

Brasil: Programa mãe curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná.

Eugênio Vilaça Mendes¹

I. O Município de Curitiba

A cidade foi fundada no século XVII e passou por vários ciclos econômicos como o da mineração, da atividade tropeira, da erva-mate e da madeira. No final do século XIX recebeu forte imigração europeia, especialmente de alemães, italianos, poloneses e ucranianos. A mítica imigrante do trabalho, aliada à criatividade da gente brasileira e a gestões municipais com continuidade administrativa, acabaram criando uma cidade planejada, com reconhecimento internacional em campos como o da gestão urbana, meio ambiente e transporte coletivo.

Curitiba é a capital do estado do Paraná, um dos três estados que constituem a Região Sul do Brasil. Situa-se num altiplano de 934 metros e ocupa uma área de 430,9 kms².


Figura 1: A localização de Curitiba



A população curitibana é de 1.851.213 habitantes, sendo 48% do sexo masculino (886.056 pessoas) e 52% do sexo feminino (965.157 pessoas). Do ponto de vista demográfico, 31,3% são jovens de 0 a 19 anos, 59,0% são adultos de 20 a 59 anos e 9,7% são idosos de mais de 60 anos. As mulheres em idade fértil são 622.282 e a taxa de fecundidade é de 1,45.

Curitiba consolida-se como centro de prestação de serviços e de atração e irradiação de tecnologia de vanguarda, ao mesmo tempo em que descentraliza para outros municípios paranaenses os investimentos industriais. O PIB per capita, em 2006, foi de R\$ 17.977,00.

¹ Trabalho apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde como produto do contrato BR/CNT/0900947.001. Outubro de 2009



O IDH de Curitiba foi de 0,856, um valor considerado elevado e apresenta o melhor índice de condições de vida do país.

O município constitui o pólo da Região Metropolitana de Curitiba que é composta por 26 municípios e que tem uma população de 3.261.168 habitantes. A taxa de crescimento econômico da Região Metropolitana foi de 3,4% no período de 2000 a 2006 e o PIB per capita, em 2006, foi de R\$ 37,7 bilhões.

Nas duas últimas décadas Curitiba esteve voltada para o seu planejamento urbano e, no momento, avança no sentido de estender seus serviços e soluções de excelência para toda Região Metropolitana. É assim com o transporte coletivo que já chega a 13 cidades vizinhas e com a coleta seletiva de lixo, já adotada por 14 cidades.

II. Metodologia

Para o estudo de caso foi definido, como unidade de análise, o programa de atenção às mulheres e às crianças de Curitiba, o Programa Mãe Curitibana, procurando verificar se essa resposta social estruturada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, organiza-se como uma rede de atenção à saúde. A escolha do programa Mãe Curitibana foi feita pela Organização Pan-Americana da Saúde, segundo critérios de seleção e elegibilidade definidos por essa Organização.

O foco da análise está centrado nos componentes de atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, de planejamento familiar e de saúde infantil dos programas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O estudo foi feito utilizando-se diferentes instrumentos metodológicos:

Análise documental: foram selecionados vários documentos que dizem respeito à história do programa, sua evolução, seus componentes e avaliações de seus resultados;

Entrevistas: foram realizadas entrevistas com atores-chave como gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, profissionais de unidade de saúde, membro do controle social e pessoas usuárias do programa;

Visitas de campo: foram realizadas visitas de campo a serviços do programa como unidade de atenção primária à saúde, unidade de referência secundária ambulatorial e hospital.

Como eixo de análise adotou-se uma concepção de redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada

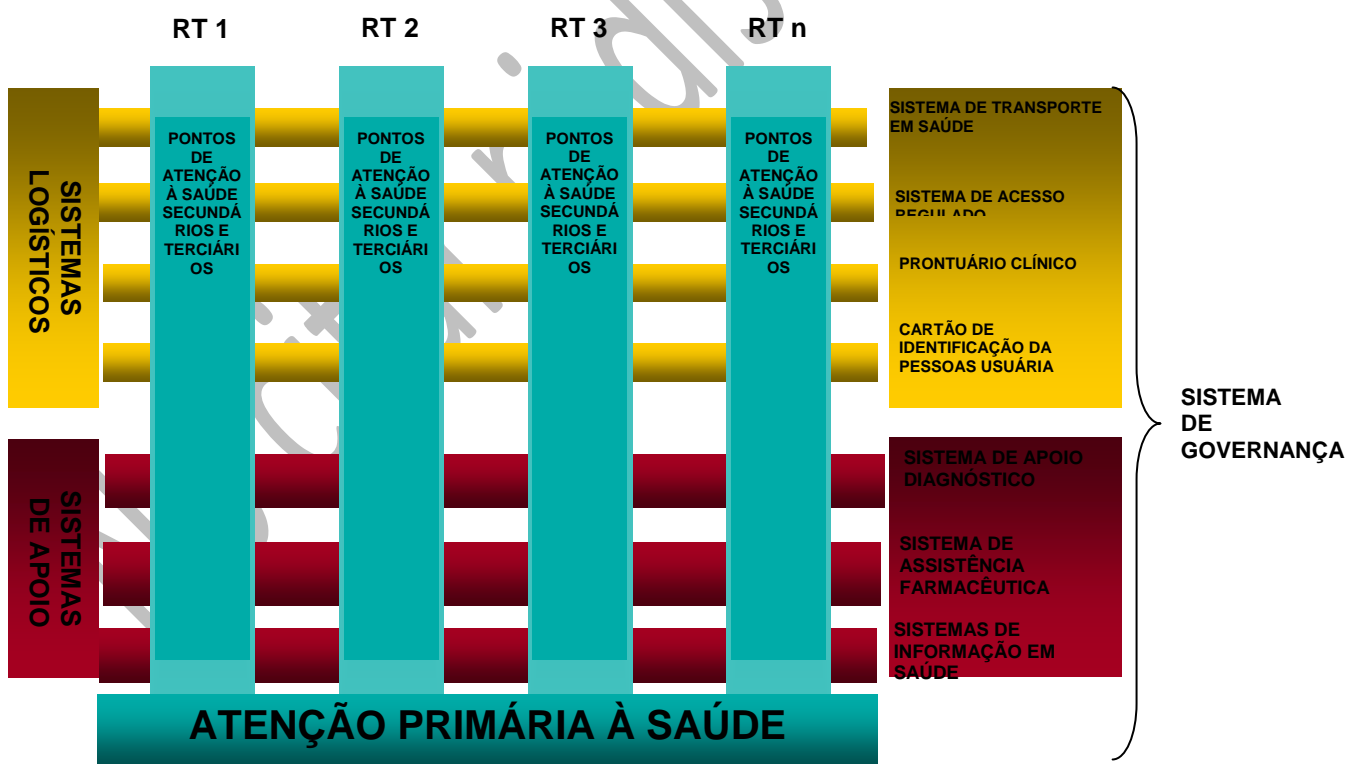
pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

As redes de atenção à saúde compõem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (Mendes, 2009).


O primeiro elemento das redes de atenção à saúde, e sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e que vive em territórios sanitários singulares.

O segundo elemento é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Ela é composta por cinco componentes: a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, tal como se mostra na Figura 2.

Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



RT: Redes temáticas



As redes estruturam-se a partir da atenção primária à saúde que cumpre, nelas, três funções: a de resolução de 85% dos problemas, a de centro de comunicação que coordena todos os componentes das redes e a de responsabilização pela saúde da população.

Os pontos de atenção secundários e terciários funcionam como equipamentos de maior densidade tecnológica que, em realidade, constituem os únicos serviços verticais das redes, o que decorre das imposições da divisão técnica do trabalho.

Há três sistemas de apoio principais, estruturados transversalmente a todas as redes temáticas: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde.

Há quatro sistemas logísticos principais, também estruturados transversalmente para todas as redes temáticas, e que devem garantir a fluidez dos fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de todas as redes: o cartão de identificação das pessoas usuárias, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes em saúde.

A governança da rede é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes. A governança compõe-se de uma institucionalidade, de um sistema gerencial e de um sistema de financiamento e do controle social.

O terceiro elemento das redes de atenção à saúde é o modelo de atenção. O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente de saúde, da situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. O modelo de atenção à saúde envolve ações e promoção da saúde sobre uma população total, ações de prevenção de condições de saúde sobre as subpopulações com fatores de risco associados a comportamentos e estilos de vida (tabagismo, sobrepeso ou obesidade, alimentação inadequada, uso abusivo de álcool, sedentarismo), ações de gestão da clínica sobre condições de saúde estabelecidas (gravidez ou doenças). Há duas tecnologias de gestão da clínica fundamentais: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

A análise de processos e resultados fez-se de acordo com o clássico modelo de Donabedian (1973).


III. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e o Programa Mãe Curitibana

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem, historicamente, uma posição de vanguarda no SUS. Por exemplo, foi a primeira a adotar a declaração de nascidos vivos; foi a primeira a adotar um prontuário eletrônico e um cartão de identificação das pessoas usuárias; foi a primeira a elaborar e adotar rotineiramente diretrizes clínicas; e foi a primeira a adotar tecnologias de gestão da clínica.

A construção do Programa Mãe Curitibana e seu aperfeiçoamento ao longo do tempo, fez-se por processos sociais sucessivos dentre os quais se destacam: criação da Secretaria Municipal de Saúde em 1986; instalação da primeira Unidade 24 horas em 1991; implementação do processo de territorialização e instituição dos distritos sanitários e das autoridades sanitárias locais, em 1992; início do processo de implantação das equipes de saúde da família, em 1993; implantação da central de marcação de consultas, em 1994; oferta do curso de gestão de unidades básicas de saúde, em 1995; consolidação do bônus por desempenho, em 1995; assunção da gestão semi-plena, em 1996; assunção da gestão plena, em 1998; introdução dos agentes comunitários de saúde, em 1999; implantação do Programa Mãe Curitibana em 1999; elaboração do protocolo de atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério em 2000; elaboração do protocolo de planejamento familiar e risco reprodutivo em 2000; implantação do prontuário eletrônico integrado, em 2001; implantação do sistema integrado de serviços de saúde, em 2001; implantação do Programa Mulher de Verdade de atenção às mulheres vítimas de violência em 2002; implantação da Rede de Proteção À Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência em 2002; implantação do contrato de gestão com os profissionais da atenção primária à saúde, em 2004; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 2004; implantação da Unidade Sanitária Mãe Curitibana em 2006; implantação do Pai Presente em 2009; elaboração do protocolo de urgências e emergências em obstetria em 2009.

O Programa Mãe Curitibana foi instituído pela Resolução nº 002/99, de Secretaria Municipal de Saúde, de 8 de março de 1999. Assim, o programa completa, neste ano de 2009, 10 anos de existência (Jimenez et al., 2001).

A análise de situação que precedeu e justificou o programa mostrava que as gestantes não tinham acesso a serviços pré-natais em quantidade e qualidade e que peregrinavam, em trabalho de parto, por diversas maternidades, sem garantia de atendimento. 30% das gestantes iam a mais de uma maternidade na hora do parto. A desorganização dos fluxos de assistência hospitalar à gestante evidenciava várias barreiras ao acesso ao parto como a falta de vagas nas maternidades, a prática ilegal de cobrança às usuárias do SUS como condição de atendimento e a ausência de políticas de acolhimento e humanização. A ausência de diagnósticos de riscos e de vinculação das gestantes às maternidades por riscos gerava situações irracionais em que maternidades de maior densidade tecnológica, aptas para a atenção às gestantes de alto risco, estavam com seus leitos ocupados por gestantes de baixo risco. Os leitos de UTI neonatal eram ocupados por crianças com prematuridade evitável.



Havia treze maternidades contratadas pelo SUS com excesso de oferta de leitos obstétricos e, algumas delas, com problemas de queixas de pessoas usuárias, de desobediência às normas da Vigilância Sanitária e com práticas de baixa qualidade e inseguras, o que levou à desvinculação de sete delas do Sistema Municipal de Saúde.

A Resolução que criou o programa deu as instruções normativas para operacionalização do Mãe Curitibana relativas às Unidades de Atenção Primária à Saúde, à Unidade de Saúde da Mulher, à Central de Marcação de Consultas Especializadas, às maternidades e aos serviços de referência para gestação de risco. Ao longo do tempo, nesses dez anos de continuidade do Mãe Curitibana, o programa vem passando por sucessivos aperfeiçoamentos, mas mantendo uma estrutura construída em sua concepção original.

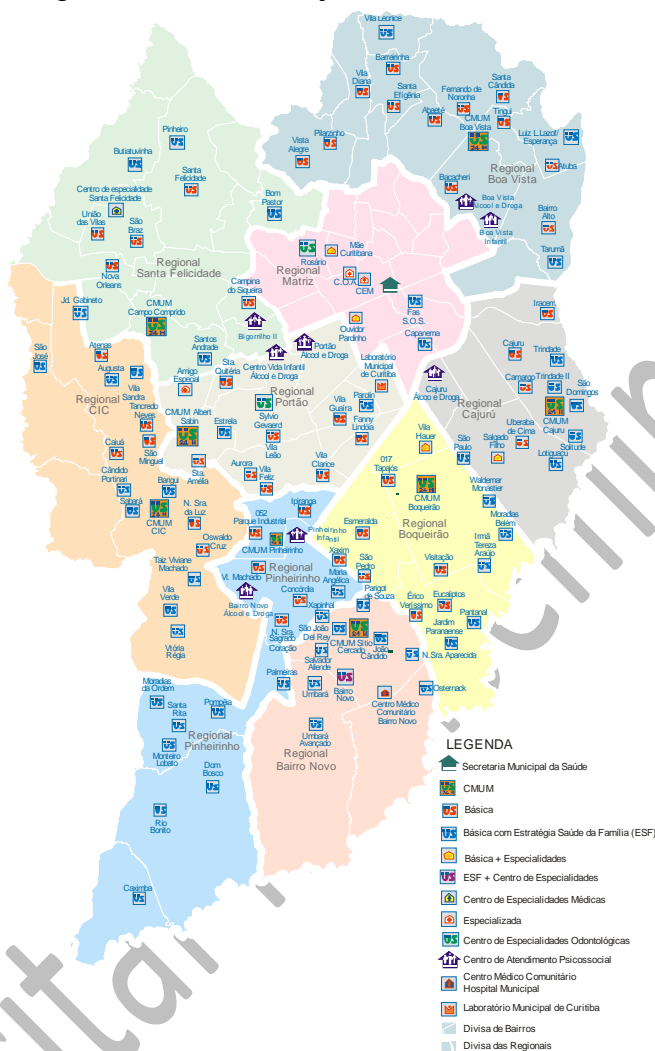
IV. O Programa mãe Curitibana na Perspectiva das Redes de Atenção À Saúde

A descrição do programa Mãe Curitibana far-se-á adotando os elementos das redes de atenção à saúde: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde estabelecidos no modelo de análise.

