

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Avaliação da Ferramenta Protocolo n.º 22 - Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde”

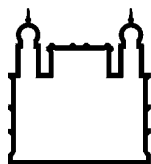
por

Jair da Costa Matos

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Brasília, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da Ferramenta Protocolo n.º 22 - Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde”

apresentada por

Jair da Costa Matos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Boavista Seara Machado

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M433a Matos, Jair da Costa
Avaliação da Ferramenta Protocolo n.º 22 - Ação Rede
Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do
Sistema Único de Saúde. / Jair da Costa Matos
. -- 2015.
76 f.

Orientador: Marcelo Rasga Moreira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Ética
em Pesquisa. 3. Políticas Públicas. 4. Auditoria
Administrativa. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

A meus pais
Genário (in memoriam)
e Onofra (in memoriam)
pelo exemplo de vida.
A minha esposa Mari e
a meus filhos
Tagore e Thiago
pela motivação e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em especial aos Diretores do Departamento Nacional de Auditoria Srs. Adalberto Fulgêncio e Adelina Feijão, que, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde na qualificação permanente de seu corpo técnico, realizou este Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Ao meu amigo Dr. Eugênio Carlos Amar, chefe da Divisão de Auditoria de São Paulo, por minha liberação e incentivo.

Ao Prof. Dr. Marcelo Rasga por sua competência e paciência em me orientar neste trabalho.

Aos colegas, professores do Mestrado e aos professores doutores José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa e Jeni Vaitsman pelo convívio descontraído e enriquecedor.

Às minhas amigas Neide Hasegawa e Dra. Maria Aparecida Orsini por terem me introduzido no mundo da auditoria e acompanhado de perto minha jornada profissional.

Ao meu amigo Dr. José Amando Mota pela motivação e longas e estimulantes conversas à cerca do Sistema Único de Saúde.

À minha amiga Valéria Buccheri pela leitura prévia dos originais e sugestões de aprimoramento.

RESUMO

A presente dissertação tem o propósito de avaliar a ferramenta Protocolo Nº 22 Ação Rede Cegonha (P22ARC). Esta ferramenta elaborada pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) tem como objetivo realizar ação de auditoria no ‘’ componente II – Parto e Nascimento’’ nas maternidades integrantes da Rede Cegonha em todo o território nacional. Esta ferramenta foi utilizada na ação de auditoria realizada em 2013.

Esta dissertação tem como objetivo analisar em que medida esta ferramenta de aferição, dentro de um contexto de avaliação de políticas públicas, precisa ser aperfeiçoada.

O raciocínio hipotético que orientou esta dissertação foi o de que existiam elementos essenciais e indispensáveis relacionados ao atendimento do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança que não foram contemplados.

Nesse sentido, a avaliação da ferramenta P22ARC, com a consequente proposta de aperfeiçoamentos, permite avanços na prática de avaliação das ferramentas de aferição.

Do ponto de vista de avaliação de políticas públicas olhando apenas um componente da Rede Cegonha é possível identificar qualidades e problemas, embora os outros componentes não olhados possam contradizer a situação encontrada; a situação dos componentes avaliados e não avaliados podem se encontrar em polos opostos. Este olhar parcial traz um viés que dificulta uma real compreensão de como a política pública se encontra dificultando a tomada de decisão pelo gestor.

A questão que se coloca é que esta ferramenta deve ser aperfeiçoada e ampliada em sua abrangência contemplando todos os quatro componentes da Rede Cegonha.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

This work aims to evaluate the tool Protocol No. 22 Action Network Stork (P22ARC). This tool developed by the National Audit Department of the Unified Health System (DENASUS), the Secretariat of Strategic Management and Participatory Ministry of Health (SGEP / MS) aims to conduct audit in action " component II - Labor and Delivery " the members of the Network Stork in hospitals throughout the country. This tool was used in the audit action taken in 2013.

This thesis aims to analyze to what extent this assessment tool, within the context of evaluation of public policies, needs to be improved.

The hypothetical reasoning that guided this thesis was that there were essential and indispensable elements related to prenatal care, childbirth, postpartum and monitoring of the child were not included.

Accordingly, evaluation of P22ARC tool, with consequent improvements proposed allows advances in the practice of evaluation measurement tools.

From the viewpoint of public policy evaluation looking at only one component of the Stork is possible to identify network problems and qualities, although other components may not contradict looked situation encountered; the situation of the evaluated and not assessed components can be found at opposite poles. This partial look brings a bias which prevents a real understanding of how public policy is hampering decision-making by the manager.

The question that arises is that this tool should be improved and expanded in scope covering all four components of Stork Network.

Keywords: Evaluation of Programs and Projects Health.

SUMÁRIO

I) INTRODUÇÃO.....	7
II) CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	12
II.I) Sobre os Objetivos.....	13
II.II) Considerações sobre a Ética em Pesquisa	16
III) AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO REFERENCIAL PARA A PRÁTICA DE AUDITORIA	17
IV) REDE CEGONHA.....	21
V) AÇÃO DE AUDITORIA DA REDE CEGONHA.....	28
VI) AVALIAÇÃO PROPOSITIVA DA FERRAMENTA P22ARC	31
VII) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO I PROTOCOLO Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC)	51
ANEXO II ROTEIRO PARA ATIVIDADE DE CONTROLE NA REDE CEGONHA.....	66
ANEXO III ENTREVISTA COM PUÉRPERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	74

ÍNDICE DOS QUADROS

QUADRO I – FERRAMENTAS UTILIZADAS NA AÇÃO REDE CEGONHA	14
QUADRO II - PRINCÍPIOS DA REDE CEGONHA.....	21
QUADRO III - OBJETIVOS DA REDE CEGONHA.....	22
QUADRO IV - DIRETRIZES DA REDE CEGONHA	22
QUADRO V – COMPONENTES DA REDE CEGONHA	22
QUADRO VI – DIMENSÕES DO COMPONENTE PRÉ-NATAL	23
QUADRO VII – DIMENSÕES DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO.....	24
QUADRO VIII – DIMENSÕES DO COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	24
QUADRO IX – DIMENSÕES DO COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	25
QUADRO X – FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA.....	25
QUADRO XI – RESPONSABILIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA.....	26
QUADRO XII – FINANCIAMENTO DO COMPONENTE PRÉ-NATAL	26
QUADRO XIII – FINANCIAMENTO DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO.....	27
QUADRO XIV – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E CATEGORIAS PROPOSTAS POR DONABEDIAN	34
QUADRO XV – DIMENSÕES DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	40
QUADRO XVI – DIMENSÃO 1 SUFICIÊNCIA DE LEITOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS	41
QUADRO XVII – DIMENSÃO 2 AMBIÊNCIA DAS MATERNIDADES.....	42
QUADRO XVIII – DIMENSÃO 3 PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS	43
QUADRO XIX – DIMENSÃO 4 GARANTIA DE ACOMPANHANTE	44
QUADRO XX – DIMENSÃO 5 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO RISCO	44
QUADRO XXI – DIMENSÃO 6 ESTÍMULO Á IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES HORIZONTAIS.....	45
QUADRO XXII – DIMENSÃO 7 ESTÍMULO À IMPLANTAÇÃO DE COLEGIADO GESTOR.....	45

I) Introdução

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde (RS) e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em dezembro de 2010, as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Essas diretrizes foram elaboradas a partir de discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Inter gestores Tripartite, composto por representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

As Redes de Atenção à Saúde são, portanto, disposições organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em saúde (MS, 2010).

As Redes têm como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de incrementar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (MS, 2010).

A Rede Cegonha (junho, 2011), a Rede de Atenção às Urgências (julho, 2011) e a Rede de Atenção Psicossocial (dezembro, 2011) foram as Redes definidas pelo Ministério da Saúde como de implantação prioritária, seguidas pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (setembro, 2012) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (fevereiro, 2013) e, por fim, dentro da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pela definição do Componente Hospitalar da Redes de Atenção à Saúde (RAS) (dezembro, 2013).

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, e à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (MS, 2011).

A organização da Rede Cegonha baseia-se em quatro componentes distintos, e intrinsecamente interligados: I – Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico de Apoio: Transporte Sanitário e Regulação do Acesso e estes componentes em sua implantação necessitam serem avaliados (MS, 2011).

A Rede Cegonha e, portanto, tais componentes, deve, como toda política pública, ser avaliada interna e externamente.

