



# 4º+SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE  
E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

FACULDADE UNIGRAN CAPITAL - CAMPO GRANDE (MS)  
27 a 30 de abril de 2014

## CONTEÚDO DAS EXPOSIÇÕES DOS PALESTRANTES

**Redes de Atenção, acolhimento e humanização na Atenção Básica em Saúde:  
a contribuição da enfermagem**

**Olga Laura Giraldi Peterlini**<sup>18</sup>

Gostaria de primeiro agradecer a comissão organizadora pelo convite e a oportunidade de participar nesta mesa sobre “A enfermagem e a qualidade dos sistemas e redes de atenção à saúde”, e espero colaborar com a minha experiência neste assunto, ainda novo no nosso País. O meu interesse nesta proposta organizativa do sistema de saúde, começou na década de 80, do século passado, por ocasião das Ações Integradas de Saúde (AIS), que era uma proposta de integrar num primeiro momento, os diferentes serviços de atenção à saúde no âmbito municipal. Na época estava como diretora de um hospital voltado para a atenção materno-infantil e participava ativamente de todas as discussões para a sua viabilização. E penso que as “AIS” teve dificuldade na sua implantação, devido a pouca experiência política que tínhamos na época para convergir os interesses dos serviços de saúde, para assim formar um grupo de serviços que tivessem o mesmo interesse e objetivo para uma atenção de qualidade ao cidadão. Uma das ações proposta nas AIS, visava implantar uma comunicação entre os serviços, muito conhecida como referência e contra-referência. Uma ação tão simples e ao mesmo tempo tão difícil de implantar, que até hoje passado 30 anos ainda e um desafio. Já na década de 90, com a municipalização, começa a aparecer proposta de integração de serviços voltados para a atenção de uma parcela da população, e assim começamos no Brasil a ter várias experiências e tentativas de implantação de Redes. No Paraná participei do Viva Mulher, como coordenadora, e em Curitiba como moradora e professora do Programa Mãe Curitibana, que foi a inspiradora para o programa de Humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no início deste século. A experiência com o Viva Mulher foi muito rica em vários aspectos, a primeira refere-se à organização dos serviços de atenção a mulher, que preconizava a atenção primária como ordenadora do fluxo e a necessidade de ter outros níveis de atenção organizados para garantir o encaminhamento e seguimentos das mulheres que apresentavam resultados alterados. A segunda experiência foi trabalhar a organização do processo de trabalho, com a capacitação técnica e a responsabilização de toda a equipe e a terceira o desenvolvimento de um sistema de informação. Este sistema permitia um acompanhamento gerencial e epidemiológico, o que foi um fator importante de valorização

---

<sup>18</sup> Assessora da Superintendência de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretora de Educação da ABEn-PR 2013/2015. E-mail: [olga.peterlini@sesa.pr.gov.br](mailto:olga.peterlini@sesa.pr.gov.br)

da atenção primária, que ficou responsável na Rede para captação da Mulher, qualidade da coleta e encaminhamento para serviços em outros níveis de atenção e por último o seguimento. O Paraná foi o Estado que implantou primeiro o controle de qualidade dos laudos da citologia oncótica e da qualidade dos esfregaços. E essas ações desenvolvidas no Viva Mulher tem ajudado na minha atuação profissional atual, que é de assessora na Secretaria de Saúde do Paraná para a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede nasce da experiência exitosa da Mãe Curitibana, que com ações simples, mas firmes, conseguiu em pouco tempo reduzir os indicadores de mortalidade materna infantil, com ações de atenção ao pré-natal e à criança, a identificação do risco e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto.

No tema proposto para esta mesa redonda tem três conteúdos importantes:

- Qualidade para o sistema e para as Redes de Atenção;
- Enfermagem protagonista desses processos e,
- Redes de Atenção a Saúde.

Acredito que antes de descrever a experiência da organização e coordenação da Rede Mãe Paranaense e preciso deixar claro alguns conceitos para que possam entender o caminho trilhado.

As Redes de Atenção à Saúde estão postas com o objetivo de qualificar a atenção à saúde neste sistema de saúde único (SUS) universal, e que tem como um dos princípios a equidade e a integralidade. Na literatura encontramos que em outros países onde Redes de Atenção foram implantadas, o resultado aponta para uma melhor organização dos serviços e conseqüentemente a otimização dos recursos físicos, financeiros e de recursos humanos, melhoria da condição de saúde da população e diminuição do quantitativo de internamentos, principalmente aqueles internamentos sensíveis da atenção primária. Outros benefícios são apontados como a Rede sendo uma facilitadora para o desenvolvimento de um espírito colaborativo entre serviços e a consciência sobre o seu papel dentro do sistema de saúde. Após um estudo bibliográfico sobre Redes em vários países Mendes (2011) conclui que as Redes de Atenção também melhoram os “resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde”.

Sem deixar de considerar os vários conceitos citados por Mendes (2011) desenvolvemos um enunciado que está em consonância com o que estou vivenciando hoje, e assim considero que a *Rede de Atenção à saúde é um arranjo dinâmico de serviços de saúde, que estão organizados hierarquicamente e voltados para um mesmo objetivo, de tal maneira que favoreça o acesso e oferte uma atenção de qualidade a população, dentro das suas necessidades definidas epidemiologicamente.*

Fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Entendemos que uma rede de atenção se consolida a partir da implantação dos seus cinco componentes.

-Uma atenção primária de qualidade, resolutiva, e ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território;

-Estratificação de risco da população;

-A vinculação em serviços com capacidade de atender adequadamente;

-Os sistemas de apoio que vão desde os meios para diagnóstico e tratamento, os medicamentos e os sistemas de informação. O transporte sanitário que garante chegar ao local de atendimento com segurança;

- Sistema de governança da Rede.

Mendes (2011) considera que *“redes de atenção à saúde, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

Posto o que os princípios e conceito sobre Redes de Atenção, é necessário que trabalhem um pouco sobre qualidade da atenção a saúde.

Qualidade em saúde é um assunto ainda muito discutido e com varias propostas para a sua identificação e qualificação, que passa pelo acompanhamento de indicadores, proposta centrada no resultado, avaliação de processos com a utilização de protocolos e critérios mínimos para a sua estrutura, com a definição de parâmetros, como metros por leito e quantitativo de recursos humanos para um determinado atendimento.

Donabedian (1973) conclui que a qualidade dos serviços de saúde necessitam ter uma convergência de estrutura, do processo e dos resultados, ou seja os serviços de saúde precisam ter os 3 componentes em consonância com o objetivo proposto para o atendimento à população. Assim uma rede de atenção à saúde pode ser considerada adequada quando existe economia de escala concomitante com serviços acessíveis e de qualidade, considerando que a qualidade pode estar determinada pelo seu resultado, seu processo e pela sua estrutura física. O Institute of Medicine dos EUA considera seis dimensões para a qualidade do cuidado prestado, assim os serviços devem prestar um cuidado, seguro (evitando danos), efetivo (baseados em evidencia, que gerem benefícios), centrado na pessoa (respeitando a necessidade dos pacientes), oportuno (reduzir o tempo de espera), eficiente (evitar desperdícios) e por fim equitativo (não ter variações de qualidade devido as características das pessoas)

E por fim o protagonismo da ENFERMAGEM, já deixarei com letra maiúscula, pois esta categoria profissional é a que mais responde adequadamente as mudanças e inovações. E na organização da Rede de atenção precisamos de parceiros que entenda do processo acredite e tome a frente para a mudança do processo de trabalho que uma Rede de atenção exige. Na Rede nunca sou eu.... somos nós, se você não faz eu faço, mas amanhã você tem que fazer e assim por diante.

### **Descrição da trajetória da Rede Mãe Paranaense:**

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. (HUÇULAK, 2012)

A trajetória da construção da Rede inicia-se com o levantamento e análise epidemiológica e a identificação do risco e o estabelecimento da **estratificação de risco**. A estratificação é utilizada nos eventos crônicos e baseada em análise epidemiológica permite que o planejamento e as ações estejam à disposição em grau de complexidade para quem realmente precisa. Com base em um estudo que foi do ano 2000 ate 2010, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco.

**Risco Habitual:** gestantes e crianças que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

**Risco Intermediário:** Gestantes e crianças que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sócio-demográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:

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

**Raça e ou etnia da mãe** – representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado a mães brancas.

**Idade da mãe** – representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.

**Grau de escolaridade da mãe** – representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

**Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior** - representando um risco relativo para as mãe que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que tiveram filho morto.

**Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores** - representando um risco relativo para as mãe que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação as mulheres com menos de 3 filhos.

**Alto Risco:** Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:

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

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

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

A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento e do seu desenvolvimento, na identificação de prematuridade, asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, Aids) e triagem neonatal positiva.

Para auxiliar na organização da Rede foi elaborado um mapa estratégico que nada mais é do que a representação de uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos. Kaplan e Norton (1997) criaram o conceito de mapa estratégico, a respeito do qual afirmam que "representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia". O Mapa deve prever a identificação da missão do projeto, no caso Rede Mãe Paranaense, visão, valores, os resultados para a sociedade, os processos e ações de gestão necessária para que a Rede aconteça e o aporte financeiro necessário.

## **Os pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense**

### **Na Atenção Primária**

A atenção primária é a porta de entrada da Rede, ordena a atenção nos outros níveis de atenção. A Rede mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do Estado, desenvolve às atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de 1 ano, oferta de pré-natal em quantidade, mas principalmente em qualidade, vincula as gestantes a serviços

onde o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de referência e a serviços que estão compondo a Rede. Toda a unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da estratégia Saúde da Família. A classificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois desta forma a carteira da gestante e da criança permite a comunicação das equipes da APS com os demais pontos de atenção secundários e terciários.

### **Na Atenção Ambulatorial Secundária/Centro Mãe Paranaense**

A Atenção Secundária Ambulatorial é um equipamento nas Redes de Atenção que enfrenta uma condição de saúde específica e complementando a necessidade de atenção primária. Na Rede Mãe Paranaense são identificados como Centro Mãe Paranaense, e especificamente tem a competência de atender as gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário e alto risco.

O modelo de atenção para o Centro Mãe Paranaense é o da integralidade, onde a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de diagnóstico e terapêutico garantidos.

### **Na Atenção Hospitalar**

Na atenção hospitalar, a Rede Mãe Paranaense se organizou em pontos de atenção hospitalar nos municípios, para atender o risco habitual, nas regionais de saúde e ou macro regionais, para atender o risco intermediário e alto risco. Para o Alto Risco os hospitais contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculado. Quando chegar à hora do parto a gestante procura o serviço de referência para o parto a qual foi vinculada durante a realização do pré-natal.

A construção da **Matriz dos Pontos de Atenção** foi fundamental, pois identifica os serviços e ações necessárias à atenção a gestante e a criança até um ano de vida, em cada nível de atenção.

Identificando a **Matriz dos Pontos de Atenção**, o próximo passo foi descrever o que se espera em termos de **Competências dos Profissionais e dos Pontos de Atenção**. Todo este descritivo esta na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Ao adotarmos as linhas guias estamos considerando a sua importância de normalizar de uma forma mais abrangente as

ações nos diferentes níveis de atenção, e tem sido atualizada a cada ano. Já os protocolos têm sido utilizados para normalizar ações específicas, como a atenção a gestante e ao recém-nato com toxoplasmose, por exemplo.

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

**Vale reforçar que mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da unidade básica, continua responsável pelo cuidado a essa gestante.**

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

Hospitais:

A) Risco habitual

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

B) Risco Intermediário

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

### C) Alto Risco

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

### **Monitoramento do desempenho**

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que segundo Norton e Kaplan (1997) este permite quantificar o desempenho da empresa a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidos no mapa estratégico. Ao olhar e refletirmos sobre os indicadores que o Painel de Bordo definiu, observa-se que estes permitem obter as respostas frente às seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

A seguir os indicadores de monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense

Razão de morte materna, Coeficiente de mortalidade infantil, índice de satisfação das usuárias da rede, % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação, Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, Cobertura vacinal em menores de um ano, Número absoluto de crianças com sífilis congênita, Índice de partos prematuros, Índice de cesarianas, % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos, % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos, % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco, % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério, % de cobertura de gestantes de alto risco, % de cobertura de crianças de risco menores de um ano, % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação ao Centro Mãe Paranaense e aos hospitais contratados, % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas no Centro Mãe Paranaense, % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Paranaense, % de gestantes de alto risco monitoradas, % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas, % de carteiras de gestantes encaminhadas, % de carteiras de crianças encaminhadas, % de municípios que aderiram a Rede Mãe Paranaense e estão realizando as ações da linha guia.

Para dez (10) objetivos estratégicos elencaram-se vinte e três (23) indicadores, que possibilitarão o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

Este monitoramento será possível pelo acompanhamento dos dados levantados dos sistemas de informação oficial do governo como: Sisprenatal, SIAB, Sinan, Sinasc, Sim, SIAH, SAI e pelo desenvolvimento de inquérito/pesquisa sistemática aplicadas com as usuárias da Rede.

Comungo com Mendes (2011) quando considera que uma gestão eficaz das Redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos. Operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos.

### **Conclusão**

Passados dois anos da implantação da Rede Mãe Paranaense, acreditamos que para atingirmos o objetivo de atender a gestante e a criança com qualidade e reduzir a mortalidade materna e infantil principalmente a neonatal, foi necessário estabelecer um tempo para o planejamento, determinando as ações e estratégias no mapa estratégico e definirmos o painel de bordo com os indicadores de monitoramento e avaliação. Nesta semana concluímos que em dois anos reduzimos 40% das mortes materna e 10% das mortes em crianças menores de 1 ano de idade. Temos muitos desafios, como: construir e estabelecer a governança da Rede na conformação macrorregional, estabelecer a gestão de caso como rotina, para podermos sim, reduzir a mortalidade infantil. E lidar com a dinâmica dos hospitais convergindo os interesses dos serviços para o objetivo da Rede Mãe Paranaenses.

### **REFERÊNCIAS**

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

HUÇULAK MC. O estado e as Redes de Atenção a Saúde – 1ª Mostra de Experiências- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 210p., 2012.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

KAPLAN RS; NORTON DP. A estratégia em ação: Balanced Scorecard. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.