizada no sistema público de saúde e necessita de acompanhamento nos diferentes níveis de atenção, não há interação entre os profissionais para integrar o cuidado à mulher.

[...] a mãe deveria ter pelo menos mais uma avaliação pelo obstetra [...] na maternidade que ela fez o parto, que nem todo particular, todo convênio tem seu retorno, uma semana de sete a dez dias tem que retirar pontos, uma avaliação, e a gente não tem (G10).

[...] O enfermeiro assume quase que 100% sozinho o pré-natal, e eu acho que isso não pode acontecer. Tem que aproveitar o profissional médico. [...]

Nem que fosse o clínico geral, pra fazer os pré-natais de baixo risco, pra dar um apoio. [...] a gente tem que intercalar. Uma consulta do enfermeiro, uma com o médico, [...] Às vezes até usar o pessoal do Cismepar do alto risco. [...] difícil de acontecer, mas seria válido [...] (E1).

Especificamente, sobre o sistema de informação utilizado no atendimento da mulher no pré-natal (SISPRENATAL), alguns discursos apontam que deve-se investir no seu aperfeiçoamento, no intuito de torná-lo útil para a produção de relatórios confiáveis, bem como para o planejamento das ações em saúde. Este avanço é necessário para que não haja a subutilização, pois ainda existem vários entraves que dificultam o uso no cotidiano de trabalho e, que indiretamente, afetam a qualidade das informações e a assistência prestada à gestante nas UBS. Outro entrave não previsto na RMP foi a criação de novos critérios de risco que não estavam contemplados na Rede Cegonha e muito menos neste sistema.

[...] a gente precisaria visualizar a situação da gestante. [...] exames que ela já fez, um condensado. [...] o sistema poderia propor busca ativa. Dar uma lista de quem não veio o mês passado. Dar uma lista de que exames estão pendentes [...]. agora, tem um detalhe, a RMP não considera índice de massa, sobrepeso, como fator de risco, mas o Rede Cegonha considera. Então ele carrega riscos que a gente não considera risco, e ele não carrega risco que o RMP considera risco. Gestante negra é risco intermediário, [...] ele importa do cartão SUS, a raça, mas ele não considera isso como um risco [...], isso é uma coisa específica do Paraná. A indígena ele também não vai carregar como risco intermediário [...], quando ele joga risco, então ele dá o alerta, “seguir o protocolo”, também não fala qual o protocolo (G1).

[...] falta ainda aquela gestante que abre o SISPRENATAL na UBS e no final ela decide fazer particular, o ACS continua acompanhando tudo [...], se colocar que está encerrado porque ela tá fazendo particular, eu encerro o pré-natal dela. Então tinha que deixar aberto, porque ela pode voltar a fazer pelo SUS. [...] no sistema não tem o teste da mãezinha [...], agora está com uma vacina nova, que não tem ainda, mas acredito que eles vão colocar. [...] a parte também que eu acho importante é do sulfato ferroso e do ácido fólico [...] (E4).

Embora a operacionalização da RMP presente nos discursos dos profissionais tenha mobilizado algumas mudanças na assistência à mulher, eles afirmam também que para sua efetivação, como política para o avanço e a qualificação no sistema público de saúde, a educação permanente das equipes deve ser incorporada ao planejamento do município, bem como investimentos em recursos humanos para diminuir a sobrecarga da demanda, o que resultará no cumprimento dos objetivos da Linha Guia.

[...] manter uma educação permanente, continuada [...] nos municípios um pouquinho menores, que não têm um setor de educação permanente e continuada, é mais complicado do que em outros lugares. [...] se ainda houvesse uma forma de apoio, reciclagens [...] (G4).

[...] Eu gostaria que tivesse um pouco mais de conscientização e capacitação dos profissionais, sabe?! [...] dessa última vez teve uma reunião da RMP, que ela falou de alguma coisa de exames, mas ela falou bastante da estrutura [...], dos fluxos. E aí a gente viu que muita coisa não estava acontecendo [...] (E2).

[...] falta muita coisa que ainda tá no papel [...]. Às vezes a realidade acaba mudando um pouco [...]. Muitos médicos não gostam de seguir uma linha guia. Eles gostam de seguir as condutas deles. E às vezes dá um pepino, e aí? Onde está o respaldado? [...] falta mais capacitação geral pra equipe, médico, equipe [...] tem as nossas oficinas. Mas tem período que a gente fica sem fazer [...]. Porque eu estou com pouco profissional [...] (E4).

[...] para que a gente possa realizar um atendimento com mais calma, orientar melhor, falar mais sobre amamentação, tratar melhor o paciente. Porque quando você sabe que tem que atender 20 gestantes em duas horas [...] você já chega estressada no lugar. [...] você não vai fazer um atendimento de qualidade [...], então a gente espera um atendimento com mais humanização (M22 - GO).

4 DISCUSSÃO

Para a mudança no modelo de atenção, bem como para implantar/implementar programas, é necessária a qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais, pois novos processos de trabalho exigem de seus atores (gestores, trabalhadores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia, contribuindo para o estabelecimento de práticas transformadoras. Ampliar a capacidade de desenvolvimento profissional é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e de articulações da assistência, possibilitando o redesenho de fluxos, rotinas e conhecimentos técnico-científicos (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; SCHRAIBER, 2012).

Neste emaranhado de (re)construção e mudança, o ser humano vive em um mundo de intersubjetividade diante de diferentes relações sociais, no qual compreende e é compreendido. Trata-se de um mundo que se constitui em um universo de significações que são interpretadas e o orientam para realizar ações (CALDEIRA *et al.*, 2012). Portanto, se as ações instituídas nos serviços de saúde forem direcionadas considerando as diversidades de cada realidade, a forma como

cada ator significa o seu mundo, bem como o modo como absorve as mudanças, assim a implantação/implementação obterá maior adesão, pois cada um poderá contribuir para melhor direcionamento e qualificação da assistência à mulher.

Neste sentido, a compreensão dos profissionais sobre a Rede foi concretizada e ressignificada a partir do momento em que participaram das fases de capacitação previamente à implantação. Por outro lado, durante a implementação, vivenciaram dificuldades para operacionalizar as variadas mudanças, tais como: a institucionalização de novos documentos subutilizados (caderneta da gestante); o incremento de exames que nem sempre são realizados; a alteração nacional do SISPRENATAL, inviabilizando a agilidade e o acesso e; o acréscimo estadual do Risco Intermediário, ausente neste sistema. Devido a todos estes fatos, emergiram considerações sobre as mudanças que se tornaram incompatíveis com a prática no seu cotidiano de trabalho, tanto no aspecto gerencial como assistencial.

Tais dificuldades também foram evidenciadas em outros estudos. Quanto ao registro dos dados na caderneta da gestante e em prontuários, bem como no sistema de informação, Barreto e Albuquerque (2012) afirmam que estes não devem ser negligenciados, ou seja, realizados desnecessariamente e recomendam a sensibilização e a mobilização para compreender a razão da ineficácia do registro pelos profissionais. Isto posto, tem-se que o registro adequado da informação disponibilizado na caderneta reflete a qualidade dos serviços de assistência pré-natal. Sendo assim, o não preenchimento reflete negativamente na referência e contrarreferência, processos que deveriam qualificar o acesso e a integralidade, princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS NETO *et al.*, 2012; SOARES *et al.*, 2013). Não obstante nos discursos dos profissionais deste estudo, também o SISPRENATAL, embora tenha a função de monitoramento, de avaliação e de identificação de fatores de risco na gravidez, é subutilizada devido a variados problemas, desde o acesso a rede de *internet* até a alimentação dos dados.

A produção de dados confiáveis é fundamental para promover melhorias na produção de informação no nível central de gestão. Contudo, este não é somente um problema local, nem mesmo regional, mas sim mundial. A grande maioria dos países não possui um sistema de informação confiável referente à saúde materna. Exemplos como o da imunização deveriam ser levados em conta, sendo este um esforço necessário para possibilitar uma ampla mensuração de

intervenções que visem à redução da mortalidade materna (GROVE *et al.*, 2015; LIMA; CORRÊA, 2013; MOIMAZ *et al.*, 2010).

Embora haja a identificação dos profissionais quanto à incompatibilidade entre as mudanças propostas pela RMP, tanto no aspecto gerencial como no assistencial, no serviço de atenção primária, ainda assim, Mendes (2011) refere que as redes favorecem a oferta de uma atenção contínua e integral mediante missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto. Também se constituem de três elementos essenciais os quais se deve considerar: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A primeira é a habilidade de o sistema estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, de acordo com os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Quanto à estrutura operacional das redes de atenção à saúde, ela compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação (coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema) à atenção primária à saúde (Unidades de Saúde ou equipes); os pontos de atenção secundários e terciários (especialidades); os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, farmacêutica e sistemas de informação); os sistemas logísticos (tecnologias de informação para garantir a referência e contrarreferência) e; o sistema de governança da rede de atenção à saúde (interfederativos e comissões intergestoras) (MENDES, 2011).

Já os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes, no intuito de articular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos conforme os perfis demográfico e epidemiológico e os determinantes sociais da saúde (MENDES, 2011).

Neste sentido, a RMP, seguindo a lógica das redes, pode impactar positivamente, em médio e longo prazo, nos níveis de saúde materna, como previamente ocorreu com o Programa Mãe Curitibana, considerado um modelo inovador de atenção em rede à mulher e à criança e que contribuiu para a adequação da Rede Cegonha para a realidade paranaense (MENDES, 2009).

Uma das peculiaridades da RMP foi o incremento de uma nova classificação na estratificação de risco para a gestante no pré-natal. Na Rede

Cegonha, há uma classificação para o risco habitual (RH) e alto risco (AR), e na RMP, além destes dois, utiliza-se o Risco Intermediário (RI), que foi instituído a partir da identificação das principais causas de óbitos e dos principais fatores de risco para a mortalidade materna, tendo como elementos relacionados características individuais, como raça e/ou etnia (negros e indígenas), idade materna (≤ 20 e ≥ 40 anos), baixo grau de escolaridade, mãe com pelo menos um filho morto e com pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2014). No entanto, nos discursos dos profissionais, principalmente de municípios menores, o RI tem um significado diferente, pois, frente ao seu mundo vivido, características como raça/etnia são cotidianas, fazem parte do contexto e não, necessariamente, necessitam de encaminhamento ambulatorial. Eles argumentam também que ainda estão se adaptando, junto às próprias gestantes, as quais sentem dificuldade de compreender esta estratificação.

Quanto à assistência à mulher no pré-natal e no puerpério, a análise do contexto das vivências (motivos porque) de gestores, enfermeiros e médicos, na gerência ou na assistência, permite identificar que o típico da ação do cuidado prestado considera as especificidades da vida de cada grupo social inserido no cenário da atenção primária, constituindo-se em uma rede, seja realizando a captação precoce, ou obtendo o resultado do teste rápido de gravidez, desencadeando a primeira consulta a tempo oportuno, algumas vezes antes mesmo do teste, por ter vínculo preexistente entre a mulher e o ACS na comunidade.

O início oportuno ao pré-natal favorece acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias que podem influenciar diretamente na saúde da mãe e feto. Contudo, estudos mostram o quão difícil é a captação precoce da gestante, o que influencia negativamente no número de consultas, bem como na qualidade da assistência (DOMINGUES *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2013; SEGATTO *et al.*, 2015; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Assim como a captação precoce, a busca ativa das gestantes faltosas nas consultas foi considerada pelos profissionais deste estudo como fundamental para a vigilância à saúde reprodutiva. Para tanto, um dos principais instrumentos que podem ser utilizados, tanto para a captação precoce como para a busca ativa, é a visita domiciliar, momento que se conhece os contextos sociocultural e intersubjetivo das famílias, suas experiências e a percepção da

saúde, permitindo à equipe identificar necessidades e intervir de forma individual e coletiva (ELIAS; MANDÚ; ARAÚJO, 2014). Esta relação face a face estabelecida no contexto familiar é vital para a criação do vínculo entre a gestante e a equipe e diz respeito à mais autêntica relação social, pois permite a exposição dos atos intencionais do outro e a compreensão das situações do dia a dia (SCHÜTZ, 2012).

Além deste encontro entre equipe e mulher, a consulta no pré-natal, em número e em qualidade, é uma diretriz ministerial, bem como um dos objetivos e metas das redes de assistência à gestante, em que se concretizam as relações para o acompanhamento sistemático, iniciando-se com o cadastro no sistema de informação e dando continuidade com a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, a atualização vacinal, as ações de prevenção e de promoção, o agendamento odontológico, a estratificação de risco e a referência hospitalar. Entretanto, a primeira consulta tem sido realizada pelo enfermeiro da unidade de saúde, enquanto as seguintes são intercaladas com a especialidade ou o clínico geral. Poucas são as possibilidades de agendamento referenciado e quando há, o tempo de espera é superior aos critérios para estes riscos.

Este cenário gera certa frustração, pois, nos depoimentos destes profissionais, os gestores não estão garantindo condição para executar uma assistência adequada à mulher durante a gestação, com consultas médicas e de enfermagem. Em contrapartida, embora a primeira consulta esteja sendo realizada na quase totalidade pelo enfermeiro esta, por sua vez, não é de exclusividade deste profissional. A ele cabe, apenas, as consultas para o RH, conforme determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), ficando o RI e o AR para acompanhamento médico. Além disso, as unidades de saúde possuem diversos programas que são de responsabilidade do enfermeiro e, portanto, há poucas possibilidades de priorizar o cuidado somente para o pré-natal, realidade que se confirma nos resultados da pesquisa de Wisniewski, Gróss e Bittencourt (2014).