1. A população e os territórios sanitários

O processo de territorialização em Curitiba, iniciado em 1992, articulou-se com uma política de descentralização da saúde e implementou-se através de um novo paradigma de prática sanitária, o da vigilância à saúde. Esse processo de territorialização incluiu os conceitos de: cidadania, o qual aponta para o direito à vida e à saúde e para o empoderamento dos cidadãos; territorialidade, que implica um saber a respeito de territórios-processo, ou seja, algo mais que a simples área geográfica onde as intervenções de saúde deverão ocorrer; e organização dos serviços para resolver problemas de saúde no território singular (Giacomini, 1994; Moysés et al, 2001).

Figura 3: A distritalização sanitária de Curitiba



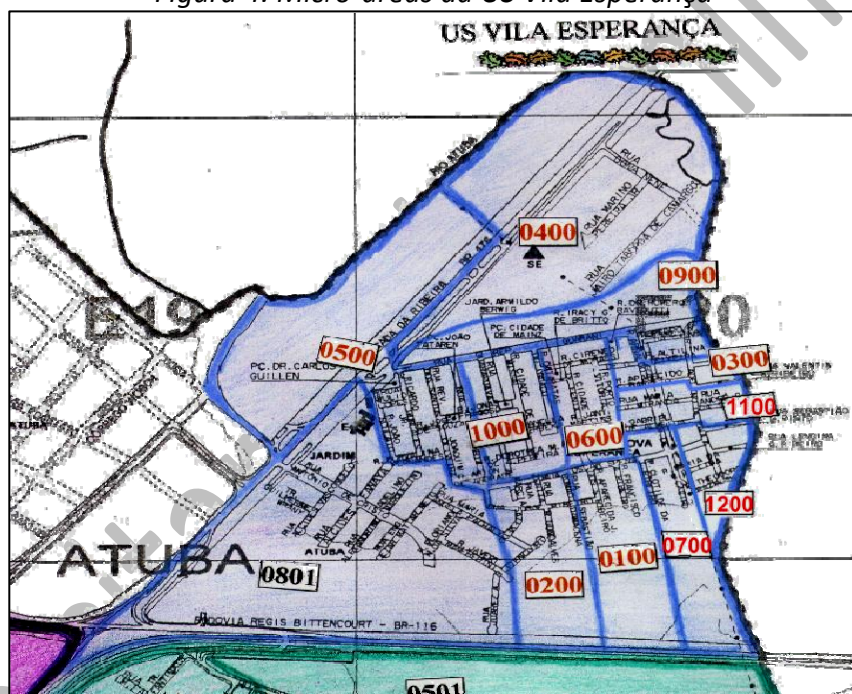
Os territórios sanitários definidos foram: o domicílio, correspondente à unidade residencial de cada família; a micro-área, espaço de atuação de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que envolve 100 famílias, em média; a área de abrangência, o espaço de responsabilidade de cada unidade de atenção primária à saúde ou de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e onde deve dar-se a auto-suficiência em atenção primária à saúde; o distrito sanitário, espaço de, mais ou menos, 200 mil pessoas, onde se deve ofertar a atenção secundária; e o município, o espaço geográfico do município, onde deve se dar a auto-suficiência em atenção terciária. Portanto, os territórios sanitários estão articulados com os níveis de atenção para a conformação das redes de atenção à saúde e constituem espaços de responsabilização sanitária dos diferentes atores institucionais da saúde.

O município está dividido em 9 distritos sanitários, em cada um deles existe uma autoridade distrital que articula as unidades de atenção primária de seu território com as unidades de saúde secundárias e terciárias.

A Figura 3 mostra a distritalização sanitária de Curitiba e as diferentes unidades de saúde localizadas em cada distrito.

No âmbito local da área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde há uma subdivisão por micro-áreas que são os territórios de responsabilidade de cada Agente Comunitário de Saúde. A Figura 4 mostra um exemplo de territorialização em micro-áreas da US Vila Esperança.

Figura 4: Micro-áreas da US Vila Esperança



Um fator importante na construção da base territorial de saúde de Curitiba foi, de um lado, a existência de um planejamento urbano integrado e, de outro, a adequação dos territórios sanitários aos fluxos determinados pela rede de transportes urbanos. Por exemplo, as unidades ambulatoriais de atenção às urgências e emergências foram estrategicamente localizadas nos pontos de confluência das linhas de ônibus.

A construção das redes de atenção à saúde faz-se através de uma integração dos territórios sanitários, dos níveis de atenção e dos pontos de atenção à saúde. Na Tabela 2 mostra-se como isso se dá no programa Mãe Curitibana.

Tabela 2: Base territorial, níveis de atenção e pontos de atenção à saúde do Programa Mãe Curitibana

TERRITÓRIO SANITÁRIO	NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Domicílio Micro-área Área de abrangência	Primário	Agente Comunitário de Saúde Unidade de Atenção Primária à Saúde (US)
Distrito Sanitário	Secundário	Unidade de Saúde Mãe Curitibana Unidade de internação pediátrica secundária Maternidade de baixo risco
Município	Terciário	Unidade de internação pediátrica terciária Maternidade de alto risco

A população de cada área de abrangência está cadastrada na atenção primária à saúde. A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive nos territórios sanitários, organiza-se socialmente em famílias e é registrada por subpopulações de riscos sócio-sanitários.

O programa Mãe Curitibana já acompanhou, nos seus dez anos de existência, 166.169 gestantes. Em 2008, das 25.000 gestantes do município, 15.200 (60,8% do total) foram atendidas, no SUS, pelo programa; as demais foram atendidas pelo setor privado (sistemas privados de saúde suplementar ou sistemas de desembolso direto). À medida que o programa Mãe Curitibana vai se aperfeiçoando, muitas mulheres portadoras de planos privados de saúde têm utilizado, total ou parcialmente, os serviços do SUS.

2. A estrutura operacional do programa Mãe Curitibana

2.1. A atenção primária à saúde

A atenção primária à saúde é prestada em 104 unidades de saúde (US's), sendo que 53 delas operam com o modelo de um programa nacional, o Programa de Saúde da Família (PSF), e, as outras 51, por meio de unidades básicas tradicionais. Nas 53 US's com PSF funcionam 166 equipes do Programa de Saúde da Família e nas US's básicas tradicionais funcionam 139 equipes, totalizando 315 equipes de atenção primária à saúde.

As unidades de atenção primária à saúde são prédios construídos segundo projeto padrão que fazem parte do mobiliário urbano da cidade. São amplas e dispõem de todos os materiais e equipamentos necessários para ofertar a carteira de serviços definida nos protocolos assistenciais. Ou seja, há um adensamento tecnológico da atenção primária à saúde para que ela seja resolutiva. Contam, ademais, com um espaço amplo, multi-uso, onde se concentram as ações de educação em saúde. A Figura 5 mostra uma unidade de atenção primária à saúde de Curitiba.

Figura 5: Unidade padrão de atenção primária à saúde de Curitiba



As US's com PSF funcionam com médicos generalistas que, como todos os outros profissionais da equipe, trabalham oito horas diárias, desenvolvendo atividades internas e externas, propiciando maior vínculo com a população e melhor conhecimento do território. Num único prédio operam, em média, três equipes de PSF. Cada equipe de PSF acompanha, em média, mil famílias e se compõe de um médico generalista, um enfermeiro, três ou quatro auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

Diferentemente, as US's tradicionais atuam com médicos das especialidades básicas (pediatra, gineco-obstetra e clínico) que trabalham quatro horas diárias, exclusivamente nas atividades internas da unidade. Elas têm, também, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Em ambos os modelos, ofertam-se atendimentos à demanda espontânea e atendimentos programados, há o processo de territorialização e pratica-se o conceito de vigilância em saúde.

As unidades de atenção primária à saúde estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários, mas aquelas operadas por equipes de PSF concentram-se nas áreas de maior vulnerabilidade social. Foi, assim, que se procurou aplicar, na prática social, o princípio da equidade.

Um estudo comparativo desses dois tipos de US's em Curitiba, realizado recentemente, utilizando o PCATool validado para o Brasil, mostrou que as US's com PSF cumprem, melhor, os atributos da atenção primária à saúde que as US's básicas tradicionais, tal como se demonstra na Tabela 3.

Tabela 3: Escores médios dos atributos da atenção primária à saúde nas US's básicas tradicionais e nas US's com PSF

ATRIBUTOS	US's TRADICIONAIS	US's COM PSF
Essenciais	6,2	7,0
Acessibilidade	4,7	5,1
Longitudinalidade	6,2	5,7
Coordenação	6,9	7,0
Integralidade	5,9	8,3
Derivados	7,7	8,3
Orientação familiar	7,8	8,5
Orientação comunitária	7,6	8,1
Geral	6,6	7,4

Fonte: Chomatas (2009)

A carteira de serviços do programa Mãe Curitibana, na atenção primária à saúde compõe-se de (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2005a; Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2005b):

Atenção pré-natal de baixo risco: captação, inscrição e vinculação à maternidade segundo risco; avaliação clínico-obstétrica; classificação do risco gestacional (baixo risco e alto risco); acompanhamento do pré-natal das gestantes de baixo risco; orientação das gestantes (pasta da gestante, oficinas, visita à maternidade, orientações sobre urgências obstétricas, avaliação do estado nutricional, aleitamento materno, vacinação, saúde mental das gestantes e saúde bucal nas gestantes); intercorrências no pré-natal (queixas mais comuns e intercorrências clínicas e obstétricas); prevenção e tratamento das infecções maternas e congênitas (toxoplasmose materna, toxoplasmose congênita, prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita, tuberculose e hepatite B na gestação); prevenção e tratamento das patologias associadas à prematuridade (doenças sexualmente transmissíveis, infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B, infecção do trato urinário prevenção da doença hemolítica perinatal, diabetes gestacional, síndromes hipertensivas na gestação e tabagismo); estímulo à participação dos pais no pré-natal; e organização das visitas das gestantes às maternidades no sexto mês de gravidez.

Planejamento familiar: assistência à pré-concepção, à anticoncepção e à infertilidade conjugal.

Monitoramento da gestante de alto risco até a consulta puerperal.

Atenção puerperal: consulta puerperal no 7º ao 10º dia após o parto (agendada diretamente pela maternidade na unidade de atenção primária à saúde); consulta do bebê para avaliação; captação da mãe para o planejamento familiar; captação do bebê para o programa da criança.

Atenção à criança: visita domiciliar ao recém-nato; recebimento da declaração de nascimento com classificação de risco; visita domiciliar ao faltoso à consulta puerperal e às crianças de alto risco; acompanhamento de risco evolutivo; e acompanhamento da criança segundo o protocolo clínico.

Essas atividades são registradas pelas pessoas usuárias por meio da carteira de pré-natal da Mãe Curitibana e das cadernetas de saúde da criança, diferenciadas para meninos e meninas, conforme se vê na Figura 6.

Figura 6: Carteira de Pré-natal da Mãe Curitibana e Caderneta de Saúde da Criança Curitibana



Quando a mulher procura a US e se confirma a gravidez ela é automaticamente inscrita no programa. Neste momento ela é orientada sobre a importância do pré-natal, a prevenção da toxoplasmose, das doenças sexualmente transmissíveis e aconselhada a realizar o pré-teste para HIV, bem como a respeito dos cuidados gerais na gestação. São realizados os seguintes procedimentos: abertura do prontuário de pré-natal; entrega da Pasta da Gestante com preenchimento dos dados de identificação na carteira da gestante e orientação dos conteúdos educativos; explicação detalhada do funcionamento do programa; vinculação da gestante à maternidade de referência e obtenção do número do SISPRENATAL (sistema nacional de informação para acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do SUS).

Após a solicitação dos exames de rotina do pré-natal agenda-se a primeira consulta com o médico para a análise dos resultados dos exames e o estabelecimento da conduta. As consultas subsequentes deverão ser mensais até o sétimo mês, quinzenais durante o oitavo mês e semanais durante o nono mês até o parto. Um número mínimo de quatro consultas médicas e de três de enfermagem constitui o parâmetro mínimo para um pré-natal de qualidade. Esse mínimo deverá distribuir-se assim: uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e quatro consultas no terceiro trimestre. A presença de indicadores de risco é investigada em todas as consultas. Quando houver suspeita ou diagnóstico de alto risco a gestante é encaminhada, para avaliação, em serviço de referência de pré-natal de alto risco. Se este serviço confirmar o risco, ele determina a conduta e o local de acompanhamento desta gestante que é vinculada a uma maternidade de alto risco.

O Boxe 1 sintetiza uma visita de campo realizada na US de Xapinhal

2.2. Os pontos de atenção secundários e terciários

Os pontos de atenção secundários e terciários do programa Mãe Curitibana são: atenção secundária ambulatorial, a US Mãe Curitibana; a atenção hospitalar secundária: as maternidades de risco habitual; e atenção hospitalar terciária: as maternidades de alto risco.

2.2.1 A US Mãe Curitibana

A Unidade de Saúde Mãe Curitibana é uma unidade ambulatorial de referência secundária para gestantes e crianças de risco para todo o município. Ao mesmo tempo, desempenha as funções de atenção primária à saúde para os moradores do Distrito Sanitário Matriz, onde se localiza.

Esta US foi inaugurada em 2006, ocupa uma área de 3.250 ms², um prédio de quatro andares, com trinta e cinco consultórios, área de lazer, brinquedoteca e uma planta de mais de 100 servidores. A Figura 7 mostra uma visão externa dessa unidade.

Boxe 1: O programa Mãe Curitibana na US Xapinhal

A US de Xapinhal está localizada no Distrito Sanitário do Bairro Novo, região Sul de Curitiba. Tem uma população adscrita de 9.500 habitantes.

A região é considerada socialmente vulnerável e, por essa razão, o número de pessoas cobertas por planos privados de saúde é muito baixo, o que significa uma dependência quase total aos serviços do SUS.