O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), tem um papel específico na avaliação da Rede Cegonha e de seus componentes e a auditoria, como um importante instrumento de gestão, zela pela adequada utilização dos recursos disponibilizados ao SUS, contribuindo para a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Além de exercer as atividades de auditoria nas ações e serviços de saúde, a fim de verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, o DENASUS deve proceder também à *avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade*, e auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (PR, 1995; MS 2007).

Compete ao DENASUS “auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde” (PR, 2013) e em sua missão de auditar e verificar se a atuação do SUS está sendo realizada conforme planejado, tem se esforçado em ir além da simples apuração de denúncias buscando diferentes tecnologias de aferição na construção de um real diagnóstico situacional.

Esse comportamento tem ampliado o conceito-prática de auditoria, incorporando, de forma definitiva e norteadora, a avaliação de políticas públicas. Esse comportamento vem ao encontro do disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 2005, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), quando dispôs que o “*SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:*” “*II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade*” e inciso II do art. 37º do Decreto nº 8.065, de sete

de agosto de 2013, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, quando atribui como competência ao DENASUS “*auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde*”.

Neste contexto, a construção e aplicação de protocolos de aferição específicos compõem os instrumentos dessa nova forma de pensar e realizar auditoria.

Construir métodos definidos de avaliação é sua principal meta e com o intuito de aperfeiçoar sua forma de trabalho foram instituídas importantes ferramentas, como, por exemplo, as aplicadas nos hospitais psiquiátricos, hospitais que realizam tratamento de câncer de mama, laboratórios que realizam exames de cito patologia, serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e farmácia popular.

A construção de um protocolo de auditoria de avaliação na implantação da Rede Cegonha impôs-se, para o SUS e para o DENASUS, como uma importante ferramenta. Assim, o DENASUS construiu e aplicou, em 2013, de forma amostral, a ferramenta Protocolo nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC) (anexo I), cujo objetivo era realizar ação de auditoria no “componente II – Parto e Nascimento”, para verificar o acesso, o acolhimento e a qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos em maternidades integrantes da Rede Cegonha.

A aplicação da ferramenta P22ARC, em diferentes serviços distribuídos pelo país ficou sob a responsabilidade das Divisões/Serviços de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DIAUD/SEAUD) descentralizados nos Estados da Federação, onde foram formadas equipes de avaliação. Esta ferramenta foi aplicada, em 2013, em 42 diferentes maternidades distribuídas nacionalmente.

Integrei a equipe da Divisão de Auditoria no Estado de São Paulo (DIAUD/SP), que aplicou a ferramenta P22ARC no município de Guarulhos, SP e apesar da excelência da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha tive uma sensação de incompletude da mesma dada a proposta de aferir unicamente o “componente II – Parto e Nascimento”, em seu aspecto estrutural, resultando daí o interesse em avaliar essa ferramenta aplicada.

Portanto, a **situação-problema** que mobiliza esta dissertação é em que medida a ferramenta P22ARC, sendo voltada unicamente para aferição do “Componente II – Parto e Nascimento”, é suficiente para produzir uma avaliação da Rede Cegonha em sua integralidade e, portanto, gerar os subsídios necessários para o aperfeiçoamento desta política.

Diante desta questão, o **raciocínio hipotético** - que deflagra e é testado no estudo apresentado nesta dissertação - é o de que existem elementos essenciais e indispensáveis relacionados ao atendimento do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança que não foram contemplados na ferramenta P22ARC, o que torna este protocolo insuficiente para estruturar uma avaliação da Rede Cegonha em sua integralidade.

Isto posto, o **objeto** desta dissertação é a avaliação da ferramenta Protocolo N° 22 Ação Rede Cegonha. Pretende-se, ao recortar este objeto, aprimorar o processo de formulação-implantação-avaliação de protocolos desenvolvidos pelo DENASUS e em consequência contribuir com a avaliação da Rede Cegonha.

A presente dissertação constitui-se num esforço de consecução dessa avaliação e, para tanto, estrutura-se, além deste Capítulo I, Introdução, e Capítulo II, Metodologia, nos seguintes capítulos:

No Capítulo III, Avaliação de políticas públicas como Referencial para a Prática de Auditoria, apresento uma síntese do referencial teórico adotado nesta dissertação. Neste capítulo discuto categorias e conceitos no campo da 'avaliação de políticas públicas' com ênfase nas que podem ser mais bem aproveitadas pela área de Auditoria. Por fim, busco explicitar os elementos teóricos que foram adotados ao proceder a avaliação da ferramenta P22ARC.

No Capítulo IV, Rede Cegonha, apresento a Rede Cegonha, seus princípios, objetivos e diretrizes, além da organização de seus componentes e dimensões. Complemento com as fases de operacionalização e responsabilidades dos entes federativos na implementação e no financiamento.

No Capítulo V, Ação de Auditoria da Rede Cegonha, relato como foram planejadas e executadas, a partir de agosto de 2013, as 40 visitas técnicas aos gestores estaduais ou municipais e as 42 auditorias nos prestadores de serviços hospitalares ao SUS que aderiram à Rede Cegonha e como me incluo nesta ação de auditoria. Neste capítulo relato como foi utilizada a ferramenta P22ARC, delineada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) em conjunto com a Área Técnica de Saúde da Mulher/MS (ATSM/MS).

No Capítulo VI, Avaliação propositiva da ferramenta P22ARC, apresento os instrumentos que compõe esta ferramenta e avalio suas suficiências em aferir as dimensões do componente II Rede Cegonha, dividindo-as conforme as categorias a que pertencem (estrutura, processo ou resultado). Realizo também parametrização entre as questões a serem avaliadas existentes nos diferentes instrumentos desta ferramenta.

Neste capítulo depois de identificadas as insuficiências da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha apresento propostas de aperfeiçoamento em avaliar os componentes da Dimensão II Parto e Nascimento.

No Capítulo VII, Considerações finais, saliento a importância do DENASUS em avaliar de forma rotineira suas ferramentas e, em especial, a pertinência em avaliar a ferramenta P22ARC em um ambiente acadêmico como o do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas (MPDPP).

II) Considerações Metodológicas

Conforme apresentado na Introdução, a situação-problema que mobilizou esta dissertação é: em que medida a ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC), sendo voltada unicamente para aferição do “Componente II – Parto e Nascimento”, é suficiente para produzir uma avaliação da Rede Cegonha em sua integralidade e, portanto, gerar subsídios necessários para o aperfeiçoamento desta política.

Em decorrência, o raciocínio hipotético é o de que existem elementos essenciais e indispensáveis relacionados ao atendimento do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança que não foram contemplados na ferramenta P22ARC, o que torna esta ferramenta insuficiente para estruturar uma avaliação da rede Cegonha em sua integralidade.

Isto posto, o **Objeto de Pesquisa (OP)** desta dissertação é a **ferramenta P22ARC** em sua suficiência na avaliação da Rede Cegonha. Pretende-se, ao recortar este objeto, contribuir com a avaliação da Rede Cegonha e aprimorar o processo de formulação-implantação-avaliação de protocolos desenvolvidos pelo DENASUS.

Neste contexto, o **Objetivo Geral (OG)** desta dissertação foi **avaliar a ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)**, instrumento utilizado pelo DENASUS na avaliação da Rede Cegonha.

Para a consecução deste Objetivo Geral foram realizados os seguintes **Objetivos Específicos (OE)**:

- **Objetivo Específico 1 (OE1):** Caracterizar a Rede Cegonha, seus componentes e suas dimensões,
- **Objetivo Específico 2 (OE2):** Analisar a ferramenta Protocolo Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC); e
- **Objetivo Específico 3 (OE3):** Analisar as possíveis insuficiências que inviabilizem a avaliação da referida política em sua integralidade e a partir destas insuficiências propor estratégias para o aperfeiçoamento da referida ferramenta.

II.1) Sobre os Objetivos

Para consecução do **Objetivo Específico 1 (OE1)**, *Caracterizar a Rede Cegonha, seus componentes e suas dimensões*, foi aplicada técnica de pesquisa bibliográfica em diversas fontes secundárias listadas a seguir vez que sua criação e fundamentação se baseiam em um abrangente contexto legislativo.

Dentre elas, destacam-se:

- Lei nº 11.108, de sete de abril de 2005, que altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 2.418, de dois de dezembro de 2005, que regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS;
- Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha;
- Portaria GM/MS nº 2.351, de cinco de outubro de 2011, que altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha;
- Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 650, de cinco de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha;
- Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) Nº nº 36, de três de junho de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e,

- Manual boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, de 1996, da Organização Mundial da Saúde (OMS) que desenvolveu classificação baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.