Outra condição identificada nos discursos é a dicotomia da compreensão sobre a assistência pré-natal e o modelo assistencial entre os gestores e os executores (enfermeiros e médicos), revelando o distanciamento entre a gerência e a assistência, o que influencia negativamente nas condições de trabalho da equipe, além do exposto anteriormente. Também pouca ou nenhuma

oferta de ações de prevenção e de promoção da saúde, como grupos de pré-natal, resultantes da sobrecarga de trabalho.

Silva, Giovanella e Mainbourg (2014) demonstram que muitas vezes as ações educativas são consideradas difíceis de serem realizadas devido à falta de estrutura institucional. Na pesquisa de Guerreiro *et al.* (2014) foi observado que as práticas educativas acabam acontecendo durante as consultas individuais, contudo, se acontece somente desta forma, exclui das gestantes a oportunidade de participar de grupos educativos, privando-as da rica troca de experiências e de conhecimentos entre as mulheres.

No que se refere ao cotidiano de trabalho dos profissionais nas unidades de saúde, um estudo que objetivou discutir a influência de dois modelos assistenciais (tecnologia tradicional e inovação tecnológica) utilizados na atenção básica e nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde identificou que nos dois modelos o excesso de demanda e a baixa resolutividade foram as principais fontes de aumento das cargas e, para afinidade com o modelo de atenção e o trabalho em equipe (TRINDADE; PIRES, 2013).

A implantação de novos modelos de assistência pode gerar mudanças no processo de trabalho dos profissionais se estes, por sua vez, interagirem entre si, significando essa ação, com interesses próprios que os motivam e os direcionam para as ações de cuidado nos setores da saúde (CALDEIRA *et al.*, 2012), motivos existenciais e motivação (SCHÜTZ, 2012). Assim, as ações de saúde destes profissionais requerem competência técnica, atitudes, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca de suas ações, que só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível por cada um para favorecer a mudança (CALDEIRA *et al.*, 2012).

Embora o modelo assistencial em rede, como a RMP, possa favorecer o acesso a todos os níveis de assistência, os discursos dos profissionais, em especial dos enfermeiros e médicos, revelam que a vinculação ao hospital de referência esteja definida e proporcione direcionalidade para a gestante buscar assistência, o que antes não existia no AR, entretanto a dificuldade ainda é imensa para o encaminhamento ao serviço especializado e, quando consegue, a referência e a contrarreferência não ocorre.

Um estudo realizado em diferentes regiões do país também identificou que a ausência da contrarreferência foi um entrave para a realização de

um pré-natal de qualidade, uma vez que, conseqüentemente, gera a descontinuidade do cuidado à gestante (GUERREIRO *et al.*, 2012). Por outro lado, além da dificuldade dos profissionais para realizarem a referência e a contrarreferência, a pesquisa de Viellas *et al.* (2014) também revelou que pouco mais da metade das gestantes sabiam qual a maternidade de referência para intercorrências e para o parto.

Contudo, assim como se evidencia nos discursos dos médicos deste estudo, mesmo que haja a vinculação ou o conhecimento para o RI e AR, isso não garante vaga para o hospital na hora do parto, resultando na peregrinação por assistência e, conseqüentemente, no agravo materno-fetal. Tais agravos foram identificados justamente entre as mulheres classificadas de maior risco para desfechos negativos devido ao menor acesso aos serviços especializados (VIELLAS *et al.*, 2014).

No trabalho em rede, os profissionais de saúde necessitam apreciar as ações de comunicar-se, ouvir, envolver-se, utilizar de artifício de intersubjetividade para manter uma relação com a gestante e com os diferentes cenários de assistência e não apenas tipificá-las conforme o risco gestacional e suas necessidades de saúde (SCHÜTZ, 2012), visto que a atenção à mulher não se resume no pré-natal, mas segue no parto e no período puerperal imediato e mediato, quer dizer, ela retorna para a atenção primária após a alta da maternidade. Portanto, o resultado do cuidado prestado durante a gestação, bem como durante o parto, refletirá diretamente nas condições de saúde da mãe e da criança.

Para que se reduzam os agravos no período puerperal, a Linha Guia da RMP propõe que seja realizada a visita domiciliária até o quinto dia após o parto para garantir o estímulo ao aleitamento materno, identificação de risco de doenças materno-infantis com intervenção precoce, bem como a inclusão da mulher no planejamento familiar e da criança no programa de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento e de vacinação (PARANÁ, 2014).

Poucos estudos analisam o retorno puerperal, apesar da assistência à mulher na gestação ser considerada finalizada somente após o período puerperal. Corrêa *et al.* (2014) destacam a necessidade de aumentar o número de consultas neste período, dada a importância para a melhoria dos indicadores de morbidade e de mortalidade materna.

No contexto assistencial e gerencial da RMP, os discursos dos profissionais evidenciam que as expectativas de mudanças (motivos para) foram maiores do que as efetivamente implementadas, e que ainda há muito o que avançar quanto à qualificação da assistência à mulher, embora estejam tentando superar os obstáculos ainda existentes. Os princípios de acessibilidade, resolutividade e integralidade no sistema público de saúde, em especial na APS, estão aquém do estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Um estudo realizado em uma metrópole brasileira identificou que o acesso da população na APS é dificultado devido aos problemas de organização, à falta de recursos humanos e à dificuldade de dar prosseguimento ao tratamento (CAMPOS *et al.*, 2014). A baixa qualidade no pré-natal foi observada pelas mulheres as quais foram atendidas pelos profissionais na unidade de saúde e acredita-se que esta falha só poderia ser melhorada se o tempo da consulta fosse maior, evidenciando a falta de recursos humanos, e melhor estabelecida a organização do serviço (WISNIEWSKI; GRÓSS; BITTENCOURT, 2014). Já em outra pesquisa, a preocupação das gestantes se referiu à qualidade da assistência prestada no pré-natal e no parto, em especial no serviço público (PICCININI *et al.*, 2012).

Para Schütz (2012), cada relação social do tipo face a face, entre os profissionais de saúde e as gestantes, em um mesmo espaço e tempo cronológico tem uma intersubjetividade, ou seja, um significado. Cada encontro direto e autêntico entre estes sujeitos constitui a “relação nós”, considerada a mais importante forma de relação social, que permite o fluxo de consciência entre os elos. Portanto, uma rede de relações interligada para que se concretizem objetivos em comum. Para que esta rede resulte na qualificação da assistência à mulher na atenção primária, os discursos dos profissionais apontam que os gestores devem contemplar no planejamento, a educação permanente em saúde a todos os sujeitos envolvidos, direta e indiretamente, no cuidado da gestante. Pois a construção do conhecimento é resultado da bagagem de conhecimento de cada indivíduo, a qual é relacionada à posição do sujeito no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

O mundo da vida é o cenário de interação humana, em que a pessoa utiliza os seus conhecimentos prévios, os quais são transmitidos aos seus pares que lhes antecedem e sucedem, dando assim significação às suas experiências (SCHÜTZ, 2012). A partir da vivência de atuação dos profissionais no

serviço de atenção à saúde, adquire-se experiências que constituem a tipificação de seu respectivo grupo social profissional (SCHÜTZ, 2012).

5 CONCLUSÃO

A RMP veio como uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, com novos arranjos, por meio da regionalização, para garantir o acesso, a integralidade e a resolubilidade. Apreendeu-se que a reorganização e a (re)estruturação da Rede trouxeram propostas positivas para o sistema de apoio, contudo, as falhas no sistema logístico (referência e contrarreferência) ainda precisam ser melhoradas.

Por meio da abordagem de gestores, enfermeiros e médicos, e pelo modo como estes interagem no mundo da vida, pôde-se constituir o típico de suas ações em relação ao cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, evidenciando suas necessidades e suas expectativas. Tendo em vista os constantes arranjos dos fluxos, os gestores precisam estar imersos na realidade da assistência para que, deste modo, possam planejar e buscar estratégias locais e regionais que sejam aplicáveis e factíveis à realidade estrutural e de recursos humanos de seus municípios.

É importante destacar também que a implementação da RMP depende, em grande parte, dos enfermeiros e médicos, bem como de toda a equipe de saúde. Se a APS é a porta da Rede, estes profissionais são a maçaneta e a fechadura. A visão que cada um traz consigo e que aplica no seu cotidiano de cuidado da mulher reflete diretamente na saúde da cidade.

Espera-se que com este trabalho a vivência de gestores, enfermeiros e médicos possa contribuir na avaliação da implementação da RMP, e que, mediante o compartilhar destas experiências, as debilidades sejam (re)construídas. Além disso, almejam-se a melhoria das condições de trabalho dos profissionais na APS e o investimento na educação permanente de toda a equipe, para que a Rede possa se fortalecer e promover factível assistência integral, às gestantes e às puérperas, centrada no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Em pesquisas qualitativas, particularmente as fenomenológicas, os fenômenos nunca são desvelados em sua totalidade e a pesquisa considerada

acabada. O mesmo objeto de estudo pode ser investigado em outros contextos, com outros sujeitos e por outros pesquisadores. Assim, espera-se que outros estudos possam ser desenvolvidos com médicos, enfermeiros e gestores atuantes na RPM, ou em programas semelhantes a este, para que os resultados encontrados possam somar-se aos da presente pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa, Edital: 14/2013, sob nº 474768/2013-9 e à 17ª Regional de Saúde do Paraná, pelo apoio à pesquisa e à articulação com os municípios para a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, F. D. F. P.; ALBUQUERQUE, R. M. de. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 259-267, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 1 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318p. (Cadernos de Atenção Básica, 32)

CALDEIRA, S. *et al.* Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. de. The experience of repeated fatherhood during adolescence. **Midwifery**, v. 26, n. 4, p. 469-74, 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138%2808%2900100-9>>. Acesso em: 12 out. 2015.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CORRÊA, M. D. *et al.* Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. **Rev. esc. enferm: USP**, v. 48, p. 23-31, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700023&lng=en>. Acesso em: 18 out. 2015.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

ELIAS, A. N.; MANDU, E. N. T.; ARAUJO, L. M. de A. Vigilância à saúde reprodutiva na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-463, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300456&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.

GUERREIRO, E. M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME: Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 1 out. 2015.

_____. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

GROVE, J. *et al.* Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals: a call for sustained and improved measurement. **The Lancet**, v. 386, Issue 10003, p. 1511-1514, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00517-6/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00517-6/fulltext?rss=yes)>. Acesso em: 10 out. 2015.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a saúde (online)**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 15 out. 2015.

LIMA, A. P.; CORRÊA, A. C. P. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Rev. esc. Enferm: USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 876-883, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400876&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2015.

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

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

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev. bras. Enferm**, v. 63, n. 3, p. 385-390, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300006&lng=en>. Acesso em: 15 out. 2015.

OLIVEIRA, R. L. A. de *et al.* Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 546-553, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200546&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia**: Rede Mãe Paranaense. 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

PICCININI, C. A. *et al.* Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

PINTO, H. A., SOUSA, A., FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>. Acesso em: 1 out. 2015.

SANTOS NETO, E. T. dos *et al.* O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2015.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2015.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.

SEGATTO, M. J. *et al.*, Evaluation prenatal care in a Brazil's South city. **Rev. Enferm.: UFPI**, v. 4, n. 2, p. 4-10, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3535/pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

SILVA, N. C. da; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

SOARES, M. de L. *et al.* Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.

TRINDADE, L. de L.; PIRES, D. E. P. de. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-319, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2015.

WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R. Sobrecarga do enfermeiro na assistência pré-natal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 177-182, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2534>>. Acesso em: 1 out. 2015.

6.3 MANUSCRITO 3

CUIDADO DA CRIANÇA APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANANENSE: ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

RESUMO

Pesquisa com abordagem qualitativa à luz do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz para compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado da criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense. Participaram 44 profissionais de 10 municípios pertencentes à área de abrangência da 17ª RS sendo: 10 gestores, 12 enfermeiros e 22 médicos. Os significados evidenciaram os “motivos porque” vivenciando a realidade quanto ao *A rede e o cuidado da criança: processo de implantação* e *As peculiaridades do cuidado da criança* e; os “motivos para”, o que esperar quanto a *Expectativas Referentes ao Cuidado Integral à Criança*. Desvelou-se que os profissionais almejam prestar um cuidado integral à criança e que sofrem mediante as barreiras e as dificuldades presentes no sistema de saúde, bem como pelas ineficientes gestão e educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado da Criança; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

A qualitative research on the theoretical and methodological framework of Social Phenomenology of Alfred Schütz to understand the experience of managers, nurses and doctors with child care after the Rede Mãe Paranaense implementation. 44 professionals from 10 municipalities belonging to the 17th Health District, Paraná, Brazil attended to the interviews: 10 managers, 12 nurses and 22 doctors. Three categories arose based on the significant aspects from the social group. The aspects revealed two categories related to the reality experiences such as *Child care Network: the process of implementation* and *The peculiarities of child care* and; one category related to the future: *Expectations for child care*. It was revealed that professionals aim to provide integrated care to children despite of the barriers and difficulties present in the health system, as well as inefficient management and professional health education.