A US funciona com três equipes de PSF (médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). A equipe oferta todos os serviços previstos nos

protocolos do Mãe Curitibana na atenção primária à saúde para gestantes e crianças de baixo riscos: atenção ao pré-natal, planejamento familiar e saúde da criança. A atenção médica é prestada por um médico generalista. Os agentes comunitários de saúde têm uma forte inserção na comunidade.

As gestantes de baixo risco são vinculadas ao Centro Médico Comunitário Bairro Novo, hospital localizado no mesmo Distrito Sanitário e as gestantes de alto risco são vinculadas a uma das duas maternidades de alto risco do SUS (Hospital das Clínicas e Hospital Evangélico).


Uma entrevista, em grupo, feita com membros da equipe de saúde (médico, enfermeiro e autoridade sanitária local) evidenciou os seguintes pontos fortes do programa Mãe Curitibana naquela US: o pré-natal de qualidade, a oferta de todos os exames complementares com coleta local; a orientação para a amamentação; as vacinações; o pai presente no pré-natal e nas visitas às maternidades; o forte vínculo das mulheres com a equipe; a boa aceitação pelas gestantes do pré-natal feito pelo médico de família; e a parceria com o Conselho Local de Saúde. Como ponto fraco foi mencionado a lentidão do prontuário clínico eletrônico.

Os profissionais entrevistados estão felizes e com moral elevado. Um deles disse: “Eu trabalhei num centro de urgência e não me realizava lá. Aqui eu me encontrei. Sinto-me valorizada como profissional de saúde. Até meu colesterol baixou”. O outro falou: “Estou feliz trabalhando aqui porque sou membro de uma equipe ótima. O Mãe Curitibana presta serviços melhores que os planos privados de saúde”. Um terceiro observou: “A nossa comunidade apresenta vulnerabilidade social, mas temos boa parceria. Aqui não se picha a unidade de saúde, não se roubam equipamentos e não se pratica violência com as equipes de saúde”

Quando os profissionais de saúde foram perguntados se indicariam a US para a atenção a gestantes de sua família todos foram unânimes em dizer que sim.

Figura 7: A US Mãe Curitibana





A carteira de serviços relativos à função de referência secundária para a rede Mãe Curitibana envolve: pré-natal de gestantes de alto risco segundo o protocolo assistencial; aleitamento materno; ecografia para gestantes de alto e baixo riscos; ecografia morfológica para diagnóstico de malformações; planejamento familiar; cirurgia de alta frequência; colposcopia; mastologia, mamografias e biópsias para rastreamento de câncer de mama; ginecologia infantil, para adolescentes e para mulheres no climatério; atendimento ao recém nascido de alto risco e às crianças de alto risco, segundo o protocolo assistencial; eletrocardiografia; eletroencefalografia; e subespecialidades pediátricas como cardiologia, gastroenterologia, infectologia, neurologia, psiquiatria e endocrinologia.

No período 2007/2008 a US Mãe Curitibana teve uma produção de 28.559 ecografias, 6.655 eletrocardiogramas, 1.923 colposcopias.

2.2.2. A atenção hospitalar ao parto e ao recém nascido

A atenção ao parto é feita segundo um fluxo, conforme se vê na Figura 8, que parte da classificação do risco gestacional.

As gestantes de baixo risco serão vinculadas e farão seus partos nas maternidades de baixo risco e as gestantes de alto risco serão vinculadas e farão seus partos nas maternidades de alto risco. A diferença fundamental é que as maternidades de alto risco devem ter unidades de tratamento intensivo de adultos e neonatal.


As gestantes de baixo risco são vinculadas à maternidade de referência da unidade de atenção primária à saúde. Por isso, cada US tem uma maternidade de baixo risco de referência segundo critérios que priorizam a distritalização sanitária, o acesso facilitado, a distância e os meios de transporte. Se a gestante preferir ter o filho numa outra maternidade isso é possível com uma autorização do gerente da unidade de atenção primária à saúde. Além disso, se no decorrer da gravidez houver uma mudança de risco, a vinculação será mudada.

Figura 8: Programa Mãe Curitibana: fluxo de vinculação das gestantes às maternidades para a atenção ao parto



Existem seis maternidades no programa Mãe Curitibana. Duas, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e o Hospital Universitário Evangélico são referências para as gestantes de alto risco e, seis delas, O Hospital Mater Dei, o Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral, o Centro Médico Comunitário Bairro Novo e o Hospital do Trabalhador são referências para as gestantes de baixo risco. Todas as seis maternidades estão reconhecidas pelo UNESCO e pelo Ministério da Saúde como “Hospital Amigo da Criança”.

A atenção ao parto implica uma avaliação da gestante o que além dos procedimentos clínicos de rotina envolve, obrigatoriamente, a análise da carteira de pré-natal da gestante. A gestante é encaminhada à sala de pré-parto e é monitorada pela equipe obstétrica (médicos e enfermeiros obstétricos), de acordo com o protocolo de atendimento ao parto humanizado. Deambular, sentar, deitar ou tomar banho quente são opções que a gestante pode utilizar. O uso de partograma é obrigatório em função de uma Lei Estadual de 1998. Nenhum parto será pago se a autorização de internação hospitalar (AIH) não tiver, apensada, uma cópia do partograma e um demonstrativo de que os exames de VDRL, de HIV e o teste do pezinho



foram realizados. Além disso, o parto também não será pago se não se demonstrar que houve a assistência de pediatra na sala de parto.

Todo atendimento na sala de parto é feito por pediatra capacitado em neonatologia. Para isso, todas maternidades têm local apropriado para atendimento ao recém nascido, com equipamentos necessários à reanimação neonatal.

O tempo de permanência da puérpera após o parto no centro obstétrico deve ser de, no mínimo, uma hora. O recém nascido sem intercorrência é colocado em contacto com a mãe precocemente para iniciar o processo de aleitamento materno preconizado pelo programa Hospital Amigo da Criança. Após o parto, mãe e bebê são encaminhados ao alojamento conjunto. A puérpera recebe orientação e acompanhamento para o início e a manutenção do aleitamento materno. A criança faz o teste do pezinho na alta hospitalar. A carteira de saúde da criança é preenchida completamente, bem como a Declaração de Nascido Vivo.

A maternidade agenda diretamente, na unidade de atenção primária à saúde a que a gestante está vinculada, por via eletrônica, uma consulta puerperal e pediátrica que deve ser realizada do 7º ao 10º dia após o parto, naquela US.

Há um incentivo para os partos que se materializa num kit padronizado de materiais e medicamentos que o programa Mãe Curitiba entrega às maternidades. Há um kit para partos vaginais e um kit para partos cesáreos. Como o kit para partos cesáreos tem maior qualidade de materiais, há um limite de 30% em relação ao total de partos para que ele não funcione estimulando a oferta de partos cesáreos.

O Boxe 2 sintetiza uma visita de campo realizada no Centro Médico Comunitário Bairro Novo.

Uma pesquisa de satisfação das puérperas na utilização das maternidades, realizada pela Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, revelou, que, em geral, elas estavam satisfeitas com a assistência recebida. A satisfação manifestou-se, principalmente, em práticas como a privacidade, o apoio empático, o direito a acompanhante, a liberdade de posição e o contacto pele a pele com o bebê. Por outro lado, observaram-se práticas inadequadas como o estímulo aos esforços de puxo prolongados e dirigidos, exames vaginais repetidos e frequentes, episiotomia e restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto (Comissão de Saúde da Mulher, 2008).

Boxe 2: Uma maternidade de baixo risco: o Centro Médico Comunitário Bairro Novo

O Centro Médico Comunitário Bairro Nove é um hospital geral localizado na região Sul de Curitiba, no Distrito Sanitário que lhe dá o nome.

É um hospital geral com 62 leitos que tem 25 leitos de obstetrícia com alojamento conjunto e 11 leitos de pediatria. Tem, ainda, 6 leitos de médio risco no seu centro obstétrico. Em média

realiza 200 partos por mês com oferta de alternativas para o parto humanizado. O percentual de partos cesáreos é em torno de 20%.

O hospital é um edifício que foi construído pela Secretaria Municipal de Saúde, mas que tem sua operação terceirizada ao Hospital Evangélico.

É um hospital que é reconhecido como Hospital Amigo da Criança. É, também, acreditado, no nível 1, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Há um banco de leite que opera no hospital.

No programa Mãe Curitibana funciona como uma maternidade de baixo risco à qual são vinculadas gestantes das regiões próximas ao Bairro Novo. Opera em forte sinergia com as unidades de atenção primária à saúde da região.

É um hospital que é muito valorizado pela comunidade em geral e pelas gestantes em particular e, isso, é acompanhado por pesquisas de satisfação das pessoas usuárias. Em boa parte isso se deve a que o hospital tem um Conselho Local composto por um representante de cada uma das dez unidades de atenção primária à saúde do Distrito Sanitário, cinco trabalhadores do hospital e cinco gestores da Secretaria Municipal de Saúde e do hospital.

Uma entrevista, em grupo, feita com profissionais que trabalham no hospital evidenciou que os pontos fortes do hospital são: o manejo das gestantes por risco, a boa qualidade do pré-natal ofertada pelas equipes da atenção primária à saúde, a vinculação da gestante ao hospital, a visita orientada em que a maioria das gestantes tem sido acompanhadas pelos pais. Como ponto fraco do hospital está a inexistência de um prontuário eletrônico integrado entre as unidades de atenção primária à saúde e a maternidade.


Os profissionais que participaram da entrevista se dizem muito felizes em trabalhar naquele hospital e que não têm dúvidas em indicar a maternidade para os partos de familiares e amigos. Como disse um médico obstetra “Uma amiga minha que tinha plano privado de saúde preferiu fazer o parto aqui e ficou muito satisfeita com a atenção que ela e seu bebê receberam”.

2.3. Os sistemas de apoio do programa Mãe Curitibana

Há dois sistemas de apoio principais que são o sistema de apoio diagnóstico e o sistema de assistência farmacêutica.

2.3.1. O sistema de apoio diagnóstico

O sistema de apoio diagnóstico de Curitiba tem uma concepção inovadora em conformidade com a proposta de redes de atenção à saúde. Ele está estruturado num desenho que



concentra o processamento, descentraliza a coleta e liga essas duas pontas por meio de uma logística eficaz. A coleta de exames é descentralizada em todas as unidades de saúde e o processamento é feito num único laboratório. O processo inicia-se no prontuário eletrônico da pessoa usuária com a geração da requisição do exame e se complementa com etapas sucessivas: agendamento eletrônico da coleta, coleta de materiais com emissão de etiquetas com código de barras para identificação do material; remessa eletrônica dos planos de trabalho para o sistema informatizado de produção do laboratório; e importação dos resultados liberados pelo sistema de produção laboratorial para o prontuário eletrônico das unidades de saúde.

A produção do laboratório municipal é de 200 mil exames por mês nas áreas de bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, uroanálise, hormônios, parasitologia e biologia celular.

Há um sistema integrado de informática ligando o laboratório com as unidades de saúde, online. Após a consulta médica ou de enfermagem, a coleta dos exames é agendada imediatamente. Nesse momento é impresso o plano de coleta de exames, onde consta a relação de exames a serem coletados, as orientações à pessoa usuária e um número de identificação de cada tubo a ser colhido. O documento é entregue à pessoa que o levará no dia da coleta.

O setor de distribuição do laboratório central recepciona o material e faz a triagem por departamento. Nos setores que estão disponíveis aparelhos analisadores automatizados e, após a análise dos resultados e assinatura eletrônica, os exames ficam disponíveis online na intranet que, inclusive, armazena os resultados anteriores e à disposição do médico durante a consulta.

Há um programa rigoroso de qualidade interna e externa no sistema de apoio diagnóstico.

O sistema oferta 136 tipos diferentes de exames e dados os ganhos de escala o custo médio unitário por exame é de R\$ 2,50, bem abaixo do custo unitário médio do SUS que é de R\$ 4,10.

O sistema de apoio diagnóstico provê, no programa mãe Curitibana, os exames preconizados para o pré-natal, além dos exames pré e pós operatórios previstos nas cirurgias de métodos definitivos de planejamento familiar.

Os exames complementares disponibilizados pelo sistema de apoio diagnóstico conforme o protocolo, para a atenção pré-natal, são: hemograma, TIG, tipagem sanguínea e fator RhD, Coombs Indireto, parcial de urina, cultura de urina e contagem de colônias e antibiogramas, glicemia de jejum, curva glicêmica, VDRL, FTA-Abs, Teste Anti-HIV1 e HIV2, CD4 e carga viral, sorologia para toxoplasmose, teste de avidéz de IgG para toxoplasmose, reação de Mantoux ID, sorologia para hepatite e bacterioscopia de secreção vaginal.

A Figura 9 mostra uma instalação do laboratório central.

Figura 9: Um departamento do laboratório municipal de Curitiba



2.3.1. O sistema de assistência farmacêutica

O sistema de assistência farmacêutica de Curitiba é organizado pelo programa Farmácia Curitibana que visa a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos básicos e estratégicos do SUS. O sistema é estruturado em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica e com o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica.

O Farmácia Curitibana propõe a organização dos ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, bem como ações de farmácia clínica como a dispensação, a atenção farmacêutica e a farmacovigilância.

Operacionalmente, implantaram-se farmácias nas unidades de atenção primária à saúde que funcionam sob coordenação dos níveis distrital e central da Secretaria Municipal de Saúde.

A carteira de medicamentos do programa Farmácia Curitibana é de 203 itens de medicamentos. Em 2007 foram dispensadas 112 milhões de unidades de medicamentos.

O programa Mãe Curitibana utiliza-se de vários medicamentos que são usados, também, em outros programas, mas, além disso, há uma carteira específica de medicamentos para o programa.

Medicamentos para o pré-natal: ampicilina 500 mg comprimido; axetil cefuroxima 250 mg comprimido; cefalexina sódica 500 mg cápsula; espiramicina 100 mg/mL solução oral; espiramicina 500 mg comprimido; folinato de cálcio (ácido folínico) 15 mg comprimido; folinato de cálcio (ácido folínico) 2 mg/ml solução oral; mebendazol 20 mg/mL suspensão oral; metildopa 250 mg comprimido; pirimetamina 2 mg/mL suspensão oral; pirimetamina 25 mg comprimido; prednisona 1,5 mg/mL solução oral; sulfadiazina 100 mg/mL suspensão oral; e sulfadiazina 500 mg comprimido.