Como se pode observar pela diversidade de fontes secundárias consultadas, a legislação e as portarias que definem e estruturam a Rede Cegonha são múltiplas e dispersas, o que gerou a necessidade de sistematizá-las em um quadro analítico que viabilizasse a análise tanto de suas partes como do todo, permitindo com isto a correta caracterização da política.

Atingido o primeiro objetivo específico, passou-se à consecução do **Objetivo Específico 2 (OE2)**, *Analisar a ferramenta de avaliação Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha.* - para o qual foi aplicada a técnica de pesquisa documental.

O Quadro I ilustra as fontes de informação utilizadas:

QUADRO I – FERRAMENTAS UTILIZADAS NA AÇÃO REDE CEGONHA

-
1. Protocolo Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC) (Anexo I);
 2. Roteiros para atividade de controle na Rede Cegonha (Anexo II), e
 3. Roteiro para entrevista com puérpera no alojamento conjunto (Anexo III).
-

Fonte: Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

Partiu-se, assim, em seguida, para a realização do **Objetivo Específico 3 (OE3)** - *‘Analisar as possíveis insuficiências identificadas no OE2, propondo estratégias para o aperfeiçoamento da referida ferramenta* - foi avaliada a ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha respondendo em que medida esta ferramenta voltada para a aferição da estratégia do Ministério da Saúde Rede Cegonha precisaria ser aperfeiçoada.

A ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha, a partir de seus Instrumentos de Avaliação identificados, foi analisada confrontando-a com a legislação levantada em OE1, em especial com os aspectos que esta legislação indica como essenciais e fundamentais para a implantação da Rede Cegonha.

Nesta dinâmica de análise, optou-se por trabalhar com o referencial teórico da tríade estrutura-processo-resultados proposto por Donabedian (Donabedian 1996) pelos motivos:

1. Considerou-se que este referencial teórico embasa o estudo de qualidade em saúde e reúne melhores condições para apoiar a identificação de insuficiências da ferramenta;
2. A “*avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade*” sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é atividade precípua do DENASUS e assim é disciplinado no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS;
3. “Auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde” é competência do DENASUS conforme disposto no Decreto 8.065, de sete de setembro de 2013, que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde;
4. A construção da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha deixa explícito no Capítulo 4. Metodologia que a “*lógica de estruturação do protocolo seguiu o modelo teórico de análise proposto por Donabedian*” e utilizar outra ótica em sua análise dificultaria o trabalho aqui proposto.

A consecução de OE1, OE2 e OE3 permitiu avaliar a suficiência da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC), instrumento utilizado pelo DENASUS na avaliação da Rede Cegonha, conforme proposto como Objetivo Geral (OG) desta dissertação.

Propostas de aperfeiçoamento da ferramenta segundo as dimensões do componente II Parto e Nascimento fecham esta dissertação.

II.II) Considerações sobre a Ética em Pesquisa

Esta dissertação utilizou-se apenas de fontes secundárias públicas e de pesquisa bibliográfica e documental e, portanto, não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). No entanto, isto não eximiu da garantia do rigor ético (e, portanto, o rigor metodológico) nos estudos aqui apresentados.

Como estratégia principal para manter este rigor, esta dissertação se apresenta adequada aos pressupostos da Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, referenciando-se a quatro princípios que as pesquisas com seres humanos devem atender, exigindo que estas se comprometam o máximo possível com as contribuições que possam produzir para os sujeitos-alvo, protegendo-os em sua vulnerabilidade. Estes princípios são:

- Autonomia: garantir o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos que participem da pesquisa, sempre atentando para a dignidade, respeito e proteção dos mesmos;
- Beneficência: avaliar os riscos e benefícios que a pesquisa pode trazer para os indivíduos que delas participem, buscando o pesquisador em produzir o máximo de benefícios e o mínimo de danos;
- Não-Maleficência: assegurar que danos previstos não ocorram;
- Justiça e Equidade: produzir uma pesquisa que forneça o máximo de contribuições possíveis para os sujeitos pesquisados e o mínimo de prejuízos para os mesmos.

Assim, as questões éticas que perpassam este estudo foram cuidadosamente observadas para que não houvesse prejuízo de nenhuma espécie, já que o que deve nortear qualquer pesquisa são os benefícios que ela pode produzir, não devendo nunca para alcançar este objetivo abrir mão de preceitos éticos.

No próximo capítulo apresento uma síntese do referencial teórico adotado na dissertação. Discuto as categorias e conceitos no campo da ‘avaliação de políticas públicas’, com ênfase para os que podem ser melhor aproveitados pela área de Auditoria, buscando explicitar os elementos teóricos que adoto adotados ao proceder na avaliação da ferramenta P22ARC.

III) Avaliação de políticas públicas como Referencial para a Prática de Auditoria

O termo avaliar tem o sentido de determinar o valor ou quantidade de alguma coisa e comparar os resultados com normas ou outros valores e quantidades que sirvam de parâmetros tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo controle (Pereira, 2013).

O principal objetivo de uma avaliação é influenciar na tomada de decisões. A complexidade e precisão da avaliação dependem de quem é o tomador de decisão e quais decisões serão tomadas como consequência dos resultados. A partir dos resultados de uma avaliação o tomador de decisão pode decidir continuar, mudar, expandir ou terminar um projeto ou intervenção (Habicht e cols, 1999).

Sem uma clara pergunta avaliativa, como ponto de partida, não se produz uma avaliação e sim um diagnóstico; a falta de clareza na pergunta resultará num acúmulo de dados e informações que poderá melhorar o conhecimento do problema e do objeto de avaliação, mas não desencadeará uma tomada de decisão que venha alterar a situação de saúde da população (Tanaka e Tamaki, 2012).

Ainda, o conceito de qualidade tem que estar presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica a atribuição de um juízo de valor que quando positivo significa ter qualidade. Na análise de um programa, de início, há a necessidade do estabelecimento de uma qualidade que se constituirá no parâmetro de referência a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados na avaliação (Novaes 2000).

Donabedian(1966), referência no estudo de qualidade da prestação de saúde, a partir de reflexões do cuidado médico prestado individualmente, separou os componentes básicos da avaliação em três categorias: estrutura, processo e resultado; esses componentes são fundamentais para compreender avaliação de qualidade em saúde.

A categoria Estrutura é definida como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui a qualificação profissional e a qualidade e manutenção dos equipamentos. Uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência ser de melhor qualidade (Donabedian,1966).

A categoria Processo define todas as atividades ou procedimentos desenvolvidos entre os profissionais de saúde e os pacientes. É dessa relação que advém os resultados da assistência (Donabedian,1966).

A categoria Resultado ou de impacto seria o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (Donabedian,1966).

Nos países desenvolvidos, desde longa data, há recursos suficientes e uma infraestrutura quantitativamente adequada e em decorrência a avaliação da Estrutura recebe pouca ou nenhuma atenção; diversamente, nos países em desenvolvimento essa situação, de recursos suficientes e infraestrutura adequada, não se reproduz, depreendendo-se daí que a avaliação de Estrutura é de fundamental importância (Pereira 2013).

A existência de uma boa estrutura concorre para o bom atendimento aos pacientes, gerando bons resultados. A avaliação da Estrutura, relativamente fácil de realizar, informa o potencial da organização de atingir o que se propõe fazer, embora apenas por ela não seja possível determinar se o resultado final obtido é de boa qualidade. Pode ser que recursos crescentes sejam aplicados para manter a estrutura ou ampliá-la sem que haja qualquer incremento no impacto dos resultados (Pereira 2013).

A despeito do esquema original Estrutura, Processo e Resultado ser o mais empregado na atualidade, por sua utilidade e simplicidade, Pereira chama atenção para a não clara distinção entre esses três componentes, principalmente entre Processo e Resultado, nem sempre fácil, ressaltando que separar esses dois últimos pode em alguns casos gerar controvérsias (Pereira 2013).

A existência de muitos critérios a serem avaliados quando se avalia qualidade ressalta que qualidade não pode ser traduzida por apenas um deles. Nas avaliações de impacto das ações de saúde são usualmente utilizadas três categorias: eficácia, efetividade e eficiência, necessárias para aferir a adequação dos programas aos critérios e parâmetros exigidos (Pereira, 2013).