Key words: Primary Health Care; Child Care; Program Evaluation; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Investigación cualitativa en el marco teórico y metodológico de la Fenomenología Social de Alfred Schütz para comprender la experiencia de los gestores, enfermeros y los médicos en el cuidado de niños después de la implementación de la Red Madre Paranaense. Con la asistencia de 44 profesionales procedentes de 10 municipios pertenecientes a la zona cubierta por la 17 Regional del Salud del la siguiente manera: 10 gestores, 12 enfermeros y 22 médicos. Los significados revelaron las "razones por las que" experimentando la realidad como la "Red and Cuidado de Niños: Proceso de implementación" y "las peculiaridades del Cuidado de Niños" y los "motivos para" lo que puede esperar como las "expectativas relativas para la Atención Integral de la Infancia". Se puso de manifiesto que los profesionales

tienen como objetivo proporcionar una atención integral a los niños y sufrir a través de las barreras y dificultades presentes en el sistema de salud, así como por la gestión ineficaz y la educación profesional de la salud

Palabras claves: Atención Primaria de Salud; Cuidado del Niño; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Enfermería Pediátrica.

1 INTRODUÇÃO

No cenário das políticas públicas de atenção à saúde da criança, muitos avanços ocorreram, resultando em menores taxas de morbidade e mortalidade por doenças consideradas preveníveis, ao contrário da neonatal, que permanece como um dos maiores desafios a ser superado no país, reflexo da fragmentação entre os níveis de atenção à saúde. Assim, o Ministério da Saúde instituiu, em 2010, a Rede de Atenção à Saúde no intuito de favorecer a oferta de uma atenção contínua e integral mediante missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto, considerando três elementos essenciais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Não obstante, frente aos desafios da assistência materno-infantil para o decréscimo da mortalidade neonatal, a melhoria da saúde das gestantes, a redução da fragmentação da assistência nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação de um novo modelo em redes, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e o direito às crianças ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha foi incorporada em todo o território nacional de acordo com as individualidades e as diversidades de cada Estado. Assim, no Paraná, em 2012, a partir dos cinco componentes básicos desta Rede somados à experiência da Mãe Curitibana, que culminou na redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital de referência, implantou-se a Rede Mãe Paranaense (RMP) (PARANÁ, 2014). Todos os 399 municípios do Estado aderiram à RMP, viabilizando, em tempo adequado, o acesso aos hospitais de referência, conforme a estratificação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar e o seguimento nos serviços de referência e contrarreferência

para a puérpera e a criança (PARANÁ, 2014).

A inovação em Redes de assistência materno-infantil ainda é recente no país e foi estabelecida em um sistema de saúde complexo no qual as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são, muitas vezes, cercadas por incertezas e regras de alocações econômicas de recursos que não se aplicam. Mas a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informações dos gestores, que devem justificar suas escolhas à população (BROUSSELLE *et al.*, 2011). Pesquisas avaliativas têm sido realizadas em âmbito nacional com sucesso (ALVES *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2012), entre as quais a de Venâncio *et al.* (2013), que avaliaram a implementação da Rede Amamenta Brasil nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Tanaka (2011) salienta que se faz mais produtivo iniciar a avaliação na APS utilizando-se uma abordagem quantitativa, pois existem dados suficientes e disponíveis nos sistemas de informação, como o Datasus, entre outros, os quais focam no processo de atenção, retratando a produção de procedimentos. Por outro lado, o autor refere também que somente a análise quantitativa não se faz suficiente para a compreensão do fenômeno, o que possibilita resposta parcial à pergunta avaliativa, pois o resultado dos programas de saúde é o produto da interação entre usuário e a equipe de saúde.

Considerando que a abordagem qualitativa passa a ser considerada indispensável, permitindo entender com maior profundidade a dinâmica interna e, assim, apreender o significado dos diferentes aspectos dos programas de saúde (TANAKA, 2011), o presente estudo teve como objetivo compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado da criança na atenção primária de saúde após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como eixo orientador as premissas conceituais da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012) sendo: o mundo de vida, a intersubjetividade, o acervo de conhecimentos, a situação biográfica, a reciprocidade de perspectiva, a ação social e a tipificação de gestores (secretário ou diretor responsável pela área materno-infantil), enfermeiros e

médicos (ginecologista, pediatra e clínico geral) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Regional de Saúde (RS) constituída por 21 municípios, segunda maior em número populacional do Estado do Paraná, Brasil. Os depoimentos foram obtidos entre os meses de outubro de 2014 e fevereiro de 2015.

Na fenomenologia social, o mundo da vida é o cenário de interação humana em que a pessoa utiliza o conhecimento oriundo de suas vivências e transmite às pessoas que lhe antecedem e lhe sucedem. Cada um interpreta conforme a sua posição cultural e ideológica (situação biográfica – que permite aos sujeitos refletir e compreender suas ações e sua relação com o mundo). Assim, a intersubjetividade se torna a precondição da vida social e; a vivência, a fonte dos significados humanos. Mas estes últimos não são individuais, pois, à medida que são contextualizados na relação intersubjetiva, resultam em um sentido social, a exemplo, o cuidado da criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense (SCHÜTZ, 2012).

Na situação face a face, na presente pesquisa, entre os profissionais e o cuidado da criança, esta relação é permeada por interesses comuns apreendidos entre sujeitos, o que denomina-se reciprocidade de intenção, a qual se traduz em construções típicas de objetos de pensamento que revelam a apreensão destes e de seus aspectos conhecidos pelos sujeitos que se relacionam no mundo social. O sujeito atua nesse mundo por meio do conhecimento relacionado às vivências passadas e presentes (explicação posterior ao acontecimento), os “motivos porque” e; a atuação existencial que orienta a ação futura (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação), os “motivos para” (SCHÜTZ, 2012).

Mesmo considerando as diversas perspectivas – de gestores, enfermeiros e médicos –, originadas de diferentes situações biográficas, objetos reais ou potencialmente comuns são escolhidos e interpretados de maneira idêntica. Isso porque a objetivação dos significados é realizada por meio de um esquema conceitual, agrupando-se as informações do senso comum (a tipificação – que leva à compreensão do homem nas suas relações sociais), tais como a forma como se operacionalizam o cuidado da criança após a implementação da Rede na APS na Regional em estudo (SCHÜTZ, 2012).

Para obter o núcleo de elementos do fenômeno, foi possível realizar 44 entrevistas em 10 municípios da RS, sendo os entrevistados 10 gestores, 12 enfermeiros e 22 médicos (10 pediatras, sete ginecologistas e cinco clínicos gerais).

Devido ao porte de um dos municípios, mais profissionais foram entrevistados, buscando assim identificar as diferentes realidades. Os depoimentos foram encerrados mediante a convergência dos “motivos por que” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido no cuidado da criança após a implementação da Rede (SCHÜTZ, 2012). A idade dos sujeitos variou entre 25 e 65 anos; e o tempo de trabalho na APS, de cinco a 20 anos. Nem todos os gestores eram da área da saúde, alguns tinham formação em geografia e em contabilidade.

As entrevistas foram coletadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de mídia de áudio utilizando-se um questionário com perguntas semiestruturadas extraídas das matrizes propostas pela RMP, no intuito de responder às seguintes inquietações: a) Qual o conhecimento/entendimento dos gestores, médicos e enfermeiros sobre a RMP?; b) Houve capacitação dos profissionais para atuar na RMP?; c) como é realizado a assistência ao pré-natal no município?; d) O município utiliza a caderneta da gestante da RMP?; e) Como ocorre o processo de solicitação de exames para a gestante?; g) Como ocorre o retorno puérpera e a captação do recém-nascido?; h) Como é a realidade do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança?; i) Adotou-se a caderneta da criança da RMP?; j) Como ocorre o incentivo ao aleitamento materno; k) Como acontece a vinculação da gestante e da criança à atenção secundária e terciária?; l) Como são inseridos os dados nos Sistema de informação?; m) Houve cumprimento dos objetivos propostos pela RMP?; n) O que espera para o serviço, para os próprios profissionais, para a gestante e criança com a implantação da RMP?

Para a organização e a análise do material qualitativo, cumpriu-se os seguintes passos da Fenomenologia Social (CALDEIRA *et al.*, 2012; CARVALHO, MERIGHI, JESUS, 2010): 1º leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra para identificar e apreender o sentido global da ação social; 2º releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e aos “motivos para”; 3º agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas; 4º análise das categorias concretas para a compreensão da ação social; 5º constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e de “motivos para” expressos na análise das categorias concretas e; 6º discussão do

tipo vivido à luz da Fenomenologia Social e de outros referenciais relacionados à temática deste estudo.

A identificação dos participantes ocorreu conforme sua classe profissional, seguida por número arábico na ordem dos depoimentos, sendo: os gestores de saúde, letra Gn^o; os enfermeiros, En^o; e os médicos, Mn^o, e estes foram diferenciados por especialidade (Mn^o-Ped, para pediatra; Mn^o-GO, para ginecologista; e Mn^o-CG, para clínico geral). A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Diretoria da Regional de Saúde, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer n^o 544.107, CAAE: 26317614.8.1001.0107.

3 RESULTADOS

A tipificação dos gestores, enfermeiros e médicos que atuam na Rede Mãe Paranaense permitiu organizar e analisar os significados em categorias que compreendem a experiência vivida no passado e no presente, os “motivos por que”, que traduzem o conhecimento e a realidade da atuação cotidiana de cuidado à criança e a intencionalidade da ação, os “motivos para”.

3.1 VIVENCIANDO A REALIDADE DA REDE MÃE PARANAENSE “MOTIVOS PORQUE”

3.1.1 A REDE E O CUIDADO DA CRIANÇA: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

A compreensão dos profissionais gestores, enfermeiros e médicos sobre o novo modelo em redes, como a Mãe Paranaense, que inclui a assistência à criança, é que este teve como principal objetivo a diminuição dos indicadores de morbimortalidade e a organização dos serviços, possibilitando apoio aos municípios com menor infraestrutura, em especial para a assistência nos níveis secundário e terciário. Enquanto a implantação da Rede, para alguns municípios, foi de extrema importância, para outros, que já possuíam uma estrutura mais organizada e que já estavam trabalhando com a Rede Cegonha, não houve mudanças significativas.

[...] Quando a gente fala de RMP, pelo menos aqui, fica muito entrelaçado com a Rede Cegonha. Nós não tivemos aqui, digamos assim, que formalmente uma implantação. [...] a Rede Cegonha já vinha acontecendo desde junho de 2011, e a RMP foi um pouco depois. Então foi tudo muito junto [...]. Na assistência direta com o paciente, isso não teve grande

repercussão porque nós já tínhamos o histórico de muitas ações estabelecidas que continuaram. [...] Talvez teve alguma novidade em um ou outro exame, mas não muito. O RMP nesse sentido, não teve muito impacto [...], porque todas as premissas dele estão dentro da Rede Cegonha. [...] essas ações, no RMP, foi para recursos para os hospitais. [...] O objetivo era traçar uma linha de cuidado, da mulher e criança, desde a gestação até o primeiro ano de vida [...], para os municípios darem uma balizada, em relação a algumas práticas (G1).

[...] não sou nem obstetra nem pediatra, pra começo de conversa, então eu sou formado como clínico geral. Esse programa dá um suporte, principalmente no interior, sabe? Você pensa que é fácil fazer medicina no interior? Não é tão fácil como se presume, não. É complicado. Então esse programa faz com que a gente tenha uma retaguarda que auxilia [...], que tem os riscos [...], o habitual, o intermediário e o risco [...] (M10 - CG).

[...] O principal objetivo é redução de morbimortalidade materna e infantil. [...] Teve uma pactuação, em cima do que a Rede Cegonha do Ministério da Saúde trouxe, o Paraná resolveu fazer um recorte. Usando o protocolo e o programa da Mãe Curitibana, que era um programa de sucesso, e resolveram estender para o estado. [...] Teve muita dificuldade, até porque pra que você implante um programa dessa magnitude você tem que oferecer condições de trabalho, então não basta o gestor aceitar, ele tem que ter as referências. A rede materna-infantil tem que funcionar, se não, não tem como o sucesso do programa vir. [...] era uma coisa que não existia, então contrataram G.O., pediatra e essa equipe multiprofissional, ampliou o ambulatório, então, na parte do seguimento teve ampliação; nas unidades básicas, não [...] (M11 - Ped).

[...] RMP foi instituída, no início, como Mãe Curitibana [...]. Havia uma preocupação muito grande com três coisas [...]: primeiro lugar, morte materna; segundo lugar, problemas com o feto; e terceiro lugar, índice de cesárea elevadíssimo no Brasil inteiro (M16 - GO).

Embora haja compreensão dos profissionais sobre a RMP, ainda assim, para a sua implantação, alguns apontam que não participaram do processo de capacitação ou das oficinas. As iniciativas que ocorreram foram oriundas das necessidades do próprio município. Já para outros, no nível local, houve o treinamento em serviço para o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus), bem como a participação efetiva com representação de vários membros da equipe de saúde, que resultou em permanente discussão dos casos atendidos na unidade.