Medicamentos para o planejamento familiar: etinilestradiol + levonorgestrel 0,03/0,15 mg comprimido; levonorgestrel 0,75 mg comprimido; medroxiprogesterona acetato 150 mg injetável trimestral; noretisterona 0,35 mg. comprimido; e noretisterona, enantato + estradiol, valerato 50 mg/5 mg solução injetável mensal.

2.4. Os sistemas logísticos

Há três sistemas logísticos que são utilizados por todos os programas da Secretaria Municipal de Saúde e, três deles, são fundamentais para garantir os fluxos e contra-fluxos das pessoas usuárias no programa Mãe Curitibana: o cartão qualidade-saúde, o prontuário eletrônico e o sistema de acesso regulado à atenção.

A implantação destes sistemas logísticos foi consequência de uma decisão do Prefeito Municipal de incluir a Secretaria Municipal de Saúde num grande projeto de informatização dos serviços públicos municipais em Curitiba. A idéia da adoção de uma tecnologia de informática agregada a algum tipo de cartão personalizado foi o cerne do projeto.

Estes sistemas logísticos se constituíram incorporando os seguintes pressupostos básicos: cadastramento integral da população curitibana; identificação da população cadastrada através de um cartão personalizado, vinculado a um vigoroso suporte de equipamentos de informática, capaz de viabilizar sua utilização como senha de acesso ao prontuário de saúde; disponibilização do prontuário de saúde, em rede, interligando as diferentes unidades de saúde; e captura, através do cadastramento da população e dos registros efetivados em seus prontuários, de informações de interesse da saúde e da administração, de modo a municiar os níveis decisórios da maior gama possível de informações estratégicas (Schneider et al (2001).

2.4.1. O cartão de qualidade-saúde

A idéia de adoção de uma tecnologia de informática agregada a algum tipo de cartão personalizado foi a base dos sistemas logísticos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. A partir do cadastramento, nas unidades de atenção primária à saúde, de todas as pessoas usuárias do SUS, gerou-se um cartão individual que constitui a senha de acesso a todos os serviços de saúde do município contratados pelo SUS, bem como a senha para a abertura de um prontuário clínico em que se acumulam os registros gerados em cada atendimento.

A Figura 10 mostra o cartão qualidade-saúde.

Figura 10: O cartão qualidade-saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba



2.4.1. O prontuário clínico eletrônico

Na construção do prontuário eletrônico foram incorporados os fundamentos do modelo de atenção à saúde, praticado na Secretaria Municipal de Saúde, tais como: adequação do cadastro aos territórios sanitários definidos no processo de territorialização; inexistência de barreiras de acesso da população às unidades de saúde; acolhimento solidário; priorização no atendimento à pequena urgência; priorização no atendimento programado para a clientela portadora de situações e risco ou agravos de interesse epidemiológico; modulação da demanda da unidade com vistas à melhoria do padrão de qualidade; disponibilização de sistema de agendamento eletrônico de consultas médicas; facilitação do agendamento de retorno para pessoas usuárias inscritas em programas de atenção continuada; e disponibilização de agendamento eletrônico para a equipe de enfermagem.

Para viabilizar entradas adequadas para o registro de informações especificamente relacionadas às ações programadas em desenvolvimento nas unidades de atenção primária à saúde, criou-se, no sistema geral do prontuário, subsistemas que receberam o nome de prontuários de programas. Assim, de conformidade com os protocolos assistenciais estabelecidos foram identificados procedimentos padronizados de atendimento de registro que, capturados, constituíram os prontuários de programas. Dentre eles, o prontuário da atenção integral à mulher e o prontuário da criança.

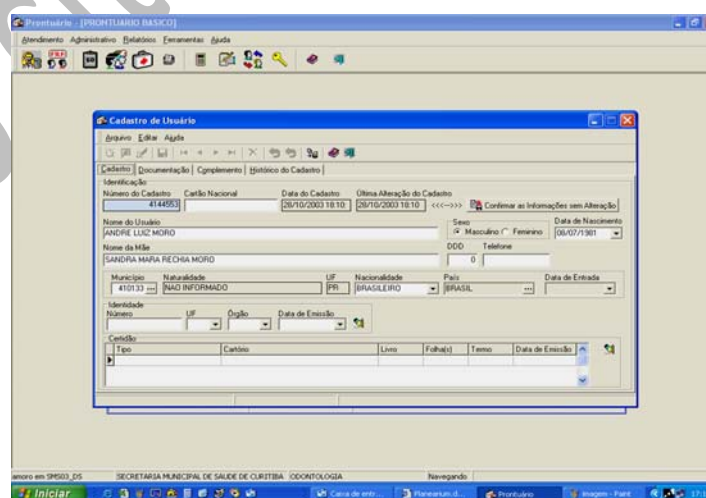
O prontuário clínico eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde atende às exigibilidades do manejo das condições crônicas (Improving Chronic Care Illness, 2008), tais como registro das

peças usuárias por condição e por estrato de risco, alertas para os profissionais, feedbacks para os profissionais e plano de cuidado.

O prontuário clínico da atenção primária à saúde está ligado online com as maternidades, com o laboratório municipal e com os sistemas de acesso regulado da atenção à saúde. Isso torna viável que o agendamento para exames especializados e para consultas seja feito diretamente pela equipe de atenção primária à saúde, que a maternidade agende diretamente na atenção primária à saúde a consulta puerperal, que o laboratório envie diretamente para o prontuário do médico o resultado de exames etc.

A Figura 11 mostra o prontuário clínico eletrônico.

Figura 11: O prontuário clínico eletrônico na atenção primária à saúde de Curitiba



2.4.2. O sistema de acesso regulado à atenção à saúde


O sistema de acesso regulado à atenção estrutura-se em dois pilares fundamentais: a central de marcação de consultas e exames especializados e central metropolitana de leitos hospitalares.

A central de marcação de consultas e exames especializados instituiu-se com o propósito de disponibilizar acesso *online* às unidades de atenção primária à saúde, onde são geradas as referências aos especialistas e a maior parte dos exames. Assim, ao sair da unidade de atenção primária à saúde a pessoa usuária tem, de imediato, acesso ao agendamento da consulta médica especializada ou do exame. Ademais, este sistema funciona como gerenciador da demanda, distribuindo-a otimamente entre os diferentes prestadores de serviços e organizando as listas de espera. Ele tem, ainda, uma interface com o prontuário eletrônico das unidades especializadas e permite a elaboração das agendas dos médicos especialistas. Coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde, realiza marcação de consultas e exames para 128 atividades distintas, atendendo a 183 unidades de saúde de Curitiba e Região Metropolitana. Para obter uma consulta especializada, a pessoa usuária deve dirigir-se à unidade de saúde mais próxima de sua residência para uma consulta básica (clínica médica, pediatria ou ginecologia-obstetrícia). O médico fará a triagem do problema e encaminhará à especialidade adequada, de acordo com o protocolo assistencial. A Figura 12 mostra a central de marcação de consultas e exames especializados.

Figura 12: Central de marcação de consultas e exames especializados



A central metropolitana de leitos hospitalares, coordenada pela Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, realiza encaminhamento de pacientes atendidos nas unidades de saúde de Curitiba, Região Metropolitana e Regionais da Saúde do estado que necessitam de internamento de emergência ou eletivo, através de sistema informatizado de cadastro de leitos da rede hospitalar vinculada ao SUS. Para obter internação, a pessoa usuária deve dirigir-se à unidade de saúde mais próxima de sua residência para avaliação. O médico fará a triagem e encaminhará ao serviço hospitalar adequado às condições clínicas do



paciente, conforme os protocolos assistenciais. O atendimento na central metropolitana de leitos hospitalares funciona 24 horas ao dia.

Esse dois instrumentos logísticos de regulação do acesso à atenção à saúde são utilizados pelo programa Mãe Curitibana. Por exemplo, o médico de família faz, na atenção primária à saúde, a classificação de uma gestante como portadora de alto risco gestacional. Imediatamente, ele realiza, via eletrônica, o agendamento daquela gestante para uma avaliação de risco na maternidade de alto risco à qual aquela gestante está vinculada. A gestante recebe, naquele momento, uma guia para a maternidade (guia de referência) e, se não há disponibilidade naquele instante ela entra numa lista de espera gerenciada eletronicamente. Ao voltar à unidade de atenção primária à saúde ela traz, além das anotações na sua carteira de pré-natal, uma guia de contra-referência preenchida pelo profissional da maternidade de alto risco.

2.5. O sistema de governança do programa Mãe Curitibana


O sistema de governança do Mãe Curitibana estrutura-se em coerência com o sistema de governança geral da Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria estrutura-se em três níveis de governança: o nível central, o nível estratégico; o nível distrital, o nível tático, exercitado pelos nove distritos sanitários; e o nível local, o nível operativo, das unidades de saúde.

Especificamente em relação ao programa Mãe Curitibana, esses três níveis são desempenhados por distintos atores.

No nível central existe uma Coordenação do programa Mãe Curitibana que tem as seguintes competências: gerenciar o programa Mãe Curitibana, implantando e atualizando os protocolos que irão nortear as ações da Secretaria Municipal de Saúde em relação à saúde da mulher e da criança; planejar as ações na área da saúde materno-infantil de acordo com os indicadores epidemiológicos; promover treinamentos periódicos dos profissionais de saúde na área materno-infantil visando a atualização dos profissionais; estabelecer contratos com prestadores de serviços hospitalares; captar recursos em agências externas, especialmente no Ministério da Saúde; e monitorar e avaliar os indicadores estratégicos do programa.

No nível distrital existe uma estrutura gerencial, coordenada por um Supervisor Distrital, que tem as seguintes competências: fornecer apoio às ações de maior complexidade desenvolvidas pelas unidades de saúde, nas ações de promoção, prevenção e assistência; priorizar, de acordo com o planejamento distrital, ações mais amplas que as previstas nos protocolos assistenciais para algumas unidades de saúde; monitorar e avaliar os indicadores táticos do programa; o Coordenador de Assistência é a referência no Distrito Sanitário para as unidades de atenção primária à saúde.



No nível local das unidades de atenção primária à saúde existe uma estrutura gerencial, coordenada pela Autoridade Sanitária Local, que tem as seguintes competências: determinar o profissional da equipe responsável pelo acompanhamento do pré-natal das gestantes; inscrever as gestantes no programa Mãe Curitibana; vincular as gestantes às maternidade de baixo ou alto risco, de acordo com cada caso; monitorar as atividades de baixo e alto risco por meio do mapa de monitoramento; monitorar as gestantes de alto risco, durante o pré-natal, parto e puerpério; realizar busca ativa, através da visita domiciliar e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso; e monitorar e avaliar os indicadores operacionais do programa.

Na governança do SUS instituiu-se o controle social sobre o sistema público de saúde. O controle social do SUS e, portanto do programa mãe Curitibana, faz-se através de dois mecanismos: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

As Conferências Municipais de Saúde realizam-se, em Curitiba, a cada dois anos e têm como objetivo traçar objetivos estratégicos para o biênio. Têm uma ampla participação social: gestores do Sistema Municipal de Saúde, trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde, prestadores de serviços e representação de pessoas usuárias. A representação as pessoas usuárias em relação aos demais participantes da Conferência faz-se de modo paritário entre pessoas usuárias e demais representações. A 10ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada em setembro de 2009.

O Boxe 3 indica as principais deliberações desta Conferência para a atenção materno-infantil em Curitiba, retiradas da versão preliminar do texto final.

Os Conselhos de Saúde são de três modalidades para adaptar-se ao sistema de governança do município: o Conselho Municipal de Saúde com âmbito de controle sobre todo o município; os Conselhos Distritais de Saúde com âmbito de controle distrital; e os Conselhos Locais de Saúde com âmbito de controle na área de abrangência de uma unidade de atenção primária à saúde.

O Conselho Municipal de Saúde tem representação de gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e representação de pessoas usuárias, sendo o número de pessoas usuárias paritário com as demais representações. Aí se fazem as decisões estratégicas. Os Conselhos Distritais de Saúde, com a mesma representação, fixam-se nas decisões táticas. Por fim, os Conselhos Locais de Saúde, também com representação paritária, cuidam das decisões de caráter mais operativo.

Há uma Comissão de Saúde da Mulher no Conselho Municipal de Saúde que funciona como órgão de apoio técnico às decisões desse conselho. Em 2001, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher.

Uma entrevista com a Coordenadora da Comissão de Saúde da Mulher permitiu identificar os seguintes pontos fortes do programa Mãe Curitibana, na sua perspectiva: a satisfação das mulheres com a atenção recebida; a facilidade de acesso aos serviços; a qualidade do atendimento pré-natal; a facilidade para os exames; a vinculação das gestantes às maternidades segundo os riscos; e as visitas às maternidades. Os pontos fracos identificados foram: o acompanhamento restrito ao pós-parto, sem possibilidade de ocorrer no pré-parto; e falta de privacidade em algumas maternidades na atenção pré-parto.

Boxe 3: Principais propostas aprovadas pela 10ª Conferência Municipal de Saúde para a atenção materno-infantil, com implicações para o programa Mãe Curitibana.