A avaliação do processo, mais afeita ao apoio da gestão, tem como finalidade precípua julgar se a intervenção está sendo implementada conforme planejada, se a população alvo está sendo atingida, se o cronograma está sendo respeitado, se os recursos estão sendo utilizados, enfim, um verdadeiro acompanhamento sistemático da evolução das metas de um programa ou projeto (Cotta, 1998).

Os objetivos na avaliação de resultados são ambiciosos: houve alteração na situação problema após a intervenção? Se positiva a resposta deve-se estabelecer a relação não muito fácil de causalidade entre as alterações e os atributos do projeto ou programa causadores e se esta relação aplicada em diferentes contextos permanece verdadeira (Cotta, 1998).

O principal atributo da avaliação de políticas públicas é sua aplicabilidade, sem o que, a mesma torna-se desprovida de utilidade prática; não se pode avaliar adequadamente um programa sem atentar para os diversos projetos que o constituem (Cotta, 1998).

Avaliações formativas, realizadas antes do início do programa ou projeto com o propósito de auxiliar sua concepção e estruturação (Cotta 1998), devem ser contínuas e participativas e podem beneficiar os envolvidos no projeto (Malik e Schiesari, 1998).

As avaliações realizadas ao longo da fase de execução ou após a conclusão do programa ou projeto, quando se quer subsidiar a tomada de decisão sobre uma intervenção já em andamento auxiliando na decisão de manter ou reformular seu desenho original são denominadas avaliações somativas (Cotta 1998). É a modalidade mais utilizada e geralmente é realizada em projetos já bem adiantado ou ao seu final. Um mesmo projeto pode ser avaliado com intuito formativo ou somativo (Malik e Schiesari, 1998).

Melo e Vaitsman ressaltam que tanto a auditoria como a avaliação podem ser entendidas como controle das ações sociais uma vez que seus relatórios ou pareceres advém da interpretação que se dão aos objetos auditados e avaliados garantindo o interesse da coletividade (Melo e Vaitsman, 2008) e esta dissertação se inclui neste entendimento.

Nesta lógica, para o cumprimento do Objetivo Geral desta dissertação - *Avaliar a suficiência dos componentes do Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC), instrumento utilizado pelo DENASUS na avaliação da Rede Cegonha* - foram utilizados os componentes básicos da avaliação propostos por Donabedian (Donabedian, 1966): estrutura, processo e resultado, fundamentais para se compreender avaliação de qualidade em saúde, sem desconsiderar a ressalva efetuada por Pereira (Pereira 2013) na verificação de uma boa estrutura pois em sua inexistência não há como avaliar processos ou resultados.

Além disso, a avaliação da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha, pode ser considerada como somativa, visto que tal protocolo permanece sendo utilizado pelo DENASUS até a presente data.

Assim, apresento a seguir a caracterização da Rede Cegonha, passo inicial do processo avaliativo que se pretende desenvolver e, por isto mesmo, correspondente ao primeiro objetivo específico desta dissertação.

IV) Rede Cegonha

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MS, 2011).

A implantação da Rede Cegonha elaborada pelo MS se baseia na premissa que as parturientes têm direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS e ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência.

Foram considerados na construção da Rede Cegonha que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países desenvolvidos e o compromisso internacional de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial sobre as metas4 (Redução da Mortalidade Infantil) e 5 (Melhorar a Saúde Materna) com a proposição da redução destes indicadores até 2015 (MS,2011).

A proposta do Ministério da Saúde é implementar a Rede Cegonha, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (MS,2011).

A Rede Cegonha considera sete princípios basilares (Quadro II).

QUADRO II - PRINCÍPIOS DA REDE CEGONHA

-
- 1 - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
 - 2 - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
 - 3 - a promoção da equidade;
 - 4 - o enfoque de gênero;
 - 5 - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
 - 6 - a participação e a mobilização social; e
 - 7 - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.
-

A Rede Cegonha persegue em sua implementação três objetivos (Quadro III).

QUADRO III - OBJETIVOS DA REDE CEGONHA

-
- 1 - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
 - 2 - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
 - 3 - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde e para tanto deve-se obedecer a cinco diretrizes (Quadro IV).

QUADRO IV - DIRETRIZES DA REDE CEGONHA

-
- 1 - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
 - 2 - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
 - 3 - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
 - 4 - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
 - 5 - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A Rede Cegonha deve ser organizada em quatro componentes (Quadro V).

QUADRO V – COMPONENTES DA REDE CEGONHA

-
- I - Pré-Natal;
 - II - Parto e Nascimento;
 - III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e,
 - IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (MS,2011).
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A Rede Cegonha organizada em seus quatro componentes listados no Quadro V deve observar uma série de ações de atenção à saúde específica para cada componente, que para uma melhor compreensão do estudo proposto nesta dissertação denominarei essas ações de atenção à saúde como Dimensões. Estas dimensões ou ações de atenção à saúde são listadas a seguir nos Quadros VI a IX.

QUADRO VI – DIMENSÕES DO COMPONENTE PRÉ-NATAL

-
- 1 - realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
 - 2 - acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
 - 3 - acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
 - 4 - realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
 - 5 - vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
 - 6 - qualificação do sistema e da gestão da informação;
 - 7 - implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
 - 8 - prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites,
- 8 - apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

QUADRO VII – DIMENSÕES DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

-
- 1 - suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
 - 2 - ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
 - 3 - práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
 - 4 - garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
 - 5 - realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - 6 - estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
 - 7 - estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

QUADRO VIII – DIMENSÕES DO COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

-
- 1 - promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
 - 2 - acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
 - 3 - busca ativa de crianças vulneráveis;
 - 4 - implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
 - 5 - prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites,
 - 6 - orientação e oferta de métodos contraceptivos.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

QUADRO IX – DIMENSÕES DO COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO

-
- 1 - promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
 - 2 - implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;
 - 3 - implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, também podem aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL devendo garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto. Esta inserção deve ser programada e pactuada no Colegiado de Gestão Regional (CGR) (MS, 2011) vez que este espaço, composto por Secretários de Saúde Municipais e representantes da Secretaria Estadual de Saúde da Região de Saúde, se configura como arena permanente de pactuação de soluções na organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde.

A Rede Cegonha será operacionalizada em cinco fases (Quadro VI).

QUADRO X – FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA

-
- 1 - Adesão e diagnóstico;
 - 2 - Desenho Regional da Rede Cegonha;
 - 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção;
 - 4 - Qualificação dos componentes, e
 - 5 - Certificação.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A operacionalização da Rede Cegonha é de responsabilidade partilhada entre os três entes federativos conforme descrito no Quadro XI.

QUADRO XI – RESPONSABILIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA

- União, por intermédio do Ministério da Saúde:

Apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

- Estado, intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

Apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada, e

- Município, intermédio da Secretaria Municipal de Saúde:

Implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal (MS, 2011).

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos financeiros alocando-os em acordo com cada componente conforme veremos especificados nos Quadros XII e XIII.

QUADRO XII – FINANCIAMENTO DO COMPONENTE PRÉ-NATAL

1 - 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal;

2 - 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS, gestantes e para parteiras tradicionais;

3 - 100% de ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal 4 - 100% de ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

QUADRO XIII – FINANCIAMENTO DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

-
- 1 - recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos;
 - 2 - recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo;
 - 3 - 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal;
 - 4 - 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;
 - 5 - 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru;
 - 6 - 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), e
 - 7 - 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR.
-

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Os investimentos previstos nos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha (MS, 2011).

A Rede Cegonha definida de forma muito clara pelo Ministério da Saúde como política pública prioritária deve ser desta forma avaliada em sua implementação e impacto e, para isto, no próximo tópico descrevo como foi operacionalizada pelo DENASUS a Ação de Auditoria da Rede Cegonha.

V) Ação de Auditoria da Rede Cegonha.

A partir de agosto de 2013 foram realizadas, em todo o território nacional, ações de auditoria em secretarias estaduais e/ou municipais de saúde e prestadores de serviços hospitalares ao SUS que aderiram à Rede Cegonha, atendendo determinação do Ministério da Saúde em priorizar a realização de atividades de controle das políticas públicas prioritárias do Governo. Esta atividade, incluído a confecção das ferramentas que foram utilizadas, foi delineada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) em conjunto com a Área Técnica de Saúde da Mulher/MS (ATSM/MS).

A ação de auditoria se iniciou pelo componente II da Rede - Parto e Nascimento, com foco na verificação do acesso e da qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos (adoção de boas práticas de atenção) em maternidades que aderiram a esta estratégia.