[...] Não participei de nenhum. Eu sei que houve [...]. Não foram multiplicadas, na verdade [...], e quando começou a ter o Centro Mãe Paranaense no ambulatório de Estimulação Precoce das crianças, teve uma capacitação aqui, mas essa eu sei que foi um acordo do Nasf, que coordenou essa ação, com a equipe da Mãe Paranaense, mas foi uma coisa do município [...] (E2).

[...] Teve. O primeiro encontro foi feito em Curitiba, da Rede Mãe Paranaense. Foi o Secretário de Saúde, foi o médico, eu e uma ACS. Então já teve dois, três encontros. Foi um em 2012, 2013 e este ano de 2014. Dois em Curitiba e um em Londrina [...]. Muito bem feito, muito bem elaborado. [...] foi feito a oficina do Apsus também, envolveu todo mundo. [...] eu acho que foi ótimo para repassar [...]. Vira e mexe, a gente senta pra discutir [...] encaminhamento de criança, quando encaminhar, quando é considerado de alto risco, risco intermediário [...] (E10).

[...] Apsus, sim. Na implantação da Rede Mãe Paranaense, sim. Teve teoria, mas muito pouco se mudou na prática, porque se você conversar com os profissionais que fizeram, eles nem lembram que teve esse curso. Então na prática mesmo, processo de trabalho pouco avançou (M11- Ped).

[...] Não, o Apsus eu fui convidada a participar na verdade em (outro município), porque eu também trabalho na rede, eu também não participei lá. Lá eles abrem menos espaço pra gente participar. Eles preferem que a gente atenda a agenda porque lá é muito lotado, entendeu? [...] (M22 - GO).

Mesmo que a capacitação dos profissionais tenha sido efetiva para a execução da Rede, o uso de novos instrumentos, como a inclusão da nova “caderneta da criança”, resultou em reprovação justificada pela divisão (duas em uma), uma parte de orientações e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e outra para o registro da vacinação. Pois, nem sempre a mãe conhece a necessidade de mantê-las juntas nas consultas, o que prejudica a avaliação, a execução e o registro.

[...] É horrível, carteirinha péssima. Pra começar eles desmembraram a carteirinha da criança e a carteirinha de vacina. Então a mãe pode perder [...]. A carteirinha de vacina não cabe as vacinas [...], tem muita campanha, não cabe [...], não tem nem data de nascimento na carteirinha de vacina [...]. Aquele anterior, que era um livro, era ótimo pra gente, tinha muita informação, as mães liam as informações, sinais de risco, desenvolvimento infantil, principalmente [...]. Então eu achei essa carteirinha muito, muito ruim. [...] (E2).

[...] Tá muito melhor. [...] aumentou os gráfico... Antigamente era só de peso e altura. Agora tem perímetro cefálico. Só não tem torácico. Poderia ter. E estatura e peso. [...] (E5).

[...] achei ruim. Primeiro porque eu acho um absurdo tirar uma carteirinha que tinha informação. E pra piorar, tiraram uma e fizeram duas [...] (M7 - Ped).

Nos depoimentos dos profissionais, os testes para triagem neonatal, cardíaca, visual e auditiva nos municípios eram institucionalizados antes da implantação da RMP. Mas, mesmo após, algumas crianças ainda recebem alta das

maternidades sem a realização do “teste do coraçãozinho” por falta de equipamento e de pediatra, enquanto outras são encaminhadas a outros serviços especializados.

[...] O “teste do coraçãozinho” não é feito no nosso hospital de referência. O “teste do olhinho”, eu vejo que alguns pediatras fazem, outros não. O “teste da orelhinha” é pro Iles [Instituto Londrinense de Educação de Surdos], em Londrina [...]. “teste do pezinho” agora eles não dão mais alta antes de 48 horas, eles esperam [...], isso aí pelo menos mudou [...] (E2).

[...] “exame do olhinho”, “coraçãozinho”, “pezinho”, [...] sim, quem faz sou eu (no hospital). A “orelhinha” nós mandamos pro Iles (M4 - Ped).

[...] ficou do mesmo jeito [...]. Antes era a gente que mandava o “teste da orelhinha” no Iles, agora ele já vem da maternidade agendado, o “teste da orelhinha” e o “teste do olhinho” já faz na maternidade. [...] já era pra ter chego nas maternidades o aparelhinho para fazer o “teste do coraçãozinho”, que toda Mãe Paranaense tem que ter, já vai sair da maternidade com o “teste do coraçãozinho” pronto (M10 - CG).

A estratificação de risco da criança, estabelecida pela RMP, incluiu o risco habitual (RH), o risco intermediário (RI) e o alto risco (AR), porém, no discurso do gestor, na organização das consultas na unidade de saúde, o AR está definido para o pediatra, devido a problemas biológicos. O RI para atendimento pelo enfermeiro, por ser risco social e a consulta médica não resolver a tais problemas e, a consulta para o RH, para o nível técnico. Alguns enfermeiros referem que o encaminhamento da criança após estratificar como RI só foi viabilizado a partir da solicitação de informações, pois até então não havia estabelecido a comunicação do fluxo, enquanto o AR para o pediatra, a referência estava definida.

[...] O alto risco normalmente é um risco biológico, então precisa de mais consulta no médico. [...] E o risco intermediário? É um risco muito mais social. Eu não vou resolver isso com consulta médica. Eu preciso da consulta do enfermeiro, que consegue ter uma visão um pouco mais ampliada, das condições de vida, nascimento [...]. Então, eu vou precisar de mais consultas da enfermeira aqui, nesse nível intermediário. Em que momento que isso vai entrar? E o risco habitual? Posso fazer uma divisão, aí, com o nível médio? [...] (G1).

[...] tem muitas que nem sabiam que podiam estar encaminhando criança, falta esse repasse de conhecimento pra gente [...]. Eu precisei para uma criança, que a mãe era usuária e adolescente [...], eu liguei na vila e a funcionária me falou: “manda para RMP”. Eu falei: “não, mas é bebê!”. Ela falou: “mas eles atendem bebê também, eles dão suporte para a puérpera e o bebê” [...]. Aí a gente começou encaminhar [...] (E12).

[...] Se nascer no HU, elas acompanham por lá. [...] alto risco, prematuro [...], se está na faixa etária que o HU não pega, eu mando para o Mãe Paranaense, os prematuros, 20 a 30, 35 semanas [...] (M6- Ped).

3.1.2 AS PECULIARIDADES DO CUIDADO DA CRIANÇA

O cuidado da criança, nos discursos dos profissionais, após o nascimento e a alta das maternidades é sistemático em alguns municípios, sendo que os hospitais fazem a referência de todos os recém-nascidos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, posteriormente, a Declaração de Nascido Vivo é encaminhada.

A partir desta referência, desencadeia-se a organização da equipe para a visita domiciliária (VD), logo na primeira semana de vida, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pelo enfermeiro, para avaliar as condições de saúde da díade - mãe e criança, estratificar o risco e agendar as consultas e a vacinação. Ao contrário, em outros municípios, gestores e enfermeiros revelam contrassenso sobre a importância da primeira VD. Para alguns, ela é considerada desnecessária, por incomodar a mãe e a criança e, para outros, é prioridade, mas nem sempre a captação é precoce devido à grande demanda de atendimentos na unidade, retardando o acompanhamento preconizado pela Rede.

[...] tem uma auxiliar aqui da vigilância que passa no hospital diariamente, pega o nome da gestante internada e liga na unidade. [...] Mas quem nascia em outro município a gente só ficava sabendo quando chegasse a Declaração de Nascido-vivo. [...] agora tem um e-mail que o hospital já digita quem nasce [...]. Isso foi tudo via regional, que foi viabilizando. [...] E a menina daqui já liga para as unidades todos os dias que chegam e-mail. [...] primeira visita? É pra ser a enfermeira, quando ela não pode ela manda o técnico da ESF [...], se não conseguir até o quinto é o mais rápido que conseguir. [...] vai até a Técnica de Higiene Dentária fazer a visita, está no protocolo da odontologia. Eles falam de aleitamento [...], eles têm que captar a criança. Pra clínica de bebê [...], eles vão logo nos primeiros dias [...]. Só que não tem aquela obrigatoriedade de ser até o sétimo dia, o quinto dia [...] (G2).

[...] Eu sei que eu estou um pouco falha com essa primeira VD (visita domiciliar). [...] normalmente, tem que ser feita até sete dias. [...] na realidade, até cinco dias depois. [...] particularmente, eu sou contra. [...] eu sei que os primeiros cinco dias é um transtorno pra mãe sozinha. Ela tá passando por uma adaptação com essa criança. [...] ultimamente, tá sendo mais o ACS. [...] faz uma primeira avaliação. Quando não, faz essa avaliação quando eles vêm na unidade pra fazer a BCG (G6).

[...] *Ah, aqui é muito pequeno? Não tem como não ficar sabendo [risos]. [...] Ela chegando, no outro dia, no máximo, elas já estão chegando lá. A enfermeira juntamente com as ACS (G9).*

[...] *Geralmente mais tarde, com 10, 15 dias, ou até mais tardio que isso. O ideal é na primeira semana, a gente não consegue fazer. [...] mais é o pessoal da residência mesmo, que tem ido e tem atendido [...] (E1).*

[...] *a gente tenta priorizar a visita domiciliar [...]. acho que com sete, dez [dias]. [...] de uns oito meses pra cá a gente está meio “engolida” pelas agendas dentro da Unidade. [...] a gente está saindo pouco, mas quando a gente sai, tenta priorizar a visita. [...] algumas eu deleguei pra técnica. Às vezes nem dá tempo. Elas ganham, por exemplo, quinta-feira, segunda elas estão aqui fazendo BCG. [...] a gente avalia, marca puericultura pra terça ou pra quarta, que são os dias de puericultura, e depois, se houver necessidade, a gente faz a visita (E2).*

A estratificação de risco está sendo realizada na quase totalidade pelos enfermeiros das unidades e poucos médicos realizam e anotam a estratificação nas consultas.

[...] *Quem estratifica o risco? O pediatra e a enfermeira também, em cada consulta, e quando é o auxiliar, ele estratifica. Porque daí se tiver alguma intercorrência ele vai [passa o caso], e o enfermeiro ou o médico vai estratificar [...] (G3).*

[...] *Então quem estratifica risco de criança, totalmente, é a gente [enfermeira] (E2).*

[...] *Estratificação? Não. Eu não faço. [...] Aliás, a gente não anota muita coisa como médico. [...] A gente não criou o hábito de escrever muito. [...] Quando é a gente que vai acompanhar, daí que a gente não põe mesmo [...]. A gente não imagina que um dia a gente não vai estar aqui [...] (M2 - Ped).*

[...] *estratificação de risco? [pausa longa] Eu sei o que, mas eu não sei se as enfermeiras fazem isso. (M6 - Ped).*

Alguns municípios se articulam para realizar um acompanhamento sistemático e multiprofissional da criança estratificada para o AR, por meio da VD e atendimento ambulatorial de referência da RMP. Entretanto, as consultas odontológicas são menos referenciadas pela própria equipe das unidades, desfavorecendo o acesso às ações de prevenção e de promoção da saúde bucal.

[...] *aqui a gente tem um projeto [...], a profissional que mexe com as DN é responsável pelo projeto [...]. Ele existe desde 92 [...]. Todas crianças que nascem com Apgar baixo [...], pela DN, elas identificam e marcam uma*

reunião dentro da Secretaria de Saúde e fazem visita domiciliar. E nessa reunião elas fazem orientações e, se vê que a criança, por exemplo, foi prematuro, se precisa de algum acompanhamento de fisioterapia, elas já agendam fisioterapia. [...] dependendo do risco, ela já faz o encaminhamento para o Estimulação Precoce, lá no ambulatório. Essas crianças a gente também acompanha na UBS. Então, de alguma forma ou de outra, principalmente as de risco, se a UBS perde, tem esse projeto que está acompanhando também [...] (E2).

[...] todas as crianças deveriam passar pela odontologia, mas aqui eu acho que não é feito, não. [...] Eu peço pra mãe procurar, eu não dou um papel. Mas peço pra passar com dentista, eu tento passar a orientação, mas elas vão por demanda delas. Não tem um fluxograma assim certinho (M6 - Ped).

No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança existem várias realidades de atendimento, nos diferentes municípios. Em alguns, a puericultura ainda é realizada 100% pelo pediatra. Frequentemente, o enfermeiro realiza a primeira puericultura e o técnico de enfermagem fica responsável pelas subsequentes, encaminhando apenas as intercorrências ao pediatra. Somente em um dos municípios do estudo a consulta de puericultura é realizada 100% pelo enfermeiro, e em dois é executada em grupo com o pediatra.

Também se evidencia, nos discursos dos profissionais, que muitas vezes as consultas das crianças de AR são prioritariamente para o pediatra. Em outras unidades, as consultas se intercalam entre pediatra e enfermeiros algumas, dependendo do risco, são exclusivas do enfermeiro. Há também municípios em que o enfermeiro realiza a primeira consulta e as subsequentes são de responsabilidade do técnico de enfermagem.

[...] aqui a puericultura é realizada pelo nível médio. [...] em 2013, nós começamos um projeto piloto em 15 unidades, realização da puericultura somente por médicos e enfermeiros. Hoje, o que a gente tem em termos de puericultura uma adesão muito baixa. Tá em torno de 40%. Então alguma coisa tá acontecendo. Então não adianta só a gente falar que “estamos fazendo puericultura”, embora a criança esteja vindo mensalmente ou bimestral, se não temos tido muita adesão. Ou se há muita falha [...] (G1).