- 1. Manter e aprimorar a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo, em conformidade com a lei, a presença de um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério;*
- 2. Atualizar protocolos e materiais educativos de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar em parceria com sociedades científicas, entidades formadoras, prestadores e com o controle social e população envolvida nos protocolos;*
- 3. Manter o atendimento as vítimas de violência sexual e assegurar o abortamento permitido por lei, garantindo condições seguras para as mulheres, visando a reduzir a morbimortalidade materna;*
- 4. Aprimorar sistema de notificação das altas hospitalares de crianças menores de 1 ano, visando a melhorar os acompanhamentos;*
- 5. Aperfeiçoar o sistema de vigilância e atenção integradas e intersetoriais para gestantes e crianças;*
- 6. Aperfeiçoar as ações do Programa de Aleitamento Materno e do Programa Mama Nenê, ampliação das parcerias e capacitação de todos os profissionais envolvidos;*
- 7. Aperfeiçoar ações integradas, intra e intersetoriais no enfrentamento de situações de risco social, biológico e violências contra mulheres, gestantes, crianças, adolescentes e pessoas com deficiências;*
- 8. Ampliar a divulgação de programas de educação em saúde, voltados para mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, nas temáticas DST/Aids, saúde bucal e nutricional, sexualidade, violência, álcool e outras drogas, orientação sexual e identidade de gênero, afro-descendência, indígenas, deficiências, bullying, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, deficiências, entre outros;*
- 9. Manter o processo de educação permanente dos profissionais de Organizações Governamentais e não governamentais, envolvidos na atenção às mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, incluindo também os temas sobre orientação sexual e identidade de gênero, afro-descendência, indígenas, deficiências, bullying, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, entre outros;*
- 10. Fortalecer as ações de planejamento familiar em Curitiba;*
- 11. Implementar a assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, nas diferentes fases do ciclo vital, com perspectiva da atenção integral à saúde;*

12. *Implementar a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo o sistema de reprodução assistida;*
 13. *Sensibilizar a direção das maternidades, os profissionais médicos e enfermeiras que assistem as gestantes, para que procedimentos como episiotomia, lavagem intestinal, tricotomia, imobilização no leito e indução ao parto, ainda que corriqueiros, desrespeitam e prejudicam o processo natural e saudável do nascimento, sejam adotados somente quando necessários;*
 14. *Favorecer e estimular e divulgar parto vaginal, sensibilizando os profissionais de saúde e a gestante para a indicação da cesariana somente para casos realmente necessários à segurança do bebê e da mulher;*
 15. *Aprimorar ações educativas de incentivo ao aleitamento materno;*
 16. *Promover e intensificar a atenção obstétrica qualificada e humanizada, inclusive na assistência ao abortamento em condições seguras prevenindo complicações pós aborto em mulheres adultas e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna;*
 17. *Debater a legislação que trata da interrupção voluntária da gravidez e divulgar os serviços já existentes para a realização do aborto nos casos já permitidos por lei (gravidez resultante de estupro ou risco de vida para a mulher);*
 18. *Implementar, aprimorar e divulgar ações para o uso da anticoncepção de emergência na rede municipal;*
 19. *Aprimorar o programa municipal para prevenção, diagnóstico, assistência e controle do câncer cérvico-uterino e de mama intensificando as ações sócio-educativas;*
 20. *Implementar e divulgar ações para prevenção da sífilis congênita como problema de saúde pública;*
 21. *Implementar e divulgar as ações que visem a maior adesão no tratamento da infecção urinária na gestação, diminuindo as mortes materna e infantil.*
 22. *Realizar campanhas educativas sobre os principais agravos que afetam as mulheres, com ênfase no combate ao tabagismo, divulgando os serviços existentes e as formas de acesso;*
 23. *Promover e facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde existentes considerando a diversidade racial/étnica, sexual, etária, sócio-cultural e com deficiência, com produção e divulgação de material educativo, com meios e linguagens apropriadas, inclusive em Braille;*
 24. *Manter e divulgar as ações da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de 2004.*
-

3. O modelo de atenção à saúde do programa Mãe Curitibana

O modelo de atenção à saúde praticado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba envolve ações de promoção da saúde sob a forma de projetos intersetoriais, ações de prevenção de condições de saúde através de intervenções sobre fatores de riscos proximais ligados a comportamentos e estilos de vida e ações sobre as condições de saúde estabelecidas por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. As ações de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde não são desenvolvidas por programas, mas

para a população total ou para subpopulações com fatores de risco. Já a tecnologia de gestão da condição de saúde é utilizada, com especificidades, pelo programa Mãe Curitibana. Em algumas situações, como nos recém nascidos de alto risco é utilizada a tecnologia de gestão de caso.

A gestão de condição de saúde do programa Mãe Curitibana envolve a elaboração e validação dos protocolos assistenciais, as mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde por meio de educação permanente, a mudança de comportamentos de pessoas usuárias através da educação em saúde, a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde segundo estrato de risco e o contrato de gestão com pagamento por performance dos profissionais de saúde.

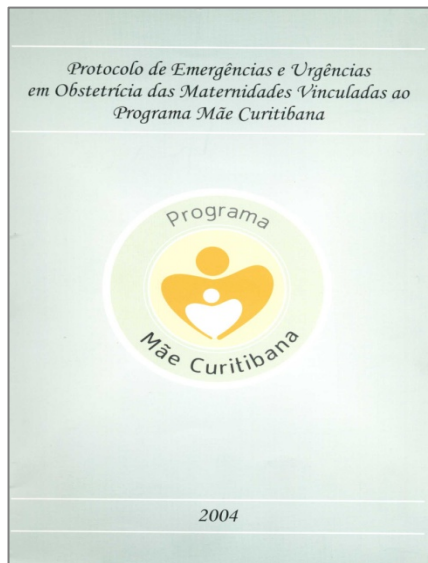
3.1. Os protocolos assistenciais

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem uma grande tradição de utilização, em seus programas de saúde, de protocolos assistenciais. Esses protocolos são construídos com base em evidências e em conjunto com as sociedades corporativas que os aprovam e recomendam sua adoção.

Os principais protocolos assistenciais do programa Mãe Curitibana são o protocolo do pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém nascido; planejamento familiar; e urgências e emergências obstétricas. Esses três protocolos assistenciais são mostrados na Figura 13.

Figura 13: Os protocolos assistenciais do programa Mãe Curitibana





O protocolo de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido está construído na perspectiva da estratificação de riscos, o que é fundamental para a tecnologia de gestão de condição de saúde.

Esse processo de estratificação dos riscos é importante na construção das redes de atenção à saúde porque permite identificar pessoas com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidas por tecnologias e recursos específicos. Sua lógica se apóia num manejo diferenciado, pelas redes de atenção à saúde, de pessoas e grupos que apresentam riscos similares.

Por exemplo, as gestantes são classificadas em gestantes de baixo risco e de alto risco. As gestantes de alto risco podem ser classificadas em função de:

Alto risco materno: toxoplasmose, diabetes mellitus, doença hipertensiva específica da gravidez, hipertensão arterial sistêmica, nefropatias, cardiopatias, imunopatias, síndromes hemorrágicas da gravidez, transtornos mentais graves, cirurgia uterina anterior, hematopatias, infecção urinária de repetição e gestante HIV positivo.

Alto risco fetal: malformação fetal confirmada, isoimunização RhD, gemelaridade com patologia materna associada e crescimento fetal intra-útero restrito.

Em 2008, nas gestantes atendidas pelo programa, 88% eram de baixo risco e 12% de alto risco.

Da mesma forma, os recém nascidos são, também, classificados por riscos, a partir de um conjunto de informações que são provenientes, especialmente, da declaração de nascidos vivos.

3.2. A educação permanente dos profissionais de saúde

Há um investimento significativo da Secretaria Municipal de Saúde em educação permanente dos seus profissionais. Atividades como cursos, seminários e oficinas são realizados de forma regular sob coordenação do Centro de Educação em Saúde (CES). O CES é um espaço em que o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico é gerenciado. Além de organizar treinamentos e capacitações oportuniza ao servidor a participação em cursos, congressos e eventos externos à SMS, compete ainda ao CES a obtenção e gestão de bolsas de estudo de ensino médio e de pós graduação na área de saúde, a administração de estágios curriculares das instituições de ensino conveniadas e o encaminhamento das solicitações de pesquisa e voluntariado em nossa rede.

Em 2006, o CES viabilizou 33.469 participações em cursos, com uma média de 6 participações por servidor; custeou para 1.519 servidores a participação em congressos, palestras, especializações de mestrados e cursos, externos de formação técnica, aperfeiçoamento, especialização e mestrado; concedeu 125 bolsas de estudo, fruto de contrapartidas de convênios com instituições de ensino; realizou 3.461 horas de atividades de educação permanente para servidores; propiciou campo de estágio curricular para 3.880 alunos de ensino médio e 7.098 de graduação, possibilitando também 175 pesquisas para 492 pesquisadores, atendeu 1.101 visitas e/ ou entrevistas, totalizando 12.571 alunos / pesquisadores acolhidos pela Rede Municipal de Saúde. Uma parte significativa dessas atividades foram desenvolvidas para o programa Mãe Curitibana.

Vale ressaltar um programa de educação permanente de médicos de família um sistema de educação inovador, construído com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e que se estrutura em torno de grupos de aperfeiçoamento profissional, composto por um conjunto de 8 a 12 médicos de família que se encontram, mensalmente, facilitados por um tutor, para estudar temas de interesse dos programas e, especificamente, do programa Mãe Curitibana. Esses grupos são acompanhados por um tutor que foi previamente preparado em educação médica e que se reúne com os médicos, mensalmente, em salas de educação permanente localizadas nos Distritos Sanitários.

3.3. A educação em saúde das pessoas usuárias

Há um forte componente de educação em saúde desenvolvido pelo programa nos diferentes pontos de atenção, mas com ênfase relativa nas ações de atenção primária à saúde.

Atividades educacionais fazem parte da rotina do programa Mãe Curitibana. Elas envolvem oficinas que utilizam tecnologias do campo da psicologia como grupos operativos e entrevista motivacional. Uma atividade educativa fundamental é o grupo de gestantes, momento privilegiado em que as mulheres, em grupo, recebem orientações sobre a sua saúde e do

futuro bebê, trabalham suas expectativas e ansiedades e se aproximam de sua unidade de saúde e de seus profissionais. Um grupo de gestantes é mostrado na Figura 14.

Figura 14: Um grupo de gestantes na atenção primária à saúde



Há vários materiais educativos impressos, especialmente folders, que são distribuídos para as gestantes matriculadas no programa: Mãe Curitibana, o pacto pela vida; programa de aleitamento materno; programa Mama Nenê de aleitamento materno nas creches; o teste rápido HIV para todas as gestantes de Curitiba; orientações fisioterapêuticas para gestantes; infecção urinária na gestação, saiba como evitar; sífilis na gestação, proteja seu bebê; planejamento familiar; Pai presente no pré-natal e outros. Esse material educativo é disponibilizado, em grande parte, no dia do diagnóstico da gravidez e faz parte da Pasta da Gestante que ela recebe naquele momento.

Uma atividade educativa importante é a visita de grupos de gestantes à maternidade a que estão vinculadas. Essa visita faz-se no 6º mês de gravidez e objetiva promover um primeiro contacto da gestante com a maternidade em que irá ter seu filho, conhecer suas instalações e entrar em contacto com servidores daquela maternidade. Essa visita prévia humaniza a atenção e permite reduzir as ansiedades do momento do parto. A Figura 15 mostra um grupo de gestantes visitando uma maternidade.

Figura 15: Visita de um grupo de gestantes à maternidade do Hospital Evangélico



3.4. A programação, monitoramento e avaliação do programa Mãe Curitibana


A Secretaria Municipal de Saúde opera seus programas por meio de um sistema gerencial que envolve o Plano Municipal de Saúde, o Plano Operativo Anual, o Sistema de Informação Gerencial, o Termo de Compromisso e um sistema de incentivo com pagamento por performance.

O Plano Municipal de Saúde é um plano de médio prazo, com duração quadrienal que procura incorporar, no campo da saúde, o programa de governo para a cidade de Curitiba. Ele incorpora, também, as diretrizes emanadas das Conferências Municipais de Saúde.

O Plano Operativo Anual é o plano de curto prazo, coerente com o Plano Municipal de Saúde, e que se operacionaliza por meio de 83 indicadores nas áreas de assistência à saúde, atenção primária à saúde, saúde bucal, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adolescente, condições crônicas, fisioterapia, saúde mental, epidemiologia e saúde do trabalhador.

O monitoramento do Plano Operativo Anual é feito por um Sistema de Informação Gerencial que funciona através de relatórios periódicos informatizados relativos aos 83 indicadores. Esses indicadores são diferentes para os diferentes níveis institucionais: indicadores estratégicos para o nível central; indicadores táticos para o nível distrital e indicadores operativos para o nível local.

Os Termos de Compromisso são contratos de gestão firmados em diferentes esferas: nível central, nível distrital e nível local. Por exemplo, no nível local os Termos de Compromisso são firmados entre: as equipes das unidades de atenção primária à saúde, representadas pelo seu



gerente, a Autoridade Sanitária Local; o Conselho Local de Saúde; o Distrito Sanitário, representado pelo Supervisor Distrital; e o Secretário Municipal de Saúde. As metas acordadas têm certa flexibilidade em função de variáveis tais como a população adscrita e capacidade de oferta dos serviços.

Trimestralmente são realizados o monitoramento dos indicadores e, alguns destes indicadores fazem parte do Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ) que é um sistema de pagamento por performance dos profissionais de saúde. Esse incentivo pode variar de 20 a 40% sobre o salário profissional.


Com relação ao programa Mãe Curitibana, o IDQ envolve, no nível local de uma unidade de atenção primária à saúde, os seguintes indicadores: realizar 95% ou mais da 3ª dose de vacina DPT e tetravalente no trimestre; monitorar 100% das crianças filhas de mães HIV positivas, matriculadas no Mãe Curitibana, residentes na área de abrangência da unidade de saúde; investigar 100% das altas hospitalares em menores de 1 ano das notificações recebidas até 15 dias antes do término do trimestre; investigar 100% dos óbitos em menores de 1 ano ocorridos na área de abrangência da unidade de saúde em 30 dias; realizar a inscrição de crianças menores de 1 ano de idade de acordo com a pactuação da unidade de saúde no plano operativo; realizar 70% ou mais das inscrições de gestantes do programa Mãe Curitibana antes do 4º mês de gestação; e realizar no mínimo 80% de cobertura de consultas de puerpério de gestantes vinculadas ao programa Mãe Curitibana de acordo com a pactuação.

No nível distrital o IDQ engloba os seguintes indicadores: analisar 100% dos óbitos em menores de 1 ano através dos Comitês Distritais dentro dos critérios para análise; investigar e analisar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos); e cobertura vacinal de 95% ou mais de vacina DPT e tetravalente no trimestre.

O pagamento por performance implica bônus individual e de equipe: bônus de 20% a 40% para equipes com bom desempenho em qualquer unidade de saúde de acordo com uma avaliação ponderada sobre as equipes e indivíduos. Uma avaliação do Banco Mundial evidenciou que o pagamento por performance teve efeito direto: 90% dos profissionais recebem o bônus; apenas casos extremos de baixo desempenho (atrasos, etc.) são punidos. Teve, ademais, efeito indireto: o incentivo de equipe encoraja a solução de problemas e o esforço de equipe. Mas indaga: será o efeito indireto temporário ou definitivo? (Shepherd e Wenceslau, 2006).

4. Os processos do programa Mãe Curitibana

A análise dos processos do programa Mãe Curitibana faz-se com relação a processos finalísticos e, portanto, não estão considerados os processos que se estruturam para as atividades-meio.



Foram selecionados para análise onze processos importantes para o atingimento dos resultados finais do programa Mãe Curitibana: a vigilância epidemiológica no programa Mãe Curitibana, a captação precoce das gestantes, as consultas pré-natais, as consultas puerperais e de puericultura para o recém nascido, o pai presente, o planejamento familiar, a redução da gravidez na adolescência, a transmissão vertical de HIV, a aleitamento materno, os tipos de parto e a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade.

4.1. A vigilância epidemiológica no programa Mãe Curitibana


A vigilância epidemiológica opera com eventos-sentinelas em relação a HIV/AIDS, a sífilis congênita e a infecções nas gestantes. A origem da informação vem do laboratório que, diante de um teste positivo para HIV ou de VDRL ou uma urocultura positiva, aciona a coordenação do programa que, por sua vez, informa a unidade de saúde que tem que investigar as razões daquele evento.

Com relação às crianças, todas as altas hospitalares de menores de 1 ano de idade são notificadas pelo hospital ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, informa a unidade de saúde para que investigue as razões daquele evento. O mesmo procedimento, com a mesma rotina, se dá em relação às consultas de urgência realizadas nos centros de urgências (CMUMs).

Há uma vigilância e busca ativa de puerperas adolescentes de menos de 16 anos e de múltiparas com mais de 3 filhos para o planejamento familiar, feita a partir da declaração de nascidos vivos. As unidades de atenção primária à saúde são notificadas e essas mulheres são priorizadas nas ações de planejamento familiar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou, em 1999, um sistema de vigilância da mortalidade infantil que se estrutura a partir de um monitoramento diário dessas mortes, por estabelecimento de ocorrência, permitindo acompanhar sua magnitude, identificar fatores de risco, avaliar a adequação de medidas de intervenção e reconhecer novas estratégias. Com esses objetivos, construiu-se uma metodologia que procurou dar conta do acompanhamento da mortalidade infantil de forma imediata e rápida, buscando identificar, precocemente, possíveis intercorrências pontuais, em cada um dos diferentes estabelecimentos hospitalares do município (Szwarcwald et al., 2001).

Esse sistema envolve: estabelecimento da incidência média de óbitos infantis por estabelecimento hospitalar, nos diferentes meses do ano, considerando a sazonalidade deste evento; utilização de média móvel utilizando-se o mês anterior e o mês posterior ao mês em questão; computação do total de óbitos infantis por local de ocorrência, independente do município de origem da criança; cálculo das médias semanais de óbitos infantis por estabelecimento, assim como a média de óbitos infantis em duas semanas; levando em conta a dispersão de valores encontrados em relação ao número médio semanal, é estabelecido um intervalo de variação para o qual se espera que os valores observados estejam dentro dos



limites encontrados, o que implica um número de óbitos igual ou menor à média, acrescido de um desvio padrão (valores acima deste padrão são considerados como sinais de alerta); como instrumento de monitoramento utiliza-se um planilha de controle nos moldes do diagrama de controle, tradicionalmente utilizado para a definição do nível endêmico de um determinada agravo, em determinada população; parceria com o Serviço Funerário Municipal para receber diariamente dados sobre óbitos ocorridos no dia anterior; e possíveis intercorrências são evidenciadas nas análises diária, semanal quinzenal ou mensal.

Valores acima do esperado desencadeiam uma sequência de ações: análise de cada óbito através de dados presentes na declaração de óbitos, observando o tipo de óbito, a causa da morte, o peso da criança ao nascer e a idade gestacional. Quando esta análise aponta para intercorrências relativas à atenção recebida, uma análise mais detalhada é realizada em conjunto com o hospital.

Outro instrumento epidemiológico fundamental, utilizado rotineiramente no programa Mãe Curitibana, é a investigação dos óbitos maternos e infantis, realizada pelo Comitê Pró-vida de Prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba (Albuquerque et al, 2001). Este trabalho se inicia com a criação, em 1988, do Comitê Municipal de Morte Materna. Em 1994, foi incorporado ao Comitê de Morte Materna, o acompanhamento dos óbitos infantis, considerando-se os fatores comuns na determinação dos óbitos nesses dois grupos.

O Comitê Pró-vida é constituído por representantes de diversos setores sociais: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Universidades, sociedades científicas, corporações profissionais e organizações não-governamentais. Seu objetivo é considerar a morte materna e infantil como eventos-sentinela da atenção à saúde materna e infantil no município buscando identificar causas e fatores contribuintes para os óbitos; analisar a evitabilidade/reduzibilidade das mortes; discutir e sugerir medidas de intervenção; conscientizar gestores, serviços, profissionais de saúde e comunidade sobre os efeitos das mortalidades materna e infantil, e aprimorar as estatísticas.

O Comitê está organizado em duas câmaras: a câmara materna e a câmara infantil. As câmaras infantis estão descentralizadas para os nove Distritos Sanitários. Os critérios de investigação são: mortalidade materna, 100% dos óbitos de mulheres residentes em Curitiba entre 10 a 49 anos; mortalidade infantil, 100% dos óbitos infantis em menores de 1 ano residentes em Curitiba e óbitos fetais maior ou igual 2.500 gramas.

As investigações realizadas de óbitos maternos, no período de 2000 a 2007, evidenciaram o seguinte perfil de mortalidade: 46,2%, entre 30 a 39 anos; 76,3% pré-natal realizado no SUS; 16,1% pré-natal realizado em planos privados ou por pagamento direto; 7,6% não realizaram pré natal; 32,2%, óbitos não declarados na declaração de óbito e 87,5% dos óbitos são evitáveis.

Em relação aos óbitos infantis do ano de 2007 tem-se o seguinte perfil: 256 óbitos; 69, fora de critério; 55, critério/não preveníveis; e 132 critério/preveníveis, o que corresponde a 52% do total de óbitos.

4.2. A captação precoce das gestantes

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana preconiza que as gestantes devem ser captadas até o 4º mês de gravidez. Uma análise dos resultados dessa captação precoce de gestantes está na Tabela 4.

Tabela 4: Percentual de gestantes inscritas no programa Mãe Curitibana antes do 4º mês de gestação, período de 2001 a 2008.

ANO	PERCENTUAL
2001	61%
2002	...
2003	78%
2004	78%
2005	78%
2006	78%
2007	83%
2008	83%

... Dado não disponível

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

O exame da Tabela 4 permite duas conclusões: o percentual de captação de gestantes antes do 4º mês de gestação é bastante bom em termos de situação do SUS e apresenta uma tendência de crescimento nos últimos anos.

4.3. As consultas pré-natais

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana preconiza um número mínimo de 7 consultas como parâmetro de qualidade da assistência pré-natal. A Tabela 5 relaciona as consultas pré-natais em gestantes de baixo risco ofertadas pelo programa no período de 2003 a 2008.

Tabela 5: Consultas pré-natais ofertadas a gestantes de baixo risco pelo programa Mãe Curitibana, período de 2003 a 2008

ANO	NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR GESTANTE
2003	14.186	65.622	32.556	6,9
2004	14.416	74.745	27.685	7,1
2005	13.198	75.606	31.301	8,1
2006	14.113	82.709	35.369	8,4
2007	14.867	82.608	33.088	7,8
2008	15.561	83.339	37.093	7,7

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

Os dados da Tabela 5 indicam que, desde 2004, a meta de 7 consultas de pré-natal foi atingida em 2003 e, desde então, tem se mantido.

4.4. As consultas puerperais e de puericultura para o recém nascido

O protocolo assistencial do programa Mãe Curitibana normatiza que deve ser ofertada, pela unidade de atenção primária à saúde, uma consulta puerperal e de puericultura para o bebê do 7º ao 10º dia após o parto. A Tabela 6 mostra o número de consultas médicas puerperais e de puericultura para o recém nascido por gestante oferecido pelo programa no período de 2001 a 2008.

Tabela 6: Número de consultas puerperais e de puericultura para os recém nascidos ofertadas pelo programa Mãe Curitibana, período 2001 a 2008.

ANO	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR GESTANTE
2001	0,28
2002	0,72
2003	0,77
2004	0,92
2005	1,01
2006	1,13
2007	1,24
2008	1,32

Fonte: Coordenação do Programa Mãe Curitibana (2009)

Os dados da Tabela 6 indicam que a meta estabelecida no protocolo assistencial foi atingida no ano de 2005 e que apresenta uma tendência sustentada de aumento ao longo dos anos.

4.5. O pai presente

O pai presente é uma iniciativa nova do programa Mãe Curitibana que estimula os pais a participarem das consultas pré-natais, acompanhando as suas companheiras, fortalecendo os laços familiares, humanizando a atenção e melhorando sua qualidade. Apesar de sua introdução recente, no segundo quadrimestre de 2009, o percentual de pais que estiveram nas consultas pré-natais nas unidades de atenção primária à saúde atingiu 15%.

4.6. O planejamento familiar


A política de planejamento familiar do programa Mãe Curitibana está detalhada num protocolo assistencial específico sobre o tema, publicado em 2005. Ela está dirigida a mulheres e homens em idade fértil e prioriza as mulheres que apresentam um ou mais fatores de risco reprodutivo seguintes: idade acima de 35 anos e abaixo de 16 anos; escolaridade menor que a 4ª série do ensino fundamental; antecedentes obstétricos desfavoráveis como abortos, mortes fetais e neonatais; recém nascidos de baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, malformações congênitas, amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro; doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, cardiopatia, doenças auto-imunes, pneumopatias, hepatopatias, infecção HIV/AIDS e outras doenças sistêmicas graves; uso ou abuso de drogas como benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabagismo, alcoolismo e outras drogas lícitas ou ilícitas; e obesidade ou desnutrição.

O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao programa Mãe Curitibana proporcionar recursos educacionais e científicos para a concretização dessa decisão.

O programa está estruturado em três grandes áreas de intervenção: assistência à pré-concepção, infertilidade conjugal e assistência à anticoncepção.

A assistência à anticoncepção está centrada na educação e na utilização dos métodos anticoncepcionais. O programa Mãe Curitibana oferece aos casais diferentes métodos anticoncepcionais: métodos de abstinência periódica e natural (temperatura basal, Ogino Knauss, Billings, LAM e sintotérmico); métodos de barreira (condom masculino, condom feminino, diafragma e espermicida); DIU, métodos hormonais orais (minipílulas, pílulas combinadas, pílulas só de progestogênio para anticoncepção de emergência); métodos hormonais injetáveis mensais e trimestrais; e métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

No período 2000 a 2008 foram realizadas 13.080 vasectomias e 10.393 laqueaduras. Em 2008 foram utilizados: métodos injetáveis mensais, 74.000; métodos injetáveis trimestrais, 33.000; pílula mensal, 230.000; minipílulas, 16.340; levonorgestrel 0.75 mg, 2.300; DIU, 3.000; preservativo masculino, 2.736.000.



A efetividade das ações de planejamento familiar pode ser um dos fatores para a diminuição do coeficiente de natalidade, expresso pelo número de nascidos vivos por mil habitantes. Esse coeficiente manteve-se praticamente estável entre 1996 e 2000, respectivamente 19,5 e 18,5 nascidos vivos por mil habitantes. Após a introdução do programa esse coeficiente baixou de 18,5 nascidos vivos por mil habitantes em 2000 para 14,8 em 2004. O número de nascidos vivos em 2000 foi de 29.369 e em 2004, foi de 25.209, tendo, a partir deste ano, mantido-se estável (25.336 nascidos vivos em 2008).

4.7. A redução da gravidez na adolescência

A redução da gravidez em adolescentes tem sido buscada por meio de ações de planejamento familiar e de outras ações desenvolvidas sob a coordenação do Programa de Adolescentes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

São desenvolvidas parcerias das unidades de atenção primária à saúde com recursos comunitários existentes nas áreas de abrangência dessas unidades que trabalham com adolescentes para a realização de grupos educativos e sensibilização para o atendimento de saúde.

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - uma parceria das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, Universidades, organizações governamentais e organizações não governamentais -, têm ampliado cada vez o número de escolas públicas beneficiadas com oficinas de educação sexual, acrescido de entrega de preservativos masculinos, de folders e guias para familiares e adolescentes sobre o tema da sexualidade. As atividades do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas atingiu, em 2009, 64 escolas, 46 unidades de saúde e um público de 58.500 estudantes. Foi lançado em 2005, um livro com o título de: a experiência de Curitiba no Programa "Saúde e Prevenção nas Escolas", com uma tiragem de 4.000 exemplares. De 2003 a 2008 foram disponibilizados 115.173 preservativos masculinos pelas escolas pertencentes ao projeto.

O Ônibus Adolescente Saudável, lançado em março de 2005, promove, na comunidade, ações educativas de maneira itinerante e dá visibilidade aos talentos locais. Contemplou desde março de 2005, até dezembro de 2008, 93.475 pessoas, entre adolescentes, jovens, crianças e familiares. De setembro de 2006 a dezembro de 2008 foram disponibilizados 8.404 preservativos masculinos pelo ônibus.

As unidades de saúde realizam atividades de protagonismo juvenil e encontros regionais. A Coordenação do Adolescente, de 2005 a 2009, realizou 5 encontros municipais, atingindo cerca de 3.255 pessoas, sendo 2.466 adolescentes e jovens.

A Tabela 7 mostra a evolução da gravidez na adolescência desde a implantação do programa Mãe Curitibana.

Tabela 7: Número absoluto e percentual de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos, Curitiba, período de 1999 a 2008

ANO	NÚMERO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS	PERCENTUAL DE GRAVID EM ADOLESCENTES
1999	5.713	19,3%
2000	5.553	19,1%
2001	5.090	18,8%
2002	4.507	17,1%
2003	3.992	16,1%
2004	4.040	16,0%
2005	3.957	16,1%
2006	3.870	15,6%
2007	3.795	15,6%
2008	3.712	14,7%

Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibaana (2009)

Os dados da Tabela 7 mostram uma tendência sustentada de queda da gravidez na adolescência no período de existência do programa Mãe Curitibaana. Em números absolutos a que foi de 5.713 casos em 1999 para 3.712 casos em 2008, o que corresponde a uma queda anual de 2001 casos/ano. Em números relativos, a queda foi de 19,3% em 1999 para 14,7% em 2008, uma diminuição de 4,6%. Um percentual de gravidez na adolescência de 14,7% configura uma situação muito confortável no quadro brasileiro.