Foram realizadas 40 visitas técnicas nas Secretarias de Saúde Estaduais e/ou Municipais e 42 auditorias nas maternidades participantes da Rede Cegonha previamente. A visita técnica nas Secretarias de Saúde teve como objetivo a verificação da gestão da Rede Cegonha.

A análise destas visitas técnicas e auditorias não faz parte deste presente trabalho de dissertação.

A formação das equipes de auditores foi definida localmente pelas Chefias das Divisões (DIAUD) e Serviços (SEAUD) de Auditoria do DENASUS descentralizados pelos Estados.

Em São Paulo integrei a equipe de auditores que aplicou a ferramenta Protocolo Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC) no Hospital Maternidade Jesus José e Maria e na Secretaria Municipal de Guarulhos, SP.

A relação das secretarias e dos prestadores de serviços auditados foi definida previamente pelo DENASUS juntamente com a Área Técnica de Saúde da Mulher/MS (ATSM/MS) e o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

Durante a fase analítica (fase preparatória) foram levantados pelas equipes designadas para a ação de auditoria na Rede Cegonha os dados do hospital, disponíveis

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e realizados estudos da legislação pertinente.

A análise das características do “componente II - Parto e Nascimento” contidos nos Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, bem como a identificação e verificação do cumprimento das metas pactuadas foram realizados apenas na fase operativa (fase in loco).

A fase operativa (fase in loco) foi dividida entre visita técnica na secretaria de saúde gestora (municipal ou estadual) e auditoria na maternidade aderente.

As informações foram digitadas no Sistema de Auditoria do SUS (SISAUDSUS), ferramenta informatizada voltada para a integração das informações relativas às ações de auditoria no Sistema Único de Saúde, com acesso restrito, disponível no sítio <http://sna.saude.gov.br>.

Na fase operativa aplicamos a avaliação da estrutura física e dos recursos humanos no pré-parto, no alojamento conjunto, nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI Adulto e UTI Neonatal), na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) I e na estratégia Canguru.

Foi utilizada na avaliação a ferramenta de aferição Protocolo Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC) (Anexo I) com os Roteiros para as Atividades de Controle para a elaboração das constatações referentes ao acesso, acolhimento e qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos e elaboração do relatório gerencial informatizado.

Dois Roteiros para as Atividades de Controle na rede Cegonha foram utilizados: o *Roteiro gerencial 1 – Visita Técnica nas secretarias de saúde* e o *Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/maternidade* (Anexo II) além do questionário de *Entrevista com puérpera no alojamento conjunto (ALCON) (Rede Cegonha)* (Anexo III).

As entrevistas foram aplicadas, de forma aleatória, em cinco puérperas que se encontravam nos Alojamentos Conjuntos dos serviços auditados.

Finalizada a apresentação da ação de auditoria avaliativa da Rede Cegonha realizada no ano de 2013, sua operacionalização e os instrumentos utilizados, passaremos no próximo capítulo a consecução dos Objetivos Específicos 2 (OE2)

Analisar a ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha e 3 (OE3) Analisar as insuficiências identificadas que inviabilizem a avaliação da referida política em sua integralidade, propondo estratégias para o aperfeiçoamento da referida ferramenta.

VI) Avaliação propositiva da ferramenta P22ARC

A ferramenta **Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha** é construída em **seis capítulos**:

- Capítulo 1. Introdução.

Neste capítulo do instrumento P22ARC é apresentado como justificativa da implantação da Rede Cegonha o enfrentamento da situação de maior prevalência de altas taxas de mortalidade materna e infantil entre as mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, baixo grau de informação e escolaridade e dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade. Salienta a adesão, em 2000, do Brasil à iniciativa denominada Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - Declaração do Milênio das Nações Unidas, chamando atenção para as metas 5, melhorar a saúde materna e a 4, redução da mortalidade infantil, visam a redução destes indicadores até 2015. Finaliza constatando que o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, tem intensificado ações e estratégias voltadas para redução da morbimortalidade da mulher e da criança por meio dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa da Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC).

É justificada a escolha do “componente II - Parto e Nascimento” com foco na verificação da qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos nas maternidades que aderiram a esta estratégia devido a alta complexidade no desenvolvimento de uma ação de controle na Rede Cegonha.

- Capítulo 2. Bases Legais.

Neste capítulo do instrumento P22ARC é feito um resgate analítico das leis, portarias ministeriais, resoluções da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Manual da Organização Mundial da Saúde (OMS), que amparam a construção desta ferramenta.

- Capítulo 3. Objetivos da Ação de Auditoria.

Neste capítulo do instrumento P22ARC são apresentados os objetivos geral e específicos com foco na verificação do acesso, acolhimento e qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos em maternidades integrantes da Rede Cegonha.

- Capítulo 4. Metodologia.

Neste capítulo do instrumento P22ARC é demonstrada que a lógica de estruturação do protocolo seguiu o modelo teórico de análise proposto por Donabedian, que desenvolveu um quadro conceitual para a avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

São apresentados os instrumentos a serem utilizados na ação de auditoria, além da ferramenta P22ARC, quais sejam, roteiro para elaboração das constatações, questionário de entrevista com as mulheres e relatório gerencial. A finalidade do relatório gerencial é a consolidação dos dados de todas as ações de auditoria para uma visão do panorama nacional.

- Capítulo 5. Fase Analítica.

Neste capítulo do instrumento P22ARC há orientação para o levantamento dos dados do CNES, análise da caracterização do componente II –Parto e Nascimento nos Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, identificação das metas pactuadas quanto ao número de leitos, dos indicadores pactuados nos planos e na matriz diagnóstica e por fim orientação para o domínio da legislação pertinente.

- Capítulo 6. Fase Operativa.

Neste capítulo do instrumento P22ARC há orientação de como proceder nas visitas técnicas e auditorias, com foco na avaliação da estrutura física da maternidade (pré parto, alojamento conjunto e unidades de cuidados neonatais) e dos recursos humanos (maternidade e unidades de cuidados neonatais), apresentação dos Roteiros para

elaboração das constatações referentes ao acesso, acolhimento e qualidade da assistência às mulheres e aos recém nascidos e do roteiro para elaboração do relatório gerencial. Dentro deste capítulo 6. Fase Operativa há orientações a serem observadas:

1. Nas secretarias de saúde – visita técnica. Orientações constituídas de três itens relacionados a Estrutura, dois a Processo e três a Resultado todos a serem observados quando da realização da visita técnica;
2. Na maternidade - auditoria. Orientações constituídas de 27 itens relacionados a Estrutura, seis a Processo e oito a Resultado todos a serem observados quando da realização da auditoria.

O “*Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha*” faz parte da ferramenta **Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)** como anexo (Anexo II) e é dividido em duas partes “*Roteiro gerencial 1 – Visita Técnica nas secretarias de saúde*” e “*Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/maternidade.*”.

O “*Roteiro gerencial 1 – Visita Técnica nas secretarias de saúde*” é um questionário composto por quatro itens/perguntas relacionados a Estrutura, quatro a Processo e três a Resultado todos a serem observados/respondidos quando da realização da visita técnica.

O “*Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/maternidade*” é um questionário composto por 31 itens/perguntas relacionados a Estrutura, sete a Processo e sete a Resultado todos a serem observados/respondidos quando da realização da auditoria.

A “*Entrevista com puérpera no alojamento conjunto*”, também compõe como anexo o **P22ARC**; consiste em um questionário composto de 26 itens/perguntas a serem observadas/respondidas junto a cinco gestantes que se encontrarem no alojamento conjunto no dia da Auditoria na unidade hospitalar/maternidade auditada.

A ferramenta P22ARC tem como objetivo realizar ação de auditoria no “*Componente II Parto e Nascimento*”, com foco na verificação da qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos nas maternidades que aderiram a esta

estratégia. Esta decisão de avaliar apenas um componente é justificada pela alta complexidade no desenvolvimento de uma ação de controle na Rede Cegonha.

Conforme definido pelo Ministério da Saúde a verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente deverá ser realizada anualmente.

Cada componente da Rede Cegonha compreende uma série de ações de atenção à saúde a serem avaliadas; estas ações são denominadas nesta dissertação como *dimensões*.

A avaliação desta ferramenta nos remete, sob o olhar de avaliação de políticas públicas, à atribuição do Serviço Nacional de Auditoria (SNA) em exercer sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS atividades de avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade (PR, 1995; MS 2007) e em especial à competência do Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS) em auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde. (PR 2013).