[...] a gente tem um pediatra que faz, uma vez por semana, uma palestra para as mães de recém-nascidos e faz a primeira consulta dele. Então ela já sai do hospital com um bilhetezinho de na próxima sexta ela aparecer no posto central, que daí é centralizado. Ele fez a palestra e na sequência faz a primeira consulta. Aquelas que não comparecem saem orientadas a fazerem revisão puerperal, já agenda também a consulta com o pediatra. [...] O pediatra faz a primeira; e as subsequentes, as auxiliares de enfermagem juntamente com a enfermeira. Elas intercalam. [...], mesmo o auxiliar fazendo a puericultura, quando nota qualquer problema, já passa com o pediatra [...] (G3).

[...] [puericultura] é mais pela enfermeira. Ela é acompanhada pelo pediatra e pela enfermeira, dependendo da estratificação de risco da criança. No risco habitual, a criança fica só com a enfermeira. Ela passa por uma primeira consulta com a pediatra, até mesmo pra fazer o teste do olhinho. [...] a pediatra fica só aqui nessa unidade, mas aí ela atende o município inteiro. [...] O intermediário, o que dá, a gente vai remanejando agenda, se ela vê que precisa [...], algumas crianças ela faz o acompanhamento mensal, vendo a necessidade, ela encaminha [...] (G6).

[...] puericultura a gente tem uma ótima adesão [...]. Só enfermeiro que faz puericultura, por causa da orientação. Até dois anos. [...] Nossa pediatra [...] realiza [puericultura] com aquelas mães que querem fazer com ela. Ela faz consulta normal, só. Ou tem alguma criança, por exemplo, que ela acha necessário pedir retornos mensais, ela pede, mas do mais estão com a gente [...] (E2).

[...] Eu tento fazer tudo o mais certo possível [risos]. Não atendo uma demanda muito grande pra ser completo pra colocar no gráfico, essas coisas de puericultura. Pra tentar acompanhar os prematuros mensalmente, a gente faz o que dá. [...] nos primeiros sete dias, as meninas já tentam marcar o pediatra, pra fazer o teste do olhinho, pra fazer as primeiras orientações. Eu tento fazer nos primeiros dias. Elas chegam aqui com sete dias. [...] Então a puericultura de rotina fica mais com a enfermeira, prematuro não, eu tento marcar todo mês. O certo seria puericultura passa com enfermeiro, passa comigo. Mas aqui, o fluxo é muito grande [...] (M6 - Ped).

A despeito dos profissionais revelarem que as consultas de puericultura estejam sendo realizadas de forma sistemática, a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) ainda é um desafio. Em alguns municípios, a orientação e o incentivo ao aleitamento materno (AM) ocorrem no pré-natal e na maternidade. Já em outros, a mãe é orientada nas consultas de puericultura pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem, mas encontram dificuldades, pois elas recebem fórmula infantil do município ou compram nas farmácias sem prescrição médica, ou então o próprio pediatra não avalia as condições para o AME e prescreve o leite artificial. Há também pediatras que são contra o aleitamento materno e introduzem alimentos aos dois meses de vida da criança. Tais condutas estão desfavorecendo a prevalência do aleitamento materno nas unidades.

[...] não é muito alto não [...], a maioria ainda fica com no mínimo seis meses com aleitamento [...]. Existe uma procura muito grande pela lata, pelo leite artificial [...]. O nosso setor de regulação já está providenciando o fluxo só para retirada de fórmulas infantis, porque aumentou muito a nossa demanda [...], onde a gente falou assim, “olha, a gente precisa intervir de alguma forma” [...] (G4).

[...] os técnicos sempre orientam aleitamento materno exclusivo. Ninguém é contra, fora a pediatra. A nossa pediatra é contra o aleitamento materno, e

ela não tem vergonha de falar. Aí ela indica fórmula, fruta com dois meses. [...] É um absurdo isso [...]. Quando elas têm que trabalhar, a gente vê bastante que elas não têm esse pique de tirar leite, congelar, guardar. As empresas não facilitam. Mas as que ficam em casa conseguem cinco meses [...] (E2).

[...] a gente incentiva, durante o pré-natal [...]. Na primeira consulta, a gente já começa a falar, nos grupos de gestante, mesmo que a gente tenha temas diferentes, a gente está sempre estimulando [...], aquelas que participam do grupo dão menos problema [...] (E4).

[...] No hospital, nós temos bastante incentivo, e eu percebo que quanto mais velha a mãe, mais insegura [...]. Elas compram fórmula na farmácia. [...] Quando ela chega com a queixa na unidade, normalmente elas não vão para o GO, vão para o pediatra porque o bebê tá passando fome. Então se ele vê resistência, mesmo que a mãe esteja produzindo, ele prescreve fórmula, porque viu que não vai ter jeito com o complemento. [...] a gente não gosta disso, é em último caso [...] (E5).

Quanto à organização da referência e da contrarreferência na RMP, apreendeu-se, nos discursos dos profissionais, que quando a criança é avaliada e há a necessidade de vinculação com outros serviços, além da unidade de saúde, o acesso é considerado difícil. Alguns pediatras muitas vezes não realizam o encaminhamento do RI devido à demora em iniciar o acompanhamento especializado. Já para o AR, a vinculação ambulatorial é muitas vezes impossível, pois faltam diversos especialistas e a fila de espera pode chegar a um ano. Entretanto, quando as crianças são nascidas no Hospital Universitário, elas permanecem vinculadas e não há dificuldade para encaminhamentos. Por outro lado, a falta de conhecimento da equipe quanto ao fluxo da vinculação na RMP limitou os encaminhamentos.

[...] aquelas crianças que nascem lá no Hospital Universitário, se saí de lá com o “retorninho”, já tem o elo. Mas as que não, quando há necessidade de especialista, tá um pouco falho. [...] se tem alguma complicação, a gente já tem uma certa dificuldade de estar encaminhando. [...] ela tem facilidade se precisa de terapia ocupacional, aí é mais fácil. [...] O intermediário, o que dá, a gente vai remanejando agenda. [...] Ela, vendo a necessidade, ela encaminha. E fica no aguardo desse encaminhamento (G6).

[...] se por acaso no agendamento não conseguirmos tempo hábil, a secretaria paga a neuropediatra, a consulta [...]. Mas acontece. Aqui é muito bem estruturado [...] (G7).

[...] a Rede Mãe Paranaense agora que a gente começou a usar mais, em questão dos recém-nascidos, porque a gente não tinha conhecimento a respeito [...] (E12).

[...] se for de alto risco, alguma coisa que está tendo alteração hemodinâmica, a gente mesmo manda para o hospital, e do hospital a gente faz um link. Agora o resto é um desastre. Inclusive quando chega alguma criança aqui icterica, que eu preciso de exame de bilirrubina, esse exame demora dois, três, quatro dias. [...] Então, você acaba mandando para o hospital pra fazer exame, sobrecarregando o hospital com uma coisa que tinha que fazer aqui. [...] O Ambulatório ele tem um arcabouço muito bom, mas tem poucos profissionais, porque paga mal, neuropediatra, que é uma coisa importantíssima. A consulta é marcada a perder de vista. Essas coisas têm que melhorar (M4 - Ped).

[...] É muito burocrático esse processo de encaminhamento, muito demorado. Se acontece intercorrência, o programa não consegue absorver tudo. [...] eu acho que precisa ter mais profissionais lá na referência, demora muito até chegar lá, seis meses até um ano, endócrino principalmente. Eu falo para a mãe, se tem condições, eu falo pra ir particular [...] (M9 - CG).

[...] Não tem o feedback, não tem contrarreferência. [...] Ela não chega! [...] anotação em carteirinha? [...] na caderneta não vem, manter acompanhamento ou solicito que encaminhe. [...] o HC, a contrarreferência só vem quando essa criança recebe alta de lá. [...] Pedi exames lá, a mãe não fala que tem exames, não mostra, aí colhe de novo, então vamos à repetição (M11- Ped).

3.2 EXPECTATIVAS REFERENTES AO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA “MOTIVOS PARA”

Os depoimentos dos profissionais apontam que o cuidado da criança na Rede pode ter avançado, mas não única e exclusivamente após a sua implementação, pois antes se iniciou a Rede Cegonha. Mesmo antes das redes, os municípios já desenvolviam ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do desenvolvimento infantil nas unidades, no intuito de reduzir a mortalidade infantil. Por outro lado, a RMP implementou alguns fluxos que possibilitaram apoio aos pequenos municípios os quais não possuem recursos especializados, embora ainda há que se avançar neste aspecto, devido às inúmeras fragilidades, para efetivamente garantir o atendimento integral e a tempo oportuno.

[...] de modo geral, eu questiono muito se a melhora é por conta das nossas ações de saúde ou por causa da melhora das condições de vida da população. É claro, quando você detecta precocemente, visita precocemente essa mãe, essa criança que sai do hospital, você tem uma grande chance de pegar muitas das complicações. [...] a gente chegou num ponto que, para melhorar os índices, ou a gente melhora muito com relação às nossas ações em saúde ou a situação da população que deve melhorar. Quando você consegue diminuir a mortalidade infantil para um dígito, como a gente conseguiu, então é muito pouco que a gente vai conseguir diminuir a partir daí, só com as ações em saúde. [...] esse número tem sido melhorado a cada ano, se foi impacto da RMP, Rede Cegonha, acho que tudo isso acaba sendo uma somatória. Não dá pra dizer que é só uma coisa [...] (G1).

[...] Eu espero que melhore, que ofereça mais serviços, que a gente possa discutir mais os casos [...] principalmente as gravidez não planejada, muita rejeição, que não quer o bebê, e muita gravidez na adolescência. Então são casos que a gente tem que discutir mais, melhorar o planejamento familiar, muita gente não quer e também não faz o planejamento né, que se planeja né (E1).

[...] eu espero que elas tenham um atendimento humanizado e profissional, que elas se sintam seguras [...] tanto a gravidez quanto no parto [...] com profissionais capacitados e que depois essa criança, depois de ter nascido, continue tendo um atendimento com um profissional capacitado (M3- Ped).

[...] primeiro que a contrarreferência, se viesse, me ajudaria bastante. Porque é outro subsídio que eu teria. É um especialista que está sugerindo ou fazendo isso, eu acho que a contrarreferência é boa [...], eu acho que a gente precisaria [...] de tempo [...], eu preciso de uma programação, um planejamento, eu preciso reunir com a minha própria equipe [...], eu preciso e não consigo! [...] a gente conseguiria melhorar até a qualidade, dispensar uma atenção maior, um tempo maior, enfim, um planejamento melhor [...] (M10 - CG).

[...] cabe também aos gestores do município implantarem o que a RMP preconiza [...]. se preconiza os exames, tem que implantar [...]. agora, se não implanta, não é culpa da RMP, é culpa do gestor, que não implantou [...]. eu tenho que cobrar é da minha Secretaria de Saúde, se você não tem dinheiro pra cobrar isso, cobre do prefeito, se o prefeito não puder, cobre do governador, se ele não puder, aí eu acho que para por aí [...] (M19- GO).

Alguns profissionais referem que, embora tenha havido alguns avanços com a RMP, ainda é necessário definir protocolos e garantir recursos materiais e humanos na atenção primária, devido à complexidade de programas que precisam dar conta, não conseguindo se dedicar apenas a um grupo populacional da sua área de abrangência. No entanto, o discurso do pediatra aponta que aumentou a oferta de consultas para esta especialidade, mas nem sempre são utilizadas pelas mães para consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e, sim, para situações nas quais esta é acometida por algum agravo.

[...] eu senti muita falta da gente ter um protocolo nosso. Um protocolo paranaense. E eu sei que esse protocolo tá no forno pra sair, baseado na linha guia. Só que ele não foi terminado por troca de gestores. [...] Então, com base nisso, eu desisti de esperar pelo estado, e a gente tá mexendo no nosso mesmo (G1).

[...] a gente não faz só a assistência à criança. [...] a gente ainda não consegue ter resolutividade porque ainda falta estrutura física, falta recurso material e recurso humano. [...] a gente nunca tem o respaldo que a gente precisa ter. O foco maior da gestão normalmente é urgência e emergência, é especialidade, e a atenção primária fica por isso mesmo. [...] são coisas

simples, eu não ter um “estetoscópio” [...], instrumentais básicos do nosso dia a dia [...], recursos materiais, que eu acho que não veio nada (E11).

[...] facilitou o atendimento ofertando mais consultas pelo RMP, mais especificamente de pediatria. Que eu acho que esse é o principal. [...] gostaria que tivesse um sistema de puericultura, onde o paciente não precisasse vir de madrugada na hora da consulta. Que conseguisse agendar todas as consultas. Pelo menos de puericultura. [...] porque, quando tá doente, a mãe faz qualquer coisa [...]. Na hora que a criança tá saudável que é mais importante, que é a puericultura, a criança acaba não vindo [...]. (M7 - Ped).

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, nos discursos dos profissionais, deve ser garantido desde a gestação. Entretanto, a consulta na unidade de saúde é centrada no médico, mesmo que não haja agenda disponível. Para o atendimento sistemático com ações de prevenção e de promoção da saúde, as consultas devem ser intercaladas entre o pediatra e o enfermeiro. Para tanto, é necessário reorganizar o “programa” e o processo de trabalho dos profissionais da equipe.