4.8. A transmissão vertical de HIV

O programa Mãe Curitibaana normatiza em seu protocolo assistencial a prevenção da transmissão vertical do HIV que envolve: diagnóstico clínico; aconselhamento pré e pós-teste; solicitação do teste anti-HIV como rotina na primeira consulta do pré-natal com consentimento da gestante ou familiar; oferta de teste rápido anti-HIV em que se requer decisão terapêutica de emergência; orientação sobre sexo seguro e planejamento familiar; orientação sobre a importância do tratamento anti-retroviral para a mãe e seu bebê; orientação para o teste anti-retroviral do(s) parceiro(s); solicitação de CD4 e carga viral; prescrição e acompanhamento de terapia anti-retroviral; notificação do Distrito Sanitário; preenchimento de ficha de investigação epidemiológica e anexação ao prontuário clínico; encaminhamento da gestante para pré-natal na maternidade de alto risco; orientação à gestante para a importância de não amamentar o filho; definição de um profissional para a gestão de caso durante o pré-natal, parto e puerpério; realização de oficinas específicas para essas gestantes; realização da consulta puerperal; agendamento de consulta para a mãe no pós-parto no serviço de referência de HIV/AIDS, no máximo, em 30 dias; escolha da via de parto mais adequada; oferta de quimioprofilaxia anti-retroviral quando indicada; administração de antibiótico profilático quando indicado; inibição da lactação; e oferta de

quimioprofilaxia anti-retroviral no recém-nascido segundo o protocolo; e encaminhamento a criança infectada ao serviço de infectologia.

A Tabela 8 mostra a razão de incidência de HIV em gestantes matriculadas no programa Mãe Curitibana.

Tabela 8: Razão de incidência de gestantes matriculadas no programa Mãe Curitibana, período de 1999 a 2008

ANO	RAZÃO DE INCIDÊNCIA
1999	86
2000	151
2001	143
2002	126
2003	119
2004	119
2005	100
2006	85
2007	113
2008	89

Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibana (2009)

No período de 1999 a 2008, foram diagnosticadas 1.131 gestantes HIV positivas, o que significaria uma probabilidade de até 271 crianças adquirirem AIDS. Contudo, em função das intervenções do programa Mãe Curitibana, apenas 44 crianças se infectaram nesses dez anos.

4.9. O aleitamento materno

O aleitamento materno, no programa Mãe Curitibana, é promovido pelas seguintes ações principais: Programa de Aleitamento Materno (PROAMA) que apoia, incentiva e promove o aleitamento materno no município; o Programa Mama Nenê nos Centros Municipais de Educação Infantil de Curitiba que incentiva a continuidade do aleitamento materno ao disponibilizar espaço para amamentação e armazenamento de leite materno para ser oferecido às crianças na ausência de suas mães; sete Postos de Coleta de Leite Humano localizados em unidades de atenção primária à saúde, uma delas a US Mãe Curitibana; e elaboração e distribuição de cartilha sobre amamentação infantil.

A avaliação do aleitamento materno em Curitiba foi feita pela II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida é uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O objetivo da pesquisa foi avaliar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e em outros municípios segundo critérios definidos pelos Estados, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no País. A pesquisa foi realizada

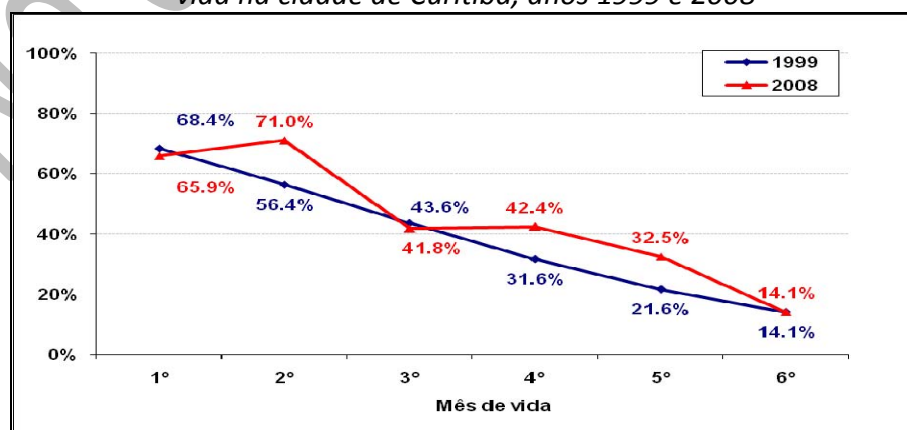
durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação, em agosto do ano 2008. Sendo assim, esse estudo reflete a situação do município de Curitiba como um todo, e não somente da população usuária do programa Mãe Curitibana, pois abrange crianças de todas as regiões da cidade e de todas as classes sociais. Mas têm uma forte presença relativa das gestantes atendidas pelo SUS que são a grande maioria. Como o Ministério da Saúde coordenou uma pesquisa semelhante em 1999, ano de início do programa Mãe Curitibana, isso permitiu comparar os resultados desses dois anos.

Para melhor compreensão dos resultados apresentados pela pesquisa, vale lembrar algumas definições em relação aos tipos de aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas de xarope de vitaminas, minerais e/ou medicamentos; aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás; aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, outros alimentos, seja outro leite e/ou outros alimentos sólidos e semi-sólidos como frutas amassadas, mingaus e comida de sal; e aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.

O Gráfico 1 compara as prevalências de aleitamento materno exclusivo do 1º ao 6º mês de vida nas duas pesquisas, dos anos 1999 e 2008.

A análise do Gráfico 1 indica que a amamentação exclusiva no 4º mês aumentou de 31,6% para 42,4% ($p=0,106$) e no 6º mês de vida as prevalências mantiveram-se iguais, 14,1%. O aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses (agrupando-se do 1º ao 6º mês), teve um aumento estatisticamente significativo passando de 37,1% em 1999 para 45,3% em 2008 ($p=0,0026$).

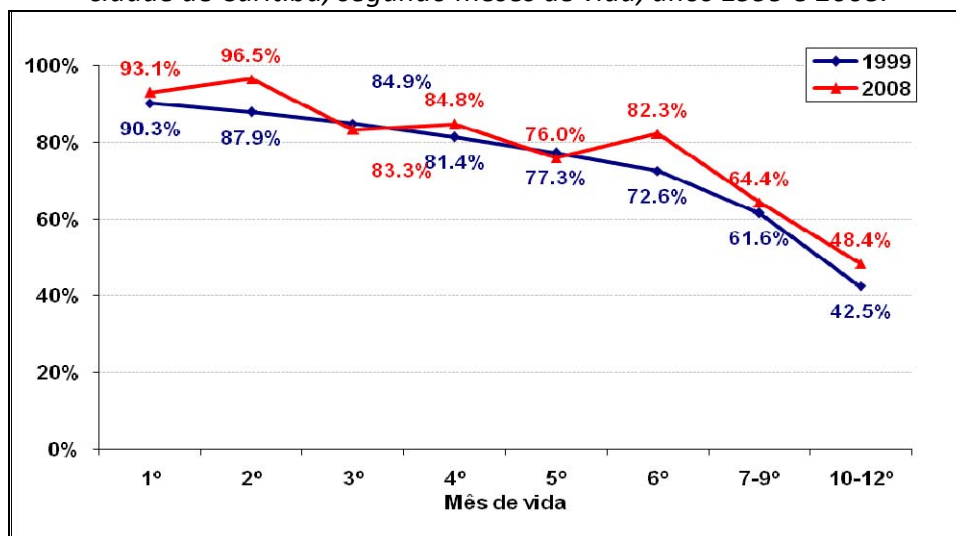
Gráfico 1: Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses de vida na cidade de Curitiba, anos 1999 e 2008



Fonte: SMS/CE/SISVAN/Curitiba (2009)

O Gráfico 2 compara as prevalências de aleitamento materno de todos os tipos nos anos de 1999 e 2008.

Gráfico 2: Prevalência de aleitamento materno em crianças menores de um ano de vida da cidade de Curitiba, segundo meses de vida, anos 1999 e 2008.



Fonte: SMS/CE/SISVAN/Curitiba (2009)

No Gráfico 2, os percentuais aparecem individualmente do 1º ao 6º mês de vida e agrupados do 7º ao 9º mês e do 10º ao 12º mês. De um modo geral, observa-se uma tendência de aumento na prevalência da amamentação nos primeiros 6 meses de vida e também nos meses subsequentes. O aleitamento materno de 0-6 meses (aglomerando-se os primeiros seis meses) aumentou significativamente de 81,8% em 1999 para 86,0% em 2008 ($p=0,0376$) e do 7º ao 12º mês, passou de 52,7% em 1999 para 57,5% em 2008 ($p=0,122$).

4.10. Os tipos de parto

A relação entre partos vaginais e partos cesáreos pode ser tomada como uma proxy da qualidade da atenção ao parto.

A Tabela 9 mostra o percentual dos partos cesáreos em relação ao total de partos realizados pelo SUS em Curitiba, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde.

Tabela 9: Percentual de partos cesáreos em relação aos partos totais realizados pelo SUS em Curitiba, período de 1999 a 2007

ANO	PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS
1999	30,2%
2000	30,9%
2001	31,6%
2002	30,1%
2003	31,6%
2004	34,4%
2005	34,3%
2006	32,8%
2007	33,4%

Fonte: SIH/SUS trabalhados por SMS/CE/Curitiba (2009)

O exame da Tabela 9 indica um percentual de partos cesáreos de 33,5% em 2007, último ano em que os dados do SIH/SUS estão fechados. Contudo, nota-se uma flutuação entre 30,2% e 34,4% no período analisado, com uma média para o período de 33,6%, o que pode ser considerado como uma tendência de estabilidade.

Esses valores relativos aos partos cesáreos no SUS podem ser considerados altos quando contrastados com parâmetros internacionais, mas uma comparação com valores brasileiros, para o ano de 2005 (Torres, 2008), mostra uma situação mais confortável. O valor de 34,4% observado em Curitiba é superior à média SUS para o ano que foi de 28,6%, mas deve-se observar que esta média nacional do SUS há de ser diferente numa metrópole como Curitiba para onde convergem partos de alto risco que tendem a ter maior probabilidade de serem pela via cesárea. Quando o percentual de Curitiba é comparado com a média nacional (partos SUS e do sistema privado) que foi 43,3%, bem superior ao observado no programa Mãe Curitibana. O percentual médio de partos cesáreos em Curitiba (partos SUS e privados) em 2005 foi de 55,7%, bem acima dos 34,4%, a média SUS. Tomando-se o fato de que, em 2005, aproximadamente 82% dos partos totais em Curitiba foram realizados pelo programa Mãe Curitibana, pode-se concluir que há um número excessivo de partos cesáreos ofertados pelos sistemas privados de saúde. No ano de 2005, no Sistema de Saúde Suplementar, os partos cesáreos atingiram 77,5% do total em todo o país, com tendências de aumento.

4.11. A cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade

A cobertura vacinal do programa Mãe Curitibana, pode ser visualizada na Tabela 10.

Tabela 10: Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade, por tipo de vacina. Curitiba, período 2002 a 2008

ANO	BCG	TETRAVALENTE	SABIN	HEPATITE B
2002	103,1%	94,8%	95,3%	96,4%
2003	101,3%	96,9%	95,8%	93,1%
2004	101,8%	90,3%	91,7%	93,7%
2005	103,8%	97,6%	99,2%	99,0%
2006	102,8%	99,1%	98,7%	98,4%
2007	100,4%	97,6%	96,4%	95,8%
2008	104,2%	91,9%	95,6%	98,8%

Fonte: SMS/CE/DI e SINASC/MS

Uma análise da Tabela 10 evidencia uma cobertura vacinal próxima a 100% para todos os quatro tipos de vacina considerados, um desempenho excelente.

5. Os resultados do programa Mãe Curitibana

O programa Mãe Curitibana tem uma meta mobilizadora, a redução da mortalidade infantil, e uma meta adicional de redução da mortalidade materna.

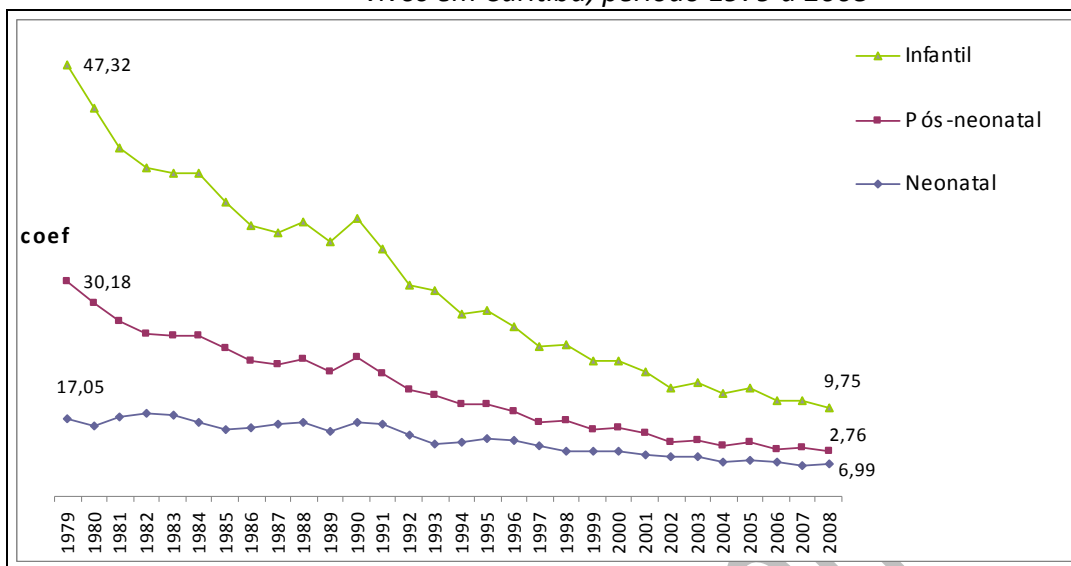
5.1. A meta mobilizadora do programa Mãe Curitibana: a redução da mortalidade infantil

A meta mobilizadora constitui o objetivo final do programa que articula os esforços em termos de estruturas e processos, que focaliza as energias e os recursos da organização e que convoca a co-participação de atores sociais não governamentais.