No Quadro XIV confrontamos os itens/perguntas relacionados a Estrutura, Processo e Resultado a serem observados quando da realização da visita técnica/auditoria propostos no Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC) com os itens/perguntas constantes nos dois questionários do “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha”.

QUADRO XIV – INSTRUMENTOS DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO E CATEGORIAS PROPOSTAS POR DONABEDIAN

Instrumentos	Protocolo nº 22			Roteiros 1 e 2		
	Estrutura	Processo	Resultado	Estrutura	Processo	Resultado
Roteiro gerencial 1 – Visita Técnica nas secretarias de saúde	3	2	3	4	4	3
Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/maternidade	27	6	8	31	7	7

Fontes: Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

Ao analisarmos os itens relacionados a Estrutura, Processo e Resultado propostos no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)” e os itens/perguntas propostos nos dois questionários do “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” percebemos que existem itens/perguntas constantes nos dois instrumentos que não estão relacionados ao “componente II – Parto e Nascimento” e sim às dimensões do “componente IV - Sistema logístico: transporte sanitário e regulação” ou ao “componente I – Pré Natal” que, embora importantes, suas análises não estão em acordo como o objetivo proposto desta ação de auditoria e, portanto, não serão considerados na análise da ferramenta nesta dissertação.

São eles:

1. Itens relacionados a Estrutura, Processo e Resultado propostos no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha” que representam dimensões do “componente IV - Sistema logístico: transporte sanitário e regulação”:

Item 3 da visita técnica – Estrutura - “Identificar a disponibilidade de transporte seguro para as gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha contando com ambulâncias equipadas com incubadora e ventilador neonatal.”;

Item 4 da visita técnica – Processo - “Constatar o funcionamento da regulação da Rede Cegonha por meio de identificação dos fluxos de referência e contra referência e existência da vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto.”;

Item 5 da visita técnica – Processo - “Verificar a garantia de acesso pela análise do funcionamento da Central de Regulação que controla os leitos de maternidades, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, UTI adulto e neonatal, UCI neonatal e leitos Canguru. Certificar-se da implantação da estratégia vaga sempre (Portaria GM/MS n. 1.459/2011).”;

Item 3 da auditoria – Estrutura - “Checar, na maternidade, se há disponibilidade de ambulância equipada, que responda às necessidades de transferência das parturientes e dos recém-nascidos (Portaria GM/MS n. 2.048/2002).”;

Item 5 da auditoria – Estrutura – “Verificar se as transferências são acompanhadas de relatórios descritivos do quadro clínico da mulher e ou recém-nascido (RN), de acordo com a RDC ANVISA n. 36/2008 e RDC ANVISA n. 63/2011.”;

Item 28 da auditoria – Processo – “Constatar se a maternidade assegura o atendimento à mulher, com a internação ou a transferência referenciada para outro serviço (vaga sempre).”;

Item 29 da auditoria – Processo – “Verificar se o RN grave ou potencialmente grave tem assegurado o cuidado em UTI própria ou de referência por meio da estratégia vaga sempre (Portaria GM/MS n. 1459/2011).”;

Item 40 da auditoria – Resultado – “Verificar se a maternidade tem fluxo definido para consulta de seguimento, após alta hospitalar, para os bebês que participaram da metodologia Canguru (A 1ª consulta ambulatorial deve ser marcada até 48h após a alta hospitalar), de acordo com o Manual Técnico do Método Canguru do Ministério da Saúde/ 2011.”.

2. Itens/perguntas relacionados a Estrutura, Processo e Resultado propostos no “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” que representam o “componente IV - Sistema logístico: transporte sanitário e regulação”:

Item/pergunta 4 da visita técnica – Estrutura - “A SES ou SMS inclui em seu planejamento o transporte seguro para as gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha com ambulâncias equipadas com incubadora e ventilador neonatal? (..) sim (..) não.”;

Item/pergunta 5 da visita técnica – Processo - “Há definição de fluxo de referência e contra referência da Rede Cegonha? (..) sim (..) não.”;

Item/pergunta 7 da visita técnica – Processo - “A Central de Regulação controla o acesso, (vaga sempre): 7.1. Leitos de maternidade (..) sim (..) não; 7.2. UTI adulto (..) sim (..) não; 7.3. UTI neonatal (..) sim (..) não; 7.4. UCI neonatal (..) sim (..) não; 7.5. Leitos Canguru (..) sim (..) não.”;

Item/pergunta 8 da visita técnica – Processo - “Há definição de fluxo de consultas para seguimento pós alta hospitalar do RN incluído na metodologia Canguru? (..) sim (..) não.”;

Item/pergunta 9 da auditoria – Estrutura – “A unidade utiliza o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-Cegonha para o transporte seguro das gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco com incubadoras e ventiladores neonatais? (..) sim (..) não.”

Por fim, o *Item/pergunta 6 da auditoria – Processo “Há definição de vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto? (..) sim (..) não.”* proposto no “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” melhor representa a dimensão “5 - vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto” do “componente I – Pré Natal”.

Ao excluir os itens/perguntas não pertencentes ao “componente II Parto e Nascimento” da análise da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC) verificou-se que inexistem itens/perguntas relacionados a Processo no Roteiro de Visita Técnica à Secretaria de Saúde.

Ao analisarmos a paridade entre os itens relacionados a Estrutura, Processo e Resultado propostos no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)” e os itens/perguntas propostos nos dois questionários do “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” percebemos que inexistente paridade entre eles no *Item 2 da auditoria – Estrutura – “ Verificar a concordância entre o pactuado, o registrado no SCNES e encontrado quanto ao número de leitos obstétricos, leitos neonatais e leitos Canguru.”*, que consta apenas nos itens relacionados a Estrutura proposto no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha”.

Ao se avaliar os instrumentos da ferramenta P22ARC utilizada na Ação Rede Cegonha em relação a pertinência dos quesitos pertencerem às categorias estrutura, processo ou resultado, verificamos que o *Item 39 da auditoria – Resultado – “Averiguar a existência de serviço de ouvidoria na maternidade, de acordo com a Portaria SGEP/MS n. 8/2007.”* constante no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)” e o *Item/pergunta 45 da auditoria – Resultado – “Há serviço de ouvidoria implantado na unidade hospitalar? (..) sim (..) não.”* constante no “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” melhor representam a categoria estrutura,

definida segundo Donabedian como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência.

Da mesma forma o *Item 38 da auditoria – Resultado* – “*Checar, no prontuário da paciente no pré-parto, se o partograma registra anotações quanto: identificação da paciente, evolução dos batimentos cardíacos - BCF, dilatação do colo uterino, apresentação fetal, perda de líquido amniótico, de acordo com a Portaria GM/MS n. 1067/2005.*” e o *item 39 da auditoria – Resultado* - “*Verificar a periodicidade da avaliação (hora em hora) pelos profissionais assistentes devidamente identificados, com assinatura e carimbo*” constantes no “Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC)” e o *item/pergunta 41 da auditoria – Resultado* – “*O partograma está sendo utilizado rotineiramente? (..) sim (..) não.*” e o *item/pergunta 42 da auditoria – Resultado* – “*Observa-se, nos partogramas avaliados, anotações dos profissionais de saúde em intervalos máximos de uma hora? (..) Sim (..) não. Não se aplica, o partograma não está sendo utilizado*” constantes no “Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha” melhor representam a categoria processo, definida segundo Donabedian como todas as atividades ou procedimentos desenvolvidos entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Verificamos um predomínio de itens/perguntas relacionados à análise da categoria estrutura (60 itens/perguntas) em relação a processo (10 itens/perguntas) e a resultado (14 itens/perguntas) da Rede Cegonha.

A verificação de uma boa estrutura concorre para o bom atendimento aos pacientes, gerando normalmente bons resultados. A avaliação de estrutura informa o potencial de uma organização atingir o que se propõe fazer, embora apenas por ela não seja possível determinar se o resultado final obtido é de boa qualidade.

A respeito disto Pereira chama atenção para a não clara distinção entre esses três componentes, principalmente entre **processo** e **resultado**, nem sempre fácil, ressaltando que separar esses dois últimos pode em alguns casos gerar controvérsias (Pereira, 2013).

