

REDE MÃE PARANAENSE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paraná's Mother Network – Reporting experience

Marcia Cecilia Huçulak¹, Olga Laura Giraldi Peterlini²

1. Superintendente de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA).

2. Enfermeira. Assessora técnica da Rede Mãe Paranaense/SESA.

► **CONTATO:** Marcia Cristina Huçulak | E-mail: marcia.huçulak@sesa.pr.gov.br | Telefone: (41) 3330 4418

Agradecimentos: Este relato de experiência representa o resultado do trabalho de toda a equipe da SESA que com a integração das ações e o planejamento com base nas necessidades de saúde da população está realizando a mudança do modelo assistencial no Paraná. Agradecemos a todos os Secretários Municipais de Saúde e profissionais de saúde que atuam na atenção primária, nos ambulatórios dos Centros Mãe Paranaense e nos hospitais da Rede, pela compreensão da proposta, pela sinergia e intenso trabalho conjunto.

Resumo

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 do Governador Beto Richa. Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que apresentava a estagnação dos indicadores ao longo dos últimos anos, uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E acima de tudo o elevado percentual de mortes maternas (81%) e infantis (61%) evitáveis. A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010). Este relato de experiência tem por objetivo descrever a organização e operacionalização da Rede, e os resultados alcançados. Com a análise epidemiológica, verificou-se a necessidade de se estabelecer a estratificação de risco da gestante e da criança como elemento orientador na organização da atenção nos níveis primário, secundário e terciário. Elaborou-se o Mapa Estratégico com os seguintes conceitos: missão, visão, valores, resultado para a sociedade e perspectivas relacionadas aos processos, a gestão e garantia do aporte financeiro. Em seguida foi elaborado o Painel de Bordo com 23 indicadores de acompanhamento e avaliação relacionados às perspectivas. Para organizar a atenção primária, secundária e terciária foram estabelecidos a modelagem e protocolos que garantam uma atenção de qualidade. Os resultados alcançados em 3 anos de implantação das ações e serviços são demonstrados na diminuição da mortalidade materna e infantil em todo o Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Mortalidade materna, Mortalidade infantil.

Abstract

Paraná's Mother Network was defined as a priority for the Government Health Plan from 2011 to 2014 of the Beto Richa Governor. The priority was based on analysis of indicators of child and maternal mortality, which had showed stagnation of the indicators over the last years, and a great disparity between the health regions and the absence of all health care services needed for care of women and children. Above all, the high percentage of maternal deaths (85 %) and children (61 %) preventable. The Paraná's Mother Network is grounded in the conceptual framework of the Health Care Network proposed by Mendes (2010). This experience report aims to describe the organization and operation of the Network, and its achievements. Based on the epidemiological analysis, there was a need to establish risk stratification of pregnant women and children as a guiding element in the organization of care in primary, secondary and tertiary levels. We developed the Strategic Map with the following concepts: mission, vision, values, results for society and perspectives related to the processes, management and assurance of financial support. Then was prepared a Panel with 23 indicators for monitoring and evaluation related to the prospects. To organize the primary, secondary and tertiary care were established modeling and protocols that ensure quality care. The results achieved in 3 years of implementation of actions and services are demonstrated by the reduction of maternal and child mortality throughout the state.

KEYWORDS: Health Care, Health Care Network, Health Management, Maternal and Child Mortality.

Introdução

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 do Governador Beto Richa. Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, no período de 2006 a 2010 que apresentava a estagnação dos indicadores, uma grande desigualdade entre as regiões de saúde e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E acima de tudo o elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (61%) evitáveis.

A OPAS/OMS considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 NV.

A RMM no Paraná caiu de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em 10 anos. No período de 2001 a 2010 a RMM foi de 65,27/100.000 NV para 65,11/100.000 NV, indicando uma redução de apenas 0,2% em uma década. Ao analisar a causa desses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos, sendo que 71% dos óbitos

foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros¹.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e as hemorragias foram as causas mais frequentes, representando 32,6% das mortes registradas. Outro dado que chamava a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no estado, com o aumento de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009. Em parte esta situação foi atribuída à concentração do atendimento a gestantes em unidades centralizadas, o que afastou a gestante da realização do pré-natal nas unidades de atenção primária nos municípios.

O coeficiente de mortalidade infantil no Paraná demonstrava redução de 16,4 em 2002 para 12,15/1000 Nascidos Vivos (NV) em 2010, porém com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde, sendo que das 22 regiões, 14 apresentavam coeficientes acima da média do Estado. O componente neonatal (0 a 28 dias após o nascimento) representava 72% dos óbitos. Em

relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil/SIMI/SESA, 61,5% dos óbitos ocorridos em 2010 foram considerados evitáveis².

A partir da análise da mortalidade materna e infantil, no período de 2001 a 2010, era evidente a necessidade de se adotar novas medidas de intervenção para mudar esse quadro.

A Rede Mãe Paranaense³

A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010)⁴, que adotamos no Paraná como modelo de atenção, em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% da carga de doença no Paraná.

Toda a sua estruturação baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde - APS, a partir dos territórios sanitários resolutivos, na estratificação de risco das gestantes e dos seus bebês e a vinculação das gestantes ao hospital mais adequado a sua condição para a realização do parto de modo seguro e o mais natural possível.

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, que segundo população IBGE/2012, representavam 3.428.706 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC, em 2013 nasceram no Paraná 155.430 crianças e estima-se que foram atendidas 170.973 gestantes.

A Modelagem da Rede Mãe Paranaense

A modelagem da Rede iniciou-se com o levantamento e análise epidemiológica e a identificação do risco e o estabelecimento da estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e baseada em análise epidemiológica permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado e para quem mais se beneficia desses recursos. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco³.

- **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), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:

- **Raça e ou etnia da mãe** – No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando em risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado a mães brancas.

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

- **Grau de escolaridade da mãe** – No período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo, foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto

que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos representando em risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

- **Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior** - No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos 1 filho anterior morto, foi de 26,25 enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que tiveram filho morto.

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

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

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

- **Intercorrências clínicas:** Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (Infecção de repetição do Trato Urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual.

- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias); Retardo do crescimento intrauterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta prévia; Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); Sangramento de origem uterina; Isoimunização 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 da 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 garantir a integralidade do cuidado para as gestantes e seus bebês a SESA desenvolveu ações no sentido de garantir o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção. Mendes 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, buscam garantir a integralidade do cuidado⁵.

O Mapa Estratégico

O mapa estratégico representa uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos. Auxilia a organização dando visibilidade para suas estratégias de forma coesiva, integrada e sistemática, ou seja, permite visualizar os diferentes itens necessários ao Mapa numa cadeia de causa e efeito que conecta os resultados almejados com as ações e objetivos. Kaplan e Norton⁵, 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. Abaixo a visão arquitetônica do Mapa construído especificamente para a Rede Mãe Paranaense.

MAPA ESTRATÉGICO REDE MÃE PARANAENSE

Missão	Garantir acesso e atenção promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade.
Visão	Ser até 2020, o Estado com uma Rede de Atenção Materno-Infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
Valores	Compromisso Ética Vínculo Humanização
Resultados para a sociedade	Reduzir a mortalidade materna e infantil. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.
Processos	Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal parto e puerpério. Implantar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano. Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano. Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela linha guia .
Gestão	Contratualizar os hospitais para vinculação ao parto. Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil. Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Materno. Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Materno-Infantil. Consolidar sistema de governança da Rede de Atenção Materno-Infantil – Mãe Paranaense.
Financeira	Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos. Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais com garantia da vinculação do parto.

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 as 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. Toda a unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (APS) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da estratégia Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante de risco aos serviços de maior complexidade, contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UBS.

A Estratificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois desta forma a carteira da gestante e da criança permite a comunicação das equipes da APS com os demais níveis pontos de atenção secundários e terciários. Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um Termo de compromisso, onde consta o que o município se compromete a executar e os indicadores de acompanhamento.

Na Atenção 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 Centros Mãe Paranaense, e especificamente têm a competência de atender as gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário e alto risco¹.

O modelo de atenção para os Centros 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. Nestes Centros é importante que estejam disponíveis profissionais como: endocrinologistas, pediatras, cirurgiões pediatras, nefrologistas, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiras obstétricas), farmacêuticos entre outros.

Na Atenção Terciária

Na atenção terciária, a Rede Mãe Paranaense se organizou em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e nas macrorregionais, estes 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 vinculados. A estratificação de risco da gestante define a vinculação da gestante ao serviço hospitalar conforme a tipologia definida.

Monitoramento do desempenho

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo, que segundo Norton e Kaplan⁵, permite quantificar o desempenho das ações a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidas no mapa estratégico. Permite ainda refletir o equilíbrio entre os objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e, ainda, entre as perspectivas interna e externa de desempenho.

O painel de bordo para a Rede Mãe Paranaense estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: Resultado para a sociedade, indicadores de

processo, indicadores de gestão e, por último, indicadores relacionados ao financiamento. Para dez (10) objetivos estratégicos elencaram-se

vinte e três (23) indicadores, que possibilitam o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

REDE MÃE PARANAENSE – PAINEL DE BORDO

	Objetivo estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1. Reduzir mortalidade materna e infantil.	1.1. Razão de morte materna. 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil.
	2. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno-infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede.
Processo	3. Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação.
		3.2. Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses.
		3.3. Cobertura vacinal em menores de um ano.
		3.4. Número absoluto de crianças com sífilis congênita.
		3.5. % de partos prematuros.
		3.6. Taxa de cesarianas.
4. Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de alto risco.	4.1. % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos.	
	4.2. % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos.	
5. Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1. % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco.	
	5.2. % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.	
6. Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de um ano.	6.1. % de cobertura de gestantes de alto risco.	
	6.2. % de cobertura de crianças de risco menores de um ano.	
Gestão	7. Consolidar o sistema de governança da Rede Mãe Paranaense.	7.1. % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação ao Centro Mãe Paranaense e aos hospitais contratados.
		7.2. % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas no Centro Mãe Paranaense.
		7.3. % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Paranaense.
	8. Implantar Gestão de Caso na Atenção Primária à Saúde.	8.1. % de gestantes de alto risco monitoradas. 8.2. % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas.
Financiamento	9. Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede Mãe Paranaense.	9.1. % de carteiras de gestantes encaminhadas.
		9.2. % de carteiras de crianças encaminhadas.
	10. Garantir Incentivo Financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças conforme a linha guia.	10. % de municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense e estão realizando as ações da linha guia.

Investimentos na Rede Mãe Paranaense

Para a conformação da Rede com vistas à qualidade de atenção pretendida, a SESA estabeleceu um aporte de investimentos destinados à Atenção Primária à Saúde, APSUS, que tem como missão organizar as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios do Paraná, para a promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida e principalmente a gestante e a criança. Os municípios do Paraná recebem recursos mensalmente destinados ao custeio da Atenção Primária à Saúde, na ordem de R\$ 38 milhões/ano. Para investimento em construção, ampliação e reforma de Unidades Atenção Primária à Saúde e aquisição de equipamentos, em 2013 foram repassados mais de R\$ 50 milhões, e paralelo a estes recursos as equipes de atenção primária estão sendo capacitadas com vistas à melhoria e mudança do processo de trabalho. Os profissionais da atenção primária dos municípios participam das oficinas do APSUS. No período 2012 a 2013 foram realizadas sete oficinas, com mais de 30.000 trabalhadores capacitados.

Na atenção secundária ambulatorial, o COMSUS é um programa que tem por propósito qualificar a atenção secundária ambulatorial, onde a SESA, junto com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, implementa um novo modelo de atenção com base nas Redes e que permite uma integração com a atenção primária e terciária à saúde. Neste ponto de atenção, o Centro Mãe Paranaense, se localiza e atende a gestante e a criança na perspectiva de suprir suas necessidades biológicas e sociais, contando, portanto, com uma equipe multiprofissional e multidisciplinar. A SESA aloca mensalmente recursos de custeio para os Centros Mãe Paranaense, assim como foram realizados investimentos para aquisição de equipamentos.

Na atenção hospitalar o Programa HOSPSUS definiu 22 hospitais que são referência para a gestante de alto risco. São repassados mensalmente recursos financeiros para apoio ao custeio mensal, assim como equipamentos para melhoria dos

hospitais, e a capacitação de profissionais por meio de cursos tais como Emergências Obstétricas e Reanimação Neonatal. Para a atenção à gestante de risco intermediário e risco habitual, foram contratados 96 hospitais que atenderam ao chamamento público.

Outro componente importante na organização da Rede Mãe Paranaense é a educação continuada. Para que este propósito aconteça de um modo sistemático a SESA conta com parceria com as sociedades científicas (Associação Brasileira de Enfermagem-seção Paraná, Sociedade Paranaense de Pediatria e Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná) para capacitação de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Concomitante à organização da Rede, implantou-se o telessaúde com quatro (4) núcleos, localizados nas quatro macrorregiões do Paraná, macrorregiões leste, norte, noroeste e oeste, e que têm por objetivo apoiar os profissionais que atuam na Atenção Primária, possibilitando consultas aos núcleos das dúvidas clínicas e de gestão e até de confirmação de diagnóstico.

Resultados

Nesses três anos de trabalho de implantação das ações da Rede Mãe Paranaense, verificamos a melhora expressiva em vários indicadores. Em 2012, tivemos uma redução de 40% dos óbitos em relação a 2010, a RMM caiu de 65,11/2010 para 39/100.000 NV em 2012, ou seja, em 2 anos com a implantação das ações da Rede Mãe Paranaense a redução da mortalidade materna foi maior que nos últimos 20 anos.

Outro dado importante nessa redução que verificamos foi a redução no número de óbitos maternos em 50% por DHEG e 40% por hemorragias em relação a 2010. Entretanto, observamos um aumento nos casos de óbito por infecção.

As taxas³ de cesariana, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC),

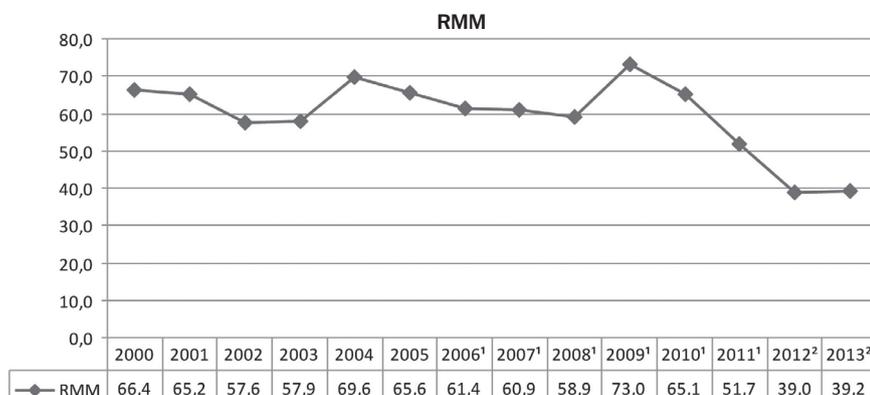
3 Os resultados foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do banco estadual do Paraná.

têm variado entre 2010 e 2013, de 58,6% e 63,7%, respectivamente. Contudo, ao separarmos o percentual de cesarianas realizadas no SUS verificamos que em 2013 tivemos 55,4% de partos normais. Esse dado elevado do Paraná é em razão

do elevado percentual deste procedimento nas usuárias de planos de saúde e particulares.

Já a proporção de pré-natal com sete ou mais consultas tem se mantido em torno de 80% em 2013.

Gráfico 1. Série Histórica de Razão de Mortalidade Materna, segundo período de 2000 a 2013², Paraná.



Fonte dos anos de 2000 a 2005: Comitê Estadual de Mortalidade Materna e Infantil.

Fonte dos anos de 2006 a 2013: SIM/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR.

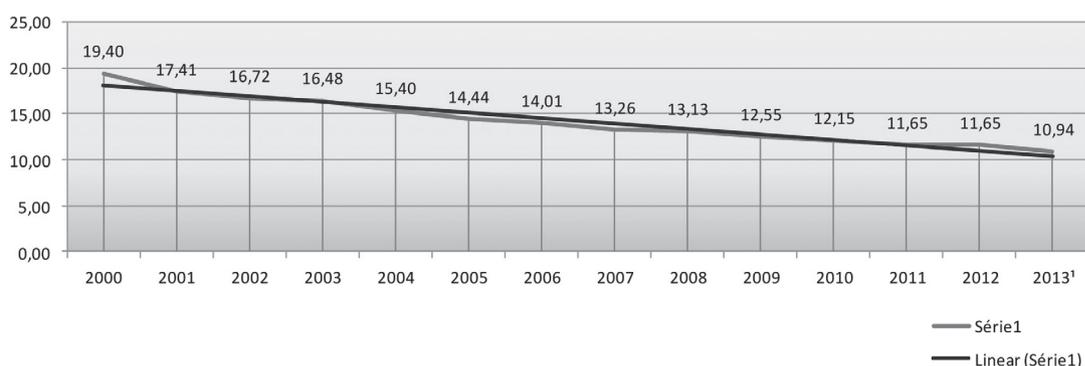
Nota¹: Resultados do período de 2006-2011 com fechamento do banco de dados da SESA-PR, em conformidade com o Ofício Nº 33/12 CEPMM - Nota²: Resultados preliminares, sujeitos a alteração. (DBF: 07/04/2014)

Mortalidade Infantil

Ao analisarmos a mortalidade infantil no Paraná, observamos a linha de tendência decrescente deste indicador no período entre 2000 e 2013, obtendo valores de 19,40 e 10,94 por mil NV, o que reflete uma diminuição acima de 40%

ao longo deste período, já quando analisado o período entre 2010 e 2013, ocorreu uma queda de 10% (Gráfico 2) comparado o coeficiente de 2010, 12,15/1000 NV. Contudo estes resultados não se distribuem homogeneamente no Estado do Paraná.

Gráfico 2. Série Histórica da Taxa de Mortalidade Infantil/1.000 NV Paraná, 2000 a 2013².



FONTE: SIM/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR

Nota¹: Resultados do período de 2000-2011 com fechamento do banco de dados da SESA-PR

Nota²: Resultados preliminares, sujeitos a alteração. (DBF: 07/04/2014)

Conclusões

A melhoria dos indicadores da atenção materno-infantil e em especial a queda da mortalidade materna de forma rápida e que tem se mostrado consistente é resultado das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense. A frequência do evento óbito é cada vez menor em termos absolutos, e este é um grande desafio, reduzir cada vez mais. Esta realidade aponta para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência já que a maior parte dos casos é decorrente de causas evitáveis, portanto a redução da RMM e CMI no Paraná ainda é um objeto a ser buscado constantemente.

Para a organização de Rede de Atenção, fomos desafiados cotidianamente frente à complexidade de mudar conceitos e processos de trabalho nas equipes de saúde. No entanto, o planejamento das ações com base nas necessidades da população foi basilar para uma boa aceitação das propostas e os resultados alcançados. E ainda, ressalta-se a aplicação das ferramentas do planejamento com o alinhamento dos objetivos estratégicos e a alocação dos recursos financeiros. Além disso, o monitoramento constante do evento óbito nos permite o acompanhamento e a constatação dos problemas para uma intervenção rápida objetivando sempre a melhoria da atenção materno-infantil, para que a vida que nasce no Paraná venha com saúde!

Referências

1. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Perfil da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná, 2014.
2. 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.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, 2013.
4. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.
5. Kaplan, RS, Norton, DP. A estratégia em ação: Balanced Scorecard. (7a. ed.). Rio de Janeiro, 1997. Campus.