[...] eu acho assim, a puericultura hoje está ainda muito centralizada no médico. [...] a puericultura não é a queixa, é justamente o preventivo [...]. Então, se ele vier só quando tiver uma queixa, que passa aí seis meses, muito bem! e começa a ter só quando vai entrar na escolinha, começam as primeiras coisinhas. Mas aí, o cognitivo e o psíquico já rolou muita coisa [...]. (G4).

[...] eu gostaria que tivesse um sistema de puericultura, onde o paciente não precisasse vir de madrugada na hora da consulta. Que conseguisse agendar todas as consultas. Pelo menos de puericultura. Hoje, ainda não estão conseguindo fazer isso (M7 – Ped).

[...] eu acredito que a rede mãe paranaense tem que trazer um conforto e dar uma estabilidade e segurança para a criança, para a gestante e pro recém-nascido que da para evitar vulnerabilidade social e as dificuldades que se enfrenta no início de gestação, durante a gestação e no pós parto, tanto para a mãe quanto para a criança (M9- CG).

Além da necessidade de reorganização do “programa” da criança e do processo de trabalho dos profissionais, é evidenciado nos depoimentos dos gestores, enfermeiros e médicos que a educação permanente em saúde poderá favorecer ajustes dos pontos nevrálgicos da assistência na atenção primária, pois os pequenos municípios ainda não conseguem o apoio necessário para as capacitações, bem como a adesão de pediatras à Linha Guia, justificada pela

sobrecarga de demanda para as especialidades (pediatras e ginecologistas), que não conseguem promover saúde materno-infantil e, conseqüentemente, não atingem a qualidade almejada.

[...] manter uma educação permanente, continuada [...] nos municípios um pouquinho menores, que não têm um setor de educação permanente e continuada, é mais complicado do que em outros lugares. [...] se ainda houvesse uma forma de apoio, reciclagens [...] (G4).

[...] Eu gostaria que tivesse um pouco mais de conscientização e capacitação dos profissionais sabe?! [...] Dessa última vez teve uma reunião do Mãe Paranaense, que ela falou de alguma coisa de exames, mas ela falou bastante da estrutura né, dos fluxos. E aí a gente viu que muita coisa não estava acontecendo [...] eu vejo que poderia ter um serviço mais humanizado e eu acho que falta humanização (E2).

[...] falta muita coisa que ainda tá no papel [...]. Às vezes a realidade acaba mudando um pouco [...]. Muitos médicos não gostam de seguir uma linha guia. Eles gostam de seguir as condutas deles. E às vezes dá um pepino, e aí? Onde está o respaldado? [...] falta mais capacitação geral pra equipe, médico, equipe [...] tem as nossas oficinas. Mas tem período que a gente fica sem fazer [...]. Porque eu estou com pouco profissional [...] (E4).

[...] que a gente possa realizar um atendimento com mais calma, orientar melhor, falar mais sobre amamentação, tratar melhor o paciente. Porque quando você sabe que tem que atender 20 gestantes em duas horas, você já chega estressada no lugar, você não vai fazer um atendimento de qualidade. [...] A gente espera um atendimento com mais humanização (M22 - GO).

4 DISCUSSÃO

O cuidado da criança na nova concepção de Rede, como a Mãe Paranaense, para os gestores, enfermeiros e médicos, no contexto das experiências vividas no mundo social (motivos porque), revelou o típico da ação do cuidar (SCHÜTZ, 2012), tanto nas diferentes concepções como nas considerações quanto às especificidades deste grupo etário. O típico desta ação se constituiu da síntese objetiva dos significados da ação estabelecida a partir das relações intersubjetivas, que devem ser valorizadas nos diversos contextos, tais como: o reconhecimento da pessoa considerando o acervo de conhecimentos e as experiências adquiridas ao longo da vida, bem como a situação biográfica em que se encontra no momento do cuidado e, por conseguinte, permite ao profissional lançar um olhar ampliado sobre o cuidar, alicerçado na vida do sujeito e reconhecendo o contexto social no qual está inserido (SCHÜTZ, 2012).

As experiências vivenciadas pelos profissionais deste estudo desvelou que a realidade do processo de implantação/implementação da RMP não foi homogêneo para todas as equipes de saúde dos municípios, entretanto, a construção do conhecimento em redes estava sendo realizada. Desde 2011, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná apresentou várias iniciativas, como o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus), o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (Comsus) e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná (Hospsus), no intuito de capacitar multiplicadores e, conforme a realidade local, os profissionais deveriam adequar e transmitir no nível local (PARANÁ, 2014).

O desafio da educação permanente como processo participativo é fundamental não somente para uma transmissão cultural, mas também pela possibilidade de uma transformação social (CASTRO *et al.*, 2012). Mas, para a construção de novos modelos de atenção integral que priorizem a promoção de saúde e a prevenção de agravos, utilizando a educação em saúde de forma participativa e dialogada, é necessário um processo de formação profissional, a reflexão sobre as suas práticas, bem como das suas concepções de vida ou mundo da vida que serão reproduzidas no ambiente de trabalho.

A transformação social considera o mundo da vida, que é o cenário de interação humana em que a pessoa utiliza o seus conhecimentos prévios, os quais são transmitidos aos seus pares que lhes antecedem e sucedem, dando assim significação às suas experiências (AZEVEDO, 2011; SCHÜTZ, 2012). Portanto, reelaborar os conhecimentos, multiplicá-los e retroalimentá-los em prol do mesmo objetivo em comum, o cuidado da criança, favorecerá a qualificação de uma assistência integralizadora. Contudo, é um desafio para os profissionais deste estudo operacionalizarem este cuidado no serviço de atenção primária de saúde, pois, além da falta de uniformização no processo de capacitação sobre a rede, também os instrumentos definidos, como a “caderneta da criança”, não favoreceram o cotidiano de trabalho.

Com relação à Carteira de Saúde da Criança (CSC), uma revisão de literatura sobre a integralidade em publicações que abordavam a saúde da criança evidenciou que era uma constante a precária utilização deste instrumento, sendo reforçada pelos autores a necessidade de se investir na organização dos serviços e

na formação e capacitação dos profissionais, uma vez que o preenchimento correto é essencial para garantir a integralidade na atenção à saúde deste grupo etário (CURSINO; FUGIMORI, 2012). Outro estudo aponta os principais fatores que dificultam a utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde, sendo eles: a ausência de capacitação para o seu uso correto; o tempo insuficiente; a indisponibilidade da carteira no serviço de saúde; a não utilização por todos os membros da equipe de saúde e; a desvalorização e desconhecimento das mães/famílias (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012). Tais evidências também são apontadas nos depoimentos dos profissionais deste estudo, além da peculiaridade da mudança da estrutura, que antes era um só e depois passou a ser dois documentos.

No que se refere aos exames de triagem neonatal, a reorganização da Rede foi fundamental para que após o nascimento todas as crianças tivessem acesso, antes limitado ao Teste do Pezinho, mas, a partir de 2011, ampliado para a triagem auditiva (Teste da Orelhinha), triagem ocular (Teste do Olhinho) e triagem cardíaca (Teste do Coraçõzinho) (BRASIL, 2013b; PARANÁ, 2014). Entretanto, passados três anos da implantação da RMP, os depoimentos dos profissionais dos municípios pesquisados revelam que a demora ainda é um fator que dificulta a triagem auditiva, por estar centralizada em um único município da Regional e a triagem cardíaca muitas vezes deixa de ser realizada pela falta de equipamento na maternidade, inviabilizando o cumprimento das diretrizes ministeriais.

Além da dificuldade em executar o cuidado da criança no que se refere à CSC e ao acesso integral aos exames de triagem após o nascimento, evidencia-se nos discursos dos gestores, enfermeiros e médicos que a reorganização dos serviços para implementar a estratificação de risco ainda não está bem estabelecida, tanto do ponto de vista de gestores como de enfermeiros e médicos, demonstrando a fragilidade do processo de implantação e no acompanhamento da execução das diretrizes programáticas nacional e estadual (PARANÁ, 2014).

Embora a Rede Cegonha estabeleça duas formas de estratificação de risco (RH e AR), a RMP, além destes, implementou o risco intermediário (RI), passando a utilizar as três classificações. O RI é referente às crianças que não apresentam condições ou patologias que evidenciam risco algum, mas que são filhos de mães que apresentam fatores relacionados às características individuais,

como raça e/ou etnia (negras e indígenas), idade materna (≤ 20 e ≥ 40 anos), baixo grau de escolaridade, mãe com pelo menos um filho morto em gestação anterior e mães que tiveram pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores. Já o AR diz respeito a prematuros, Apgar <7 no 5º minuto, baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento/desenvolvimento inadequado ou presença de doenças de transmissão vertical e triagem neonatal positiva (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2014).

A estratificação de risco da criança deve ser realizada durante o pré-natal, o parto e ao nascer. Esta informação deve ser registrada no cartão da gestante e transferida para a CSC, bem como os profissionais da maternidade devem referenciar a díade mãe-filho para a Unidade de Saúde. Neste sentido, nos discursos dos gestores, enfermeiros e médicos, foi possível apreender que muitos municípios estão articulados para tornar factível a referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, integrando os diferentes níveis de assistência puerperal e ao recém-nascido, atender às normativas das redes e realizar o acompanhamento precoce utilizando como ferramenta a visita domiciliária.

A VD, segundo a linha guia da RMP, deve ser realizada até o quinto dia após o nascimento, no intuito de reduzir agravos puerperais e neonatais. No entanto, um estudo que analisou o processo de assistência dispensada aos recém-nascidos de risco identificou que quase 83% deles não receberam nenhuma visita domiciliária (MELO; UCHIMURA, 2011). Nos discursos dos profissionais, apreendeu-se também que em alguns municípios a VD ainda não está sistematizada, inviabilizando o cumprimento da Linha Guia da Rede. Vale ressaltar que a visita proporciona que a equipe de saúde tenha maior contato com a díade mãe-filho, identificando dúvidas, oferecendo orientações sobre os cuidados básicos da puérpera e do recém-nascido, realizando o manejo e estimulando a prática do AME, mantendo o calendário vacinal em dia e agendando as próximas consultas com a equipe de saúde (enfermeiro, médico e dentista) na Unidade de Saúde. Assim, não se pode menosprezar ou subutilizar este primeiro contato após a alta da maternidade.

Uma das ações de fundamental importância na consulta da criança é o incentivo ao AME, embora os depoimentos dos profissionais neste estudo apontem para a baixa efetividade desta ação em seus municípios, tal qual evidenciada em outra pesquisa, que identificaram baixa prevalência (38,8%) no estado, mas similar à do país (41%), verificou também que as intervenções

educativas de promoção e apoio ao AM melhoram significativamente os indicadores nos últimos anos, que antes eram muito menores (BRANDÃO; VENANCIO; GIUGLIANI, 2015; BRASIL, 2013a). Outra ação fundamental que deve ser iniciada no pré-natal e tão logo ao nascimento é a consulta odontológica, porém, esta assistência é subutilizada nos serviços de saúde ou nem é referenciada pelos próprios membros da equipe da mesma unidade, revelando a fragilidade do cuidado multiprofissional (PRESTES *et al.*, 2013).

O segmento da criança na APS, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (puericultura), é um dos pilares da assistência com base na promoção da saúde e prevenção de agravos, desde que apoiada por inúmeras evidências científicas, as quais devem guiar o profissional neste cuidado. Apesar de hoje entender-se que saúde não é somente a ausência de doenças, muitas crianças ainda são levadas para a avaliação somente quando há alguma doença, ficando a assistência centrada no médico. Este dado se confirma no estudo que buscou identificar os motivos pelos quais os pais não comparecem nas consultas de puericultura, entre eles estão: considerá-las desnecessárias; insatisfação com o serviço e; impossibilidade devido ao emprego (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

Muitas vezes, a falta de resolubilidade pelo não segmento da criança na APS pode influenciar negativamente no processo de saúde-doença deste grupo etário e aumentar os índices de morbidade e de mortalidade no município. Propostas como a puericultura em grupo, além das consultas individuais, devem ser exploradas para sanar a limitação da resolatividade e do acesso, bem como otimizar profissionais e a demanda da unidade, pois, sendo a APS a porta de entrada do sistema de saúde, o acesso deve ser facilitado (LUQUE *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014). Mas os discursos dos profissionais deste estudo revelam que, embora haja a captação precoce dos recém-nascidos em alguns municípios e encaminhamentos a tempo oportuno por meio da estratificação, ainda assim a consulta da criança (puericultura) que é privativa do enfermeiro e do médico tem sido delegada ao auxiliar/técnico de enfermagem. Ainda, dependendo do risco, em outras cidades, há o consenso de um atendimento intercalado entre pediatra e enfermeiro, otimizando os profissionais e buscando prover a qualidade do cuidado, como sugerem as diretrizes da Rede.