No QUADRO XV – DIMENSÕES DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO E INSTRUMENTOS DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO podemos perceber predomínio de itens/perguntas relacionados à análise da categoria estrutura ao confrontarmos os itens/perguntas relacionados a Estrutura, Processo e Resultado a serem observados quando da realização da visita técnica/auditoria propostos

no Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC) com as dimensões deste componente, ou seja, com as ações de saúde obrigatórias que devem compor o componente II PARTO E NASCIMENTO. Neste quadro percebemos a ausência de itens/perguntas relacionados a Estrutura, Processo e Resultado na dimensão 7 - Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e também de itens/perguntas relacionados à análise da categoria resultado em todas as sete dimensões obrigatórias que devem compor o componente II PARTO E NASCIMENTO.

QUADRO XV – DIMENSÕES DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO E INSTRUMENTOS DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO

Dimensões*1	Protocolo nº 22			Roteiros 1 e 2		
	Estrutura	Processo	Resultado	Estrutura	Processo	Resultado
1 - suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;	Sim			Sim		
2 - ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);	Sim			Sim		
3 - práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: " Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento ";	Sim	Sim		Sim	Sim	
4 - garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;	Sim	Sim		Sim	Sim	
5 - realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;	Sim			Sim		
6 - estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e	Sim			Sim		
7 - estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.						

Fontes: P22ARC do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

A ferramenta P22ARC na análise da estrutura da Rede Cegonha demonstra excelência, no entanto, não se percebe claramente qual a pergunta avaliativa que foi tomada como ponto de partida e o risco desta falta de clareza é a de se não produzir uma avaliação que desencadeará numa tomada de decisão que venha alterar a situação da implantação da rede cegonha.

Porém, ao considerarmos que um dos três focos desta ação de auditoria é a qualidade da assistência (os outros dois são acesso e acolhimento com classificação de risco) a avaliação não pode se esgotar apenas na análise estrutural das dimensões dos componentes, pois essa insuficiência pode afetar a aferição da adequação da Rede Cegonha aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade na utilização dos recursos públicos.

Desta forma, identificadas as insuficiências da ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha nos quadros de XVI a XXII apresento algumas propostas de aperfeiçoamento identificadas segundo as **dimensões**, ou seja, segundo as ações de atenção à saúde que devem compor o **Componente II Parto e Nascimento**.

Quadro XVI – Dimensão 1 Suficiência de leitos obstétricos e neonatais

1 - suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCIN e Canguru) de acordo com as necessidades regionais.

Estrutura	A quantidade de leitos obstétricos e neonatais existentes.
Processo	As unidades utilizam os índices prognósticos APACHE II (UTI adulto) ou PSI (UTI neonatal). Como estão sendo processadas as avaliações de desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal.
Resultado	Percentual de crianças com registro de atendimento na estratégia Canguru. Tempo médio de internação, taxa de utilização, de mortalidade materna e neonatal, de infecção hospitalar e puerperal, de cesárea, de cesárea em primípara, de episiotomia.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.

Nesta dimensão deve-se avaliar se as diretrizes e os objetivos na organização da atenção integral e humanizada à gestante/puérpera que necessite tratamento intensivo (MS, 1998) e ao recém-nascido grave ou potencialmente grave estão sendo respeitados

(MS, 2012). A descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica dos pacientes gravemente enfermos deve ser utilizada. Cabe verificar se os hospitais que atendem gestantes de alto risco dispõem de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal (MS, 1998). O número de leitos de Unidades Neonatal deverá atender ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1.000 (mil) nascidos vivos deverão ser contratados dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), dois leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e um leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (MS, 2012).

Quadro XVII – Dimensão 2 Ambiência das maternidades

2 - ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).	
Estrutura	Ambiência acolhedora e ações de humanização em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal implantadas.
Processo	Como estão garantidos o controle de ruído, iluminação, climatização, iluminação natural, livre acesso, visitas programadas e direito a informação nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
Resultado	A ambiência nas unidades garante conforto, condições adequadas e de biossegurança, espaços de conversas entre a família dos pacientes com a equipe.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.

Nesta dimensão deve-se avaliar se os padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal estão fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e da gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente, conforme preconizados no Regulamento Técnico para funcionamento destes serviços da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2008).

Quadro XVIII – Dimensão 3 Práticas de atenção á saúde baseada em evidências científicas

3 - práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: **"Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"**.

Estrutura	Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento implantadas.
Processo	Como estão implantadas as práticas úteis e que devem ser estimuladas, as prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas e aquelas que devem ser utilizadas com cautela ou modo adequado.
Resultado	Percentual de registros de monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, de utilização de partograma, de tricotomia, de utilização de enema ou de infusão venosa.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.

Nesta dimensão deve-se avaliar se as práticas comuns propostas pela Organização Mundial da Saúde na condução do parto normal estão sendo respeitadas. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal com orientações para o que deve e o que não deve ser feito. Esta classificação, baseada em evidências científicas, é dividida em quatro categorias: 1 - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, 2 - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, 3 – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e 4 – práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Quadro XIX – Dimensão 4 Garantia de acompanhante

4 - garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	
Estrutura	Presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato garantido.
Processo	Como estão definidos os fluxos, rotinas e responsáveis pelos acompanhantes.
Resultado	Percentual de gestantes que tiveram presença de acompanhante.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.

Nesta dimensão deve-se avaliar se a Lei nº 11.108, de sete de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante indicado por elas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está sendo respeitada.

Quadro XX – Dimensão 5 Acolhimento e classificação risco

5 - realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	
Estrutura	Acolhimento com classificação de risco implantado.
Processo	Como estão definidos os fluxos, rotinas de acolhimento, discussões com as equipes e capacitação. Os protocolos são elaborados sob a ótica da intervenção multiprofissional?
Resultado	Percentual de pacientes internadas com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.

Nesta dimensão deve-se avaliar a implantação do acolhimento com classificação de risco, dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização, definida como tecnologia que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco com base nas evidências científicas existentes (PNH/MS, 2006) (MACRO/MS, 2014).

Quadro XXI – Dimensão 6 Estímulo à implantação de Equipes horizontais

6 - estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	
Estrutura	Equipes horizontais do cuidado em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal implantadas.
Processo	Como estão definidos os fluxos, rotinas e protocolos, normas e rotinas técnicas (sob a ótica da intervenção multiprofissional) das equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
Resultado	Percentual de pacientes internadas com registros de atendimento por equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.	

Nesta dimensão deve-se avaliar a implantação de equipes horizontais do cuidado em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização. (PNH/MS, 2006).

Quadro XXII – Dimensão 7 Estímulo à implantação de Colegiado Gestor

7 - estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.	
Estrutura	Colegiado Gestor implantado.
Processo	Como estão definidos o plano de trabalho, a metodologia de atuação e o acompanhamento do funcionamento.
Resultado	Relatórios periódicos com análise dos indicadores de monitoramento do funcionamento do Colegiado (e suas repercussões).
Fonte: Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e propostas do autor.	

Nesta dimensão deve-se avaliar a implementação de Colegiado Gestor nas maternidades entendido este colegiado como um espaço coletivo que inclui gestores, trabalhadores da saúde e usuários com o objetivo de discutir e deliberar sobre as questões e problemas relativos à unidade, para exercer o gerenciamento participativo e democrático, através de pactuações e corresponsabilização pelas decisões tomadas.

Como esta vinculação da gestante à maternidade, houve redução dos partos prematuros, o partograma está sendo efetivamente utilizado, a taxa de ocupação nas unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários está adequada, houve decréscimo nas mortalidades maternas e infantil, as taxas de infecção hospitalar diminuíram, o contato direto pele a pele do recém-nascido com sua mãe após o nascimento está sendo respeitado, é permitido às pessoas da família do recém-nascido livre acesso as unidades de tratamento intensivo, diminuiu o número de cesárias, em quantos partos normais foi utilizado episiotomia, todas questões relacionadas a qualidade da atenção devem fazer parte da ferramenta de aferição pois desta forma a verificação da qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos nas maternidades que aderiram à estratégia da Rede Cegonha sob o prisma das categorias propostas pro Donabedian estaria atendida.

VII) Considerações finais.

É importante para o DENASUS avaliar de forma rotineira suas ferramentas uma vez que tal prática impacta diretamente na qualificação dos processos, ou seja: existe necessidade de se interligar a prática dos auditores executores com o desenvolvimento destas ferramentas. E nesse contexto a avaliação da ferramenta P22ARC se justificou pela complexidade, importância como política pública e momento de implantação da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha ser submetida a uma ferramenta avaliada impacta em decisões que nortearão os resultados alcançados dessa política dando subsídios para manutenção em sua formulação original ou se modificações são necessárias contribuindo com a diminuição da margem de erro na tomada de decisão por parte dos gestores.

Para o SUS é fundamental o incremento de desempenho em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica e sendo assim, a avaliação de suas ferramentas de auditoria geram informações qualificadas ao complexo processo de tomada de decisões evitando a intuição, tradição ou opinião pessoal dos gestores.

O DENASUS tem se esforçado em ir além da simples apuração de denúncias buscando diferentes tecnologias de aferição ampliando o conceito-prática da auditoria, incorporando, de forma definitiva e norteadora, a avaliação de políticas públicas de saúde e ao exercer suas ações de constitui num importante instrumento de apoio de decisões necessárias na implementação e aperfeiçoamento destas políticas.

O desenvolvimento e aplicação de uma ferramenta específica para a aferição da ação estratégia do Ministério da Saúde Rede Cegonha é de vital importância.

O diagnóstico decorrente da aplicação dessa ferramenta de aferição pode subsidiar a melhoria da gestão, pois o gestor saberá se sua ação apresenta resultados positivos, em quanto tempo e com qual qualidade; o gestor contará com evidências que apoiarão a tomada de decisões sobre a manutenção, alteração, expansão ou encerramento de um projeto ou uma intervenção. Impede, também, que o gestor se perca no emaranhado do cotidiano sendo a ausência de foco e a não avaliação complicadores em sua gestão.

Essas tecnologias de aferição, com compromisso social, de política de saúde resultam em melhor maneira de corrigir problemas. Inclusive o conceito de qualidade deve ser acrescentado na utilização dos escassos recursos ora existentes para aplicá-los de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Avaliar uma ferramenta de aferição em um ambiente acadêmico como o do Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas (MPDPP) tem sua importância, pois permite ao auditor conhecer melhor as teorias de avaliação de políticas públicas e a partir deste conhecimento dialogar com a prática da auditoria, aperfeiçoando-a e colocando-a em um estudo como o proposto na presente dissertação.

Apesar de se poder avaliar uma política pública apenas em um de seus componentes corremos o risco de se ter uma ideia parcial e equivocada de como se encontra essa política em sua totalidade; esta política pode estar excelente no componente avaliado e ruim nos demais não avaliados ou contrariamente pode estar péssima no componente avaliado e excelente nas não avaliados. Do ponto de vista de avaliação de políticas públicas olhando apenas um componente é possível identificar qualidades e problemas, porém, os outros componentes não olhados podem contradizer a situação encontrada e este fato gerar problemas de compreensão pois a situação dos componentes avaliados e não avaliados podem se encontrar em polos opostos. Este olhar parcial traz um viés que dificulta uma real compreensão de como a política pública se encontra. A política pode ser questionada tanto de forma positiva quanto negativa. Esta parcialidade com certeza dificulta a tomada de decisão pelo gestor. A questão que também se coloca nesta dissertação é se a ferramenta Protocolo Nº 22 - Ação Rede Cegonha (P22ARC) não deveria ampliar sua abrangência contemplando todos os quatro componentes da Rede Cegonha.

O contexto político institucional desta dissertação é de um momento que o DENASUS há quatro anos vem quebrando paradigmas resignificando a auditoria, alterando seu perfil de atuação apenas legalista e fiscalizadora para uma postura mais equilibrada, com foco na avaliação de políticas, de parceria, fazendo valer o entendimento de que a auditoria é sim uma área estratégica à gestão. A existência deste mestrado profissional em acordo com a qualificação permanente do corpo técnico e minha inserção nele vem por esse caminho.

Referências Bibliográficas

- 1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 36, de três de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, DF, ANVISA, 2007.
- 2 Cotta, TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. Revista do Serviço Público. Ano 49, n. 5, p. 103-124, 1998.
- 3 Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care, 1966.
- 4 Donabedian, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 114 (11):1115-1118, 1990.
- 5 Habicht, JP, Victorab CG and Vaughanc JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology, 1999. p. 10-18.
- 6 Malik, AM e Schiesari, LMC. Coleção Saúde & Cidadania. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Avaliação. P. 1-9, 1998.
- 7 Melo, MB e Vaitsman, J. Auditoria e Avaliação em Saúde. São Paulo em Perspectiva. Vol. 22, (1):152-164, 2008.
- 8 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI, DF, Ministério da Saúde, 1998.
- 9 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS, DF, Ministério da Saúde, 2007.
- 10 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), DF, Ministério da Saúde, 2010.
- 11 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha, DF, Ministério da Saúde, 2011.
- 12 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.351, de cinco de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, DF, Ministério da Saúde, 2011.

- 13 Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 650, de cinco de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, DF, Ministério da Saúde, 2011.
- 14 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DF, Ministério da Saúde, 2012.
- 15 Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. DF, Brasília, 2004.
- 16 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia DF, Brasília, 2014.
- 17 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores Orientações Básicas Aplicadas a Gestão Pública. DF, Brasília, 2012.
- 18 Pereira, MG. Epidemiologia: teoria e prática, 2013. P. 538-560.
- 19 Presidência da República. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, Presidência da República, 1995.
- 20 Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa. Brasília, DF, Presidência da República, 2011.
- 21 Presidência da República. Decreto nº 8.065, de sete de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília, DF, Presidência da República, 2013.
- 22 Novaes, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista Saúde Pública, 34 (5):547-559, 2000.
- 23 Tanaka, OU e Tamaki, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):821- 828, 2012.

Anexo I Protocolo Nº 22 - AÇÃO REDE CEGONHA (P22ARC)

1. Introdução

As Taxas de Mortalidade Materna e Infantil são indicadores que avaliam as condições de saúde de uma população. As altas taxas encontradas no Brasil têm maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, baixo grau de informação e escolaridade e dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade, configurando-se como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública.

A redução da mortalidade materna e neonatal ainda é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Como as mortes maternas são evitáveis em mais de 90% dos casos; mais de 70% das mulheres são usuárias do SUS e cerca de 2/3 dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, o Ministério da Saúde vem propondo estratégias para enfrentamento dessa problemática. Neste contexto, a organização de uma rede de atenção à saúde materna e infantil que garanta o acesso, o acolhimento e a resolubilidade com vistas à redução da mortalidade materna e infantil torna-se de fundamental importância. A proposta de implantação da Rede Cegonha é a resposta construída para o enfrentamento desta situação.

A complexidade para o desenvolvimento de uma ação de controle na Rede Cegonha implicou na escolha do componente II - Parto e Nascimento, com foco na verificação da qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos nas maternidades que aderiram a esta estratégia.

Em 2000, a ONU estabeleceu oito objetivos referentes aos maiores problemas mundiais, iniciativa denominada Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada pelos 191 estados membros. A Meta 5, Melhorar a Saúde Materna e a Meta 4, Redução da Mortalidade Infantil, visam a redução destes indicadores até 2015.

O Ministério da Saúde, nas últimas décadas, intensificou ações e estratégias voltadas para redução da morbimortalidade da mulher e da criança por meio dos Programas de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa da Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), reafirmados pelos:

- *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 8 de março de 2004, aprovado na reunião da Comissão Inter gestora Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS);*
- *Pacto pela Vida, em 2006, que tem como uma de suas metas a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, atendendo ao princípio de respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças. Constitui-se em desafio e prioridade operacional da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);*
- *Compromisso pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no Âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009.*

Frente à realidade epidemiológica da saúde da mulher e da criança no país, em que são constatadas elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, foi proposta uma nova estratégia de atenção à saúde destes segmentos populacionais, no âmbito do Sistema Único de Saúde, denominada Rede Cegonha.

Rede Cegonha

A Rede Cegonha tem como objetivos assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável de zero aos vinte e quatro meses de idade. Para tanto, a organização dessa rede deve garantir acesso, acolhimento e resolubilidade com vistas à redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, garantindo a linha de cuidado desde a atenção básica à alta complexidade.

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes:

- *I - Pré-Natal;*
- *II - Parto e Nascimento;*

- *III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;*
- *IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. A operacionalização da rede dar-se-á em cinco fases:*
 - *Fase I - Adesão e Diagnóstico: a matriz diagnóstica é composta por quatro grupos de indicadores: de Mortalidade e Morbidade; de Atenção; da Situação da Capacidade Hospitalar Instalada; e de Gestão;*
 - *Fase II - Desenho Regional: Plano de Ação Regional com base na análise situacional e pactuado no Conselho Gestor Regional (CGR);*
 - *Fase III - Contratualização Municipal: desenho da rede no município, Contratualização dos pontos de atenção e metas quantitativas e qualitativas