A meta mobilizadora do programa Mãe Curitibana é a redução da mortalidade infantil a um dígito.

O Gráfico 3 mostra a evolução do coeficiente de mortalidade infantil em Curitiba, no período de 1979 a 2008.

Gráfico 3: Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos em Curitiba, período 1979 a 2008



Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibana (2009)

A Tabela 11 indica coeficientes de mortalidade infantil em anos selecionados da série histórica mostrada no Gráfico 3.

Tabela 11: Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano por mil nascidos vivos em Curitiba, anos selecionados

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL
1979	47,32
1990	30,47
2000	14,85
2004	11,16
2005	11,19
2006	10,31
2007	10,50
2008	9,75

Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibana (2009)

A análise do Gráfico 3 e da Tabela 11 indica uma queda sustentada do coeficiente de mortalidade infantil no período analisado, tanto no componente de mortalidade neonatal quanto no da mortalidade pós-neonatal. Indica, sobretudo, que a meta mobilizadora de uma mortalidade infantil de um dígito foi alcançada em 2008 quando se atingiu um coeficiente de 9,75 mortes em menores de 1 ano por mil nascidos vivos. Esse coeficiente foi 6,99 no período neonatal e de 2,76 no período pós-neonatal.

A consecução da meta mobilizadora deve ser comemorada, mas deve, também, servir como estímulo para a continuidade dos esforços de redução da mortalidade infantil. E é possível reduzir mais, uma vez que 52% das mortes infantis investigadas são evitáveis. Esse é o desafio que se coloca para o programa Mãe Curitibana nos anos vindouros.

5.2. A mortalidade materna

A evolução da mortalidade materna em Curitiba é mostrada na Tabela 12 .

Tabela 12: Razão de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos em Curitiba, 1999 a 2007

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA
1999	21	70,9
2000	10	34,0
2001	14	51,7
2002	7	26,6
2003	8	32,3
2004	22	87,4
2005	8	32,7
2006	16	64,7
2007	8	32,8
2008	11	43,4

Fonte: Coordenação do programa Mãe Curitibana (2009)

Uma análise da Tabela 12 mostra que tem havido uma flutuação nos valores da razão de morte materna que, contudo, para padrões internacionais, são muito altos.

Mas se se toma a meta de desenvolvimento do milênio para o Brasil, 40 mortes por cem mil nascidos vivos, pode-se dizer que Curitiba atingiu esta meta.

A comparação nacional coloca Curitiba numa posição favorável. Especialmente se se considerar que não há subnotificação, já que o Pró-Vida investiga 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

Uma análise mais fina, evidencia que Curitiba diminuiu, significativamente, as mortes obstétricas diretas, aquelas devidas a complicações de causas ou estados que só ocorrem no ciclo gravídico puerperal. No período de 1994 a 1999 elas foram 74% das mortes e, no período de 2000 a 2007, elas diminuíram para 58%, valor inferior à média das capitais brasileiras de 67% (Laurenti et al., 2004).

Não obstante, o programa Mãe Curitibana tem um grande desafio de, nos próximos anos, baixar, de forma sustentada, a mortalidade materna, especialmente porque 87,5% delas ocorreram devido a causas evitáveis.

V. Conclusões

O programa Mãe Curitibana é uma experiência bem sucedida de atenção à mulher e à criança no SUS. As razões para este sucesso devem-se a variáveis contextuais, externas ao programa, e a variáveis internas ao programa.

As variáveis contextuais que podem influir nos resultados do programa Mãe Curitibana foram analisadas por um trabalho avaliativo rigoroso sobre o Sistema Municipal de Saúde realizado, recentemente, pelo Banco Mundial (World Bank, 2006) e que criam um ambiente favorável para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no município. Dentre elas estão:

A gestão competente da cidade

Curitiba tem um ambiente político-administrativo favorável. Há uma continuidade administrativa marcada pela presença longa de planejadores urbanos que conceberam estrategicamente a cidade e, depois, governaram-na por longo tempo, com o apoio de uma tecnocracia competente. Este tipo de gestão urbana vem se reproduzindo na Secretaria Municipal de Saúde onde se trabalha com forte orientação no planejamento estratégico, combinado com a aplicação de políticas de forma flexível e progressiva.

Uma política de saúde que funciona

A política de saúde do SUS, aplicada em Curitiba, tem base na descentralização, na orientação para as pessoas usuárias e na padronização dos procedimentos (o que viabilizou a introdução da gestão da clínica), articulados com uma gestão orientada para o desempenho.

Uma cultura de desempenho

Há uma forte cultura de desempenho na Secretaria Municipal de Saúde. Esta cultura é caracterizada por uma crença compartilhada na instituição que valoriza o trabalho em equipe, a obtenção de resultados para a população e a disponibilidade para solucionar problemas. A utilização de contratos de gestão com pagamento por desempenho é uma das características centrais desta cultura. Esta cultura vem de dois fatores importantes: um conjunto de políticas nacionais desenvolvidas pelo SUS e os sanitaristas que constituem uma rede de profissionais que provêm expertise com crenças e práticas consistentes com as normativas do SUS, e que se instituem num forte ethos de trabalho.

Uma compreensão de como gerenciar a complexidade

A Secretaria Municipal de Saúde foi capaz de desenvolver e gerenciar sistemas complexos e de usar a tecnologia de informação para coordená-los. Os sistemas logísticos de informação são uma importante condição para coordenar os diferentes sistemas e para operar contratos de gestão com pagamento por desempenho. Não há dúvidas de que a proposição de um sistema integrado de serviços de saúde torna mais fácil gerenciar a complexidade da rede de atenção à saúde.

Uma capacidade para mitigar os problemas das relações entre principal e agente

O setor saúde se caracteriza pela dificuldade de lidar com os problemas principais-agentes. Como os profissionais de saúde têm conhecimentos especializados é difícil para seus gerentes (como principais) controlar o que eles fazem (como agentes), assim como é difícil para as pessoas usuárias (como principais) controlar o que os profissionais fazem (como agentes). Curitiba modificou as relações principais-agentes pela padronização dos produtos através dos protocolos assistenciais, pela melhoria dos sistemas de informação para capturar estes protocolos e utilizando informações padronizadas para clarear as expectativas de desempenho que os gerentes têm dos profissionais de saúde. Além disso, a existências de conselhos de saúde, a central de atendimento às pessoas usuárias e as pesquisas telefônicas de opinião da população sobre os serviços, contribuem para a redução da assimetria de informação entre os profissionais e as pessoas usuárias.

Um processo de mudança contínua

Vige, na Secretaria Municipal de Saúde, um processo longo de desenvolvimento institucional, desde sua criação, marcado pela abertura à inovação constante. As mudanças permanentes significaram desafios e requereram uma atenção permanente na solução dos problemas de saúde.

Esses fatores contextuais explicam, em boa parte, o sucesso das políticas públicas de saúde de Curitiba em relação a outros municípios brasileiros.

Uma comparação feita em onze municípios brasileiros de perfis demográfico, sanitário e social semelhantes, através de seis indicadores selecionados, mostrou que Curitiba esteve no primeiro lugar do ranking geral realizado. Conforme se vê na Tabela 13, obteve o primeiro lugar em dois indicadores, o segundo lugar em três indicadores e o quarto lugar em um indicador (World Bank, 2006).

Mas as variáveis de contexto facilitam, mas não determinam o sucesso do programa Mãe Curitibana. Como se observou, as variáveis internas foram fundamentais nos resultados do programa.

A variável interna fundamental é a organização do programa Mãe Curitibana como uma rede de atenção à saúde, superando a (des)organização dos sistemas fragmentados. Isso explica porque o programa Mãe Curitibana se destaca em relação a outros programas da Secretaria Municipal de Saúde, mesmo reconhecendo que, em geral, os programas de saúde pública do município apresentam bons desempenhos. É que o grau de integração da rede Mãe Curitibana ainda não foi alcançado pelos outros programas.

Tabela 13: Indicadores selecionados em onze grandes municípios brasileiros, 2004


Média anual de consultas médicas por habitante na atenção primária	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção de óbitos não fetais por causas não definidas	Taxa de mortalidade infantil	Taxa de internação por Infecção respiratória Aguda - IRA - em menores de 5 anos na rede SUS	Taxa de abandono de tratamento de tuberculose
São Luis	Campinas	Curitiba	Curitiba	Guarulhos	Campinas
Curitiba	Curitiba	Guarulhos	Campinas	Curitiba	Guarulhos
Porto Alegre	Goiânia	Recife	Porto Alegre	Campinas	São Luis
Duque de Caxias	Belo Horizonte	Goiânia	Goiânia	Belo Horizonte	Curitiba
Belém	Porto Alegre	Campinas	Belo Horizonte	Porto Alegre	Fortaleza
Recife	Guarulhos	Porto Alegre	Recife	Duque de Caxias	Porto Alegre
Belo Horizonte	Belém	Belo Horizonte	Guarulhos	São Luis	Belém
Goiânia	Recife	Belém	São Luis	Recife	Goiânia
Campinas	Duque de Caxias	Duque de Caxias	Duque de Caxias	Fortaleza	Belo Horizonte
Fortaleza	Fortaleza	São Luis	Belém	Belém	Recife
Guarulhos	São Luis	Fortaleza	Fortaleza	Goiânia	Duque de Caxias

Fonte: Banco Mundial (2006)

A concepção de rede de atenção à saúde Mãe Curitibana é sólida, tanto nos aspectos conceituais quanto operacionais.

Há uma sólida infra-estrutura de atenção primária à saúde que permite que a APS funcione com três funções essenciais na rede: a função de resolver mais de 90% dos problemas, de ser o centro de comunicação da rede e de responsabilizar-se pela população a ela adscrita. A atenção primária à saúde deixa de ser um programa pobre para pessoas e regiões pobres ou, somente, um nível de atenção à saúde para transformar-se na estratégia de ordenamento de todo o sistema de atenção à saúde. Os pontos de atenção secundários e terciários são organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica em função dos riscos. Os sistemas de apoio, como o apoio diagnóstico e terapêutico e a assistência farmacêutica, estruturam-se transversalmente à rede de atenção à saúde. Os sistemas logísticos (cartão qualidade SUS, prontuário clínico eletrônico e sistemas de acesso regulado à atenção), também, transversais à rede, garantem a racionalidade dos fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações em toda a rede. O modelo de atenção à saúde suporta uma atenção integral sobre populações e subpopulações estratificadas por riscos e utiliza as tecnologias de gestão da clínica, construídas a partir de protocolos assistenciais baseados em evidências, no manejo das condições de saúde estabelecidas.

A construção social da rede de atenção à saúde Mãe Curitibana levou a processos bem concebidos e operados. De onze processos analisados, nove tiveram desempenhos muito favoráveis; um deles, o pai presente, de introdução recente, ainda não permite uma avaliação



definitiva, mas começou bem; e um outro, o percentual de partos cesáreos, ainda que alto para os padrões internacionais, está bem em termos de padrões nacionais, mas apresenta um padrão de estabilidade que deveria ser revertido.

Certamente, os processos levaram a bons resultados. A meta mobilizadora de um coeficiente de mortalidade infantil de um dígito por mil nascidos vivos foi alcançada no ano de 2008. Essa comemoração é fundamental, mas não deve obscurecer o fato de que a maior parte das mortes continua sendo por causas evitáveis.

É possível continuar avançando? Essa questão foi feita na avaliação do Banco Mundial sobre o Sistema Municipal de Saúde: “O que acontecerá com a satisfação de trabalho e desempenho se a taxa de expansão ou inovação do sistema diminuir? A resposta pode estar numa manifestação do Secretário Municipal de Saúde: “São traços marcantes da gestão da saúde em Curitiba, a ousadia de enfrentar problemas criando novas respostas, o investimento contínuo reforçando caminhos considerados pertinentes e a coragem de rever-se, repensando os possíveis erros de trajetória” (Ducci, 2001).

No citar ni disernitor

AGRADECIMENTOS

O autor agradece a colaboração das várias pessoas que entrevistou mas, especialmente, àquelas que selecionaram documentos, organizaram informações e transmitiram a história e o alto moral do programa Mãe Curitibana: Eliane Chomatas, Raquel Cubas, Javier Jimenez e Nilza Faoro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. C. de - Comitê Pró-Vida de prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

CHOMATAS, E. R. da V. - Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dissertação de Mestrado, 2009.

COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER - Puérperas, parto vaginal e maternidades SUS: pesquisa de satisfação. Curitiba, Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2008.

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

DONABEDIAN, A. – Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.


DUCCI, L. - O sistema de saúde em Curitiba. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

GIACOMINI, C.H. - Descentralização e distritos sanitários: aproximação ao deslocamento do poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Dissertação de mestrado, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1994.

IMPROVING CHRONIC CARE ILLNESS – The chronic care model. Disponível em <http://www.improvingchroniccare.org>, acesso em setembro de 2008.

JIMENEZ, E. J. B. et al. - Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

LAURENTI, R. et al. - A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. Bras. Epidemiologia, 7: 449-460, 2004.



MENDES, E.V. - As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MOYSÉS, S.J. et al. - A construção social do distrito sanitário. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

SCHNEIDER, A. L. et al. - Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do cartão qualidade-saúde de Curitiba. In: DUCCI, L. et al. - Curitiba, a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - Protocolo de assistência pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém nato. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA - Protocolo de planejamento familiar. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005b.

SHEPERD, G. & WENCESLAU, J. - Gerindo a atenção primária na cidade de Curitiba. Curitiba, Seminário Melhorando o desempenho da área de saúde no Brasil: lições das inovações do estado de São Paulo e da cidade de Curitiba, 2006.

SMS/CE/SISVAN/Curitiba - Boletim, no prelo, 2009.

SZWARCWALD, C. L. et al. - Vigilância da mortalidade infantil: aplicação da epidemiologia na prática de saúde. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

TORRES, J. A. - A redução do parto cesáreo: o papel do SUS e da saúde suplementar. Belém, CONASEMS, 2008.

WORLD BANK - Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. Brasília, World Bank, 2006.