Se a integralidade da assistência à criança, diferentemente do risco, não tem sido uma prática cotidiana nos serviços da atenção primária, espera-se que, no mínimo, aquelas consideradas de risco sejam priorizadas e referenciadas nos diferentes níveis de atenção. Entretanto, uma pesquisa de Luque *et al.* (2011) mostrou que somente 28% das crianças de risco no município de Botucatu-SP eram atendidas rotineiramente na rede básica de saúde, evidenciando a quebra do acompanhamento sistemático e integral. Outro estudo realizado em Maringá, Noroeste do Paraná, evidenciou que quando não há dificuldade de acesso a serviços especializados para o AR uma outra barreira comumente identificada é a falta de orientações e da contrarreferência, desfavorecendo a assistência à criança (MELO; UCHIMURA, 2011).

Frente à assistência ao crescimento e desenvolvimento da criança, ações simples por parte dos próprios profissionais – como o preenchimento adequado da CSC, o segmento adequado com consultas sistematizadas e o funcionamento da referência e da contrarreferência – são consideradas atributos facilitadores para a qualidade do cuidado, mas ainda não estão sendo operacionalizados no cotidiano dos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2011). Algumas pesquisas identificaram que outros atributos também são necessários, como o adequado conhecimento sobre o desenvolvimento infantil nas suas diferentes peculiaridades. No entanto, identificou-se um grau insatisfatório de conhecimento dos profissionais da APS sobre a temática e sua respectiva assistência, mas quando houve educação continuada no serviço, apontaram que houve aumento da qualidade da atenção à saúde da criança (CASTRO *et al.*, 2012; REICHERT *et al.*, 2012; RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2010). Tais resultados também foram identificados nos depoimentos dos gestores, enfermeiros e médicos do presente estudo, esperando-se que sejam solucionados (motivos para).

A relação intersubjetiva dos profissionais com o mundo complexo de cuidado na atenção primária de saúde revela que cada classe profissional interpreta e atribui uma ação, pois, mesmo que haja um objetivo em comum, cada qual tem seus próprios interesses e motivações, que permeiam estas ações e situações face a face, o que nada mais é que uma reciprocidade de intenções, além de experienciarem limitações e dificuldades para operacionalizar a Rede na perspectiva da integralidade da assistência da gestação aos dois anos de idade da criança.

As fragilidades de novos modelos, programas ou ações devem ser pensadas mediante planejamento prévio à sua implantação/implementação. Neste sentido, a avaliação de um programa deve acontecer não somente buscando descrevê-lo, mas sim compreender seu funcionamento, no intuito de aperfeiçoar o processo para alcançar objetivos como a pertinência, a implantação e os resultados (CAMPOS *et al.*, 2014).

Esta reestruturação deve perpassar, segundo os profissionais da APS, a resolutividade e a integralidade da assistência à criança, garantindo o acesso aos níveis de atenção necessários, em tempo hábil, para fornecer o cuidado de acordo com as peculiaridades e as necessidades individuais e coletivas (CAMPOS *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2013). Isso porque problemas de má estruturação do programa, como a falta de recursos humanos, recursos físicos insuficientes, que podem ser observados em matérias, a estrutura de trabalho precária e insuficiente ou a má administração de recursos financeiros, ainda hoje permanecem (COSTA *et al.*, 2011), sendo também evidenciados nos depoimentos das três classes profissionais deste estudo.

5 CONCLUSÃO

Por meio da abordagem fenomenológica com gestores, enfermeiros e médicos para apreender o modo como estes interagem no mundo da vida, pôde-se constituir o típico de suas ações em relação ao cuidado à criança, evidenciando suas necessidades e suas expectativas. A proposta de estruturação da Rede materno-infantil trouxe novos rearranjos da assistência na contínua busca de regionalização para garantir à gestante e à criança o acesso, a integralidade e a resolubilidade.

Sendo assim, a avaliação da Rede Mãe Paranaense, mediante o olhar destes profissionais, é enriquecedora, pois esta interpretação revela o quanto podem colaborar para a qualificação da assistência, embora em novos modelos, porém, com implantações tradicionais, sem considerar a forma como atuam no cotidiano da assistência. Mas, espera-se que, a partir deste estudo, outros possam ser desenvolvidos com sujeitos destas mesmas categorias profissionais, pois o fenômeno aqui desvelado não pode se dar como conclusivo, uma vez que novos olhares poderão ser lançados sobre o mesmo objeto de estudo, o mesmo fenômeno,

os mesmos sujeitos e contextos. No campo da prática e do ensino, que outros estudiosos, gestores, enfermeiros e médicos atuantes na RMP ou em programas semelhantes a este compreendam e considerem o mundo vivido e a realidade experienciada, no intuito de melhorar a qualidade da assistência à criança na APS.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa Edital: 14/2013, sob nº 474768/2013-9 e à 17ª Regional de Saúde do Paraná, pelo apoio à pesquisa e à articulação com os municípios para a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. G. T.; VIANA, L. da S.; CUNHA, C. L. F. Challenges on utilization of child health booklet: Between real and ideal. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 80-83, 2012.

ALVES, C. K. de A. *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s145-s156, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

AZEVÊDO, E. A. de. O mundo da vida e a ação. **Problemata: Rev. Int. de Filosofia**, v. 2, n. 1, p. 54-74, 2011.

BRANDÃO, D. S.; VENANCIO, S. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 143-151, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200143&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 1 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Presidência da República. **Viver Sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2013b. 92p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_enerico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CALDEIRA, S. *et al.* Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. de. The experience of repeated fatherhood during adolescence. **Midwifery**, v. 26, n. 4, p. 469-74, 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138%2808%2900100-9>>. Acesso em: 12 out. 2015.

CASTRO, R. C. L. de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2015.

COSTA, G. D. da *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva: Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/30260>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, n. esp. 1, p. 676-680, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a21.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

LUQUE, A. L. F. *et al.* Evaluation of care for at-risk newborns from the perspective of a public health policy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 293-300, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

MELO, W. A. de; UCHIMURA, T. T. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 323-337, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

MENDES, As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

PRESTES, A. C. G. *et al.* Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2015.

REICHERT, A. P. da S. *et al.* Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 114-126, 2012.

RIBEIRO, A. M.; SILVA, R. R. F. da; PUCCINI, R. F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 28, n. 2, p. 208-214, 2010.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.

SILVA, N. C. da; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2015.

SILVA, R. M. M. da *et al.* Problem-solving capacity in children health care: the perception of parents and caregivers. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 382-388, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

VITOLLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto

Alegre, v. 86, n. 1, p. 80-84, fev. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

7 CONCLUSÃO

A RMP veio como uma proposta fundamentada para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, com novos rearranjos, por meio da regionalização, para garantir o acesso, a integralidade e a resolubilidade. Sendo uma nova proposta de rede, entende-se que deve ser avaliada tanto quantitativamente como qualitativamente, para que fortalezas e debilidades sejam identificadas e (re)ajustes possam ser propostos e realizados.

Quanto à análise quantitativa, a definição do Índice de Implementação para avaliar o desempenho da RMP nas três RS se mostrou adequada para cumprir a proposta avaliativa. Embora tenha sido identificada a ausência de informações sobre mortalidade, possivelmente pelo atraso dos municípios/regionais em inserir os dados no Datasus, bem como pela subnotificação, em especial no SISPRENATAL e base das Regionais. Foi possível demonstrar o impacto positivo após a implantação da RMP nas três RS.

Identificou-se que, em 2010, todas as RS apresentaram médias estatisticamente semelhantes ($p > 0,05$), demonstrando a equivalência de todos os municípios. Mas, de 2011 a 2012, observou-se o crescimento das médias na 17ª RS, se comparadas com as da 9ª e da 10ª RS. Em 2013, a 10ª RS apresentou elevado crescimento, voltando a apresentar valores estatisticamente semelhantes aos da 17ª RS ($p > 0,05$), superiores aos valores observados na 9ª RS ($p < 0,05$).

Com a abordagem da Fenomenologia Social, foi possível apreender o modo como gestores, enfermeiros e médicos interagem no mundo da vida e constituir o típico de suas ações em relação ao cuidado à mulher e à criança, demonstrando suas necessidades e expectativas. Apreendeu-se também que a reorganização e a (re)estruturação da Rede trouxeram propostas positivas para o sistema de apoio, contudo, falhas no sistema logístico (referência e contrarreferência) ainda precisam ser sanadas.

A avaliação da RMP, mediante o olhar destes profissionais, foi enriquecedora, pois essa interpretação revela o quanto podem colaborar para a qualificação da assistência, embora em novos modelos, mas com implantações tradicionais, sem considerar a forma como atuam no cotidiano da assistência. Tendo em vista os constantes rearranjos dos fluxos, os gestores precisam estar imersos na realidade das unidades, para que, desse modo, possam planejar e buscar

estratégias locais e regionais que sejam aplicáveis e factíveis à realidade estrutural e de recursos humanos de seus municípios. Para tanto, a implementação da RMP depende, em grande parte, dos enfermeiros e médicos, bem como de toda a equipe de saúde. A visão que cada um traz consigo e aplica no seu cotidiano de cuidado da mulher e da criança reflete diretamente na saúde destes.

Ajustes devem ser realizados, principalmente quanto ao sistema de informação da estratificação de risco das gestantes e dos recém-nascidos para a vinculação adequada de referência e de contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde melhorando, dessa forma, o acesso ágil e de qualidade para a assistência materno-infantil, reduzindo agravos e mortes evitáveis relacionadas à organização deste sistema.

Espera-se que com este trabalho a vivência de gestores, enfermeiros e médicos possa contribuir com a avaliação da implementação da RMP, e que, por meio do compartilhar destas experiências, as debilidades sejam (re)construídas. Além disso, que haja a melhoria das condições de trabalho dos profissionais e o investimento na educação permanente de toda a equipe. Assim, almeja-se que a Rede possa ser fortalecida, permitindo um processo de implementação mais adequado e factível para a assistência integral à saúde materna e infantil na APS.

A partir dos resultados do presente estudo, faz-se necessário, vislumbrar outras pesquisas, uma vez que novos olhares poderão ser lançados sobre o mesmo objeto e fenômeno de estudo, com os sujeitos destas mesmas categorias profissionais e, em outros cenários, contextos e programas semelhantes a este aqui pesquisado, para somar-se aos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. L. de; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2015.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1-3, p. 75-80, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5530>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2015.
- ALVES, C. K. de A. *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s145-s156, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção Primária à Saúde e sua articulação como a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- AZEVÊDO, E. A. de. O mundo da vida e a ação. **Problemata: Rev. Int. de Filosofia**, v. 2, n. 1, p. 54-74, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília: [s.n.], 1975.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de prevenção à gravidez de alto risco**. Brasília: [s.n.], 1978.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984a.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984b.
- _____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 13 set. 2015.

_____. Presidência da República. Casa civil Subchefiada para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 13. jun. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 3 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991. 13p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993**. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". Brasília, 26 ago. 1993a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_MS_1016.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)**. Brasília: Ministério da Saúde. 1993b. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília: [s.n.], 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS nº 1 de 1996. Diário Oficial da União. Brasília, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/legislacao/vol22.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 569, de 1 de junho de 2000**. Brasília, 1 jun. 2000a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf Acesso em: Acesso em: 26 jun. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Sis-Pré Natal**. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 63p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União. Brasília, 28 fev. 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução – módulo 1**. Brasília: [s.n.], 2002b. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: [s.n.], 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 fev. 2006b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 30 dez. 2010. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 21 out. 2011a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 6 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 80p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: [s.n.], 2011c. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a portaria nº 1.459/gm/ms, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), a rede cegonha. Diário oficial da união. Brasília, 5 out. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 3 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília: [s.n.], 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 291p.

CALDEIRA, S. *et al.* Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2014

CAMATTA, M. *et al.* Contributions from Alfred Schütz's phenomenological sociology for nursing research - review article. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1446/383>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

CARVALHO, D. S. de; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de

primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s220-s230, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2015.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. de. The experience of repeated fatherhood during adolescence. **Midwifery**, v. 26, n. 4, p. 469-74, 2010. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138%2808%2900100-9>>. Acesso em: 12 out. 2015.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499#>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CASTRO, F. C. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 48, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93823702007>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. p. 181-199. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Capitulo-7.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

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

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

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. *In: SAMICO, I. et al. (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. *In: BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; DUARTE, M. (Org.). Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 91-121.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2015.

GOMES, K. O. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a saúde (online)**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22>. Acesso em: 15 out. 2015.

HARTZ, Z. *et al.* Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. *In: HARTZ, Z. (Org.). Avaliação de Saúde: modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 out. 2015.

JANNOTTI, C. B.; SIQUEIRA, A. L. T.; SILVA, K. S. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 75-77, p. 25-33, jan./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n75.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2015.

LIMA, R. T.; SILVA, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e fortalecimento da Institucionalização. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-114, 2011.

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

MERIGHI, M. A. B. *et al.* Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2014.

MINAYO, M. C. de S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 6, n. 3, p. 251-261, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2015.

MOREIRA, L. M. C. *et al.* Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, supl. 7, p. 48-55, 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: OMS, 2000.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p.

_____. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 13 out. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

_____. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 1 out. 2015.

PINA, J. C. *et al.* Contribuições da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2014.

SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS NETO, E. T. dos *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2015.

SILVA, L. R. da; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2014.

SIMÕES, C. C. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002. 141p.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.

_____; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Tradução de Nestor Miguez. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 320p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780 p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

WAGNER, H. R. (Org.) **Fenomenologia e relações sociais**. Textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978.

_____. **Equity, social determinants and public health programmes.** Switzerland: [s.n.], 2010.

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-834, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

APÊNDICES



APÊNDICE A

GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM MATERNA E INFANTIL GPEMI – ENFERMAGEM – CCBS – CASCAVEL PR

PROJETO: Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS*

Entrevista gravada com o gestor - Secretário ou Diretor de saúde.

GPEMI – ENFERMAGEM – CCBS – CASCAVEL PR

PROJETO: Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Regional de saúde: 9ª RS()	10ª RS(x)	17ª RS()
Município à que se referem os dados: _____		
Período dos dados coletados:() 2010	() 2011 () 2012 () 2013

1. Quantidades de Gestantes Cadastradas no SIS-Pré-natal no município:

Quantidade de gestantes	Quantidade de gestantes com 7 ou mais consultas	Quantidade total de consultas	Quantidade de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	Quantidade de consultas odontológicas

2. Quantidades de gestantes vacinadas:

	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
Antitetânica	ESTAS INFORMAÇÕES PERMANECERÃO NO INSTRUMENTO, PORÉM NÃO APRESENTAM BASES DE DADOS COM OS VALORES DISPONÍVEIS.			
Hepatite B	RETIRAREMOS DO ALGORITMO!			

3. Quantidade de exames realizados por trimestre gestacional:

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Teste rápido de Sífilis	Teste rápido de gravidez	Teste rápido de HIV

4. Estratificação de Risco das gestantes:

4.1 Município implantou a Estratificação de Risco das gestantes (Habitual, Intermediário e Alto Risco)?

() Sim () Não

4.2 Realiza atendimentos ambulatoriais das gestantes de risco:

() Sim () Não

() Referendada para outro município– Qual:

4.3 Hospitais de referência para a gestante no município:

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		() Sim () Não		
Risco intermediário		() Sim () Não		
Alto risco		() Sim () Não		

5. Termo de adesão com os hospitais para a vinculação do parto da gestante conforme a Estratificação de Risco de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA:

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Risco intermediário		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

6. Contratualização de hospitais para a vinculação do parto da gestante conforme a Estratificação de risco ao hospital de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA:

UF	Quantidade de Hospitais	Referendada?	Qual Município?	Qual hospital?
Risco habitual		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Risco intermediário		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Alto risco		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

7. Instituiu incentivo de Qualidade ao Parto.

Município	Quantidade de Partos Normais	Quantidade de Cesáreas

8. Mortalidade materna

8.1 Indicadores de mortalidade

Indicador	Quantidade
Mortalidade materna	

8.2 Causas de Mortalidade

Causas (listar as causas identificadas por município)	Quantidade

9. Cadastro infantil.

Indicador	Quantidade
Número de crianças nascidas vivas pelo SINASC	

10. Mortalidade infantil

10.1 Indicadores de mortalidade

Indicador	Quantidade
Mortalidade Neonatal Precoce	
Mortalidade Neonatal Tardia	
Mortalidade Infantil	

10.2 Causas de Mortalidade

Causas (listar as causas identificadas por município)	Quantidade

11. O município realiza a investigação dos óbitos maternos e infantis:

Sim Não

12. O município possui comitê de análise dos óbitos maternos e infantis:

Sim Não. Em caso negativo, em que município ou Regional de Saúde participa:

13. Numero absoluto de doses de vacinas aplicadas em crianças menores de 1 ano, conforme o PNI por município:

Vacina	Cobertura Vacinal
Hepatite B	
Tetralenteou Pentavalente	
Sabin	
Meningocócica C	
Pneumocócica 10	
Salk	
VTV (sarampo, caxumba, rubéola, tríplice viral)	
Rotavírus	
BCG	
Febre Amarela	



APÊNDICE B

GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM MATERNA E INFANTIL GPEMI – ENFERMAGEM – CCBS – CASCAVEL PR

PROJETO: Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS*

Entrevista gravada com o gestor - Secretário ou Diretor de saúde.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Regional de Saúde: () 9ª RS () 10ª RS () 17ª RS
Município:
Sexo: () Masculino () Feminino Idade: anos.
Gestor/Cargo: () Secretário de saúde () Diretor de Saúde
Formado em que: Tempo de Formação:
Tem especialização? () Não () Sim. Em que área?
Tempo de atuação neste cargo e município (mínimo de seis (6) meses):

QUESTÕES ORIENTADORAS

1. Fale-me qual o seu conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense?

-Objetivos, -Compromissos, -Dificuldades na implantação e desenvolvimento, -Facilidades na implantação e desenvolvimento, -Recursos humanos, -Estrutura física, -Materiais, Equipamentos, Medicamentos, -Outros:

2. Houve capacitação dos profissionais de saúde para atuar no Programa Rede Mãe Paranaense?

-Quais e quantos profissionais foram capacitados? -Como as informações foram ou são repassadas para a equipe? -Comente sobre.

3. Fale-me sobre os indicadores do Programa Rede Mãe Paranaense são utilizados no planejamento das ações a gestante?

-Consultas, -Exames, -Educação em saúde, -Orientação, -Imunização, -Puericultura, -Outros:

4. Fale-me sobre os indicadores do Programa Rede Mãe Paranaense são utilizados no planejamento das ações a criança?

-Consultas, -Exames, -Educação em saúde, -Orientação, -Imunização, -Puericultura, -Outros:

5. O município e este serviço adota a carteira da gestante padronizada pelo Programa Rede Mãe Paranaense ou adota outro modelo?

-Comente sobre.

6. O município e este serviço adota a carteira da criança padronizada pelo Programa Rede Mãe Paranaense ou adota outro modelo?

-Comente sobre.

7. Fale como acontece a solicitação de exames para a gestante após a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense.

-Segue o protocolo da SESA ou do Município?

8. Explique-me como acontece a vinculação da gestante ao ambulatório (especializado) e ao hospital de alto risco.

9. Explique-me como acontece a vinculação da criança ao ambulatório (especializado) e ao hospital de alto risco.

10. Fale-me como ocorre o retorno do puerpério, a captação da puérpera e criança?

11. Comente sobre como ocorre o incentivo ao Aleitamento Materno neste serviço?

12. A seu ver houve o cumprimento dos objetivos, compromissos conforme os indicadores utilizados no atendimento à gestante e a criança após a implantação Programa Rede Mãe Paranaense?

- Quais metas foram alcançadas? - Comente sobre.

13. Explique como os dados são inseridos nos Sistemas de Informação.

Você conhece ou trabalha com os Sistemas de informação? SISPrénatal Web? PNI? SIAB, SINASC? SIM? Outros? Comente sobre.

14. O que você espera do serviço de saúde com a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense?

15. O que você espera dos profissionais de saúde com a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense?

16. O que você espera para as mulheres atendidas no Programa Rede Mãe Paranaense?

17. O que você espera para as crianças atendidas no Programa Rede Mãe Paranaense?

18. O que você espera no que se refere aos Sistemas de Informação?

* Embasado nos objetivos, compromissos e indicadores do Programa Rede Mãe Paranaense – SESA/PR, 2012.



APÊNDICE C

GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM MATERNA E INFANTIL GPEMI – ENFERMAGEM – CCBS – CASCAVEL PR

PROJETO: Análise do Processo de Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Entrevista gravada com os Enfermeiros e Médicos.

Regional de Saúde: () 9ª RS () 10ª RS () 17ª RS Município:
Sexo: () Masculino () Feminino Idade: anos.
Profissional: () Enfermeiro () Médico.
Formado em que País: Instituição:
Tem especialização? () Não () Sim. Em que área?
Tempo de Formação: Tempo de atuação em APS:
Tempo de atuação nesta UBS/ESF (mínimo de seis (6) meses):

QUESTÕES ORIENTADORAS

1. Fale-me qual o seu conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense.

-Objetivos, -Compromissos, -Dificuldades na implantação e desenvolvimento, -Facilidades na implantação e desenvolvimento, - Recursos humanos, -Estrutura física, -Materiais, Equipamentos, Medicamentos, -Outros:

2. Você foi capacitado para atuar com gestantes e crianças no Programa Rede Mãe Paranaense?

- Quais e quantos profissionais foram capacitados? -Como as informações são repassadas para a equipe? -Comente sobre.

3. Você realiza o pré-natal conforme preconiza o Programa Rede Mãe Paranaense?

- Como acontece o acesso e a captação precoce da gestante na UBS/ESF? Qual a importância da captação precoce?
- Quais indicadores são utilizados no planejamento das suas ações (Consultas, Exames, Educação em saúde, Orientação, Imunização, Puericultura, Outros). - Você estratifica os riscos – Habitual, Intermediário e Alto risco? Comente sobre estes riscos. - Quais ações são desenvolvidas à gestante.

4. Como você faz o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

- Como acontece o acesso e a captação da criança na UBS/ESF? - Quais indicadores são utilizados no planejamento das suas ações? - Você estratifica os riscos – Habitual, Intermediário e Alto risco? Comente sobre estes riscos.
- Quais ações são desenvolvidas à criança.

5. Você utiliza a carteira da gestante padronizada pelo Programa Rede Mãe Paranaense ou adota outro modelo?

-Comente sobre.

6. Você utiliza a carteira da criança padronizada pelo Programa Rede Mãe Paranaense ou adota outro modelo?

-Comente sobre.

7. Fale como acontece a solicitação de exames para a gestante após a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense. -Segue o protocolo da SESA ou do Município?

8. Explique-me como acontece a vinculação da gestante ao ambulatório (especializado) e ao hospital de alto risco.

9. Explique-me como acontece a vinculação da criança ao ambulatório (especializado) e ao hospital de alto risco.

10. Fale-me como ocorre o retorno do puerpério, a captação da puérpera e criança?

11. Comente sobre como ocorre o incentivo ao Aleitamento Materno?

12. A seu ver houve o cumprimento dos objetivos, compromissos conforme os indicadores utilizados no atendimento à gestante e a criança após a implantação Programa Rede Mãe Paranaense? - Quais metas foram alcançadas? - Comente sobre.

13. Explique como os dados são inseridos nos Sistemas de Informação.

Você conhece ou trabalha com os Sistemas de informação? SISPrénatal Web? PNI? SIAB, SINASC? SIM? Outros? Comente sobre.

14. O que você espera do serviço de saúde com a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense?

15. O que você espera dos profissionais de saúde com a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense?

16. O que você espera para as mulheres atendidas no Programa Rede Mãe Paranaense?

17. O que você espera para as crianças atendidas no Programa Rede Mãe Paranaense?

18. O que você espera no que se refere aos Sistemas de Informação?

APÊNDICE D



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO PARTICIPANTE: _____

Convido você para participar desta pesquisa intitulada: **Análise do processo de implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense**. O objetivo do estudo é analisar a implantação e desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense e trata-se de um estudo multicêntrico com financiamento do CNPq conforme o Processo de número: 474768/2013-9, Chamada em Edital Universal 14/2013. A pesquisa abará todos os municípios pertencentes a três Regionais de Saúde do Estado do Paraná – 10ª RS de Cascavel, 17ª Regional de Saúde de Londrina e 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu e serão pesquisados os Gestores, Médicos e Enfermeiros que aderiram e atuam no referido programa. Para a coleta dos dados serão realizados: Questionário com questões fechadas e entrevista gravada com questões abertas. Os dados quantitativos serão analisados em Programas Específicos de informática e as falas serão transcritas e analisadas, durante o estudo. Em momento algum seu nome será divulgado, visto que você será identificado com o seu título profissional: Gestor, Médico e Enfermeiro seguido de numeração conforme a ordem das entrevistas (1, 2, 3) e assim por diante. Solicito que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Não será cobrado, nem pago qualquer valor ou honorário para você participar do estudo e não terá nenhum prejuízo em seu campo de atuação caso não queira participar. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável sob o número (...../2014) do Comitê de Ética e Pesquisa da Unioeste de Cascavel Paraná – CEP-UNIOESTE. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações do Programa Rede Mãe Paranaense e consequentemente contribuir para a melhoria do cuidado à mulher gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, bem como as ações dos gestores e profissionais de saúde no atendimento desta clientela. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável pelo projeto. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Unioeste pelo telefone (45)32203272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Pesquisador

Cidade: _____ PR, de _____

de 2014



ANEXOS

ANEXO A



FOLHA DE DESPACHO

SAS	10 ^o Regional de Saúde DIREÇÃO
22/01/2014	Para: <u>DIR</u>
1. Cliente.	Data: <u>29/01/14</u>
2. Trata-se de pesquisa que objetiva analisar a implantação e o desenvolvimento da Rede Mãe Paranaense a ser realizada nas Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina.	<p>Miroslav Bailak Diretor 10^o Regional de Saúde</p> <p><i>NOTA: Não é fornecida a informação</i></p>
3. Dada a importância da proposta esta superintendência considera relevante a iniciativa de analisar a Rede e assim autoriza a sua realização.	<p><i>opção de substituição</i></p> <p>NR1229</p>
4. À 10 ^o RS para informar o responsável pela pesquisa.	
<p><i>Márcia Huçulak</i></p> <p>Márcia Huçulak Superintendente de Atenção à Saúde</p>	

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Sebastião Caldeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26317614.8.1001.0107

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

Patrocinador Principal: CNP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.107

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a saúde do Paraná.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 544.107

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 27 de Fevereiro de 2014


Assinador por:

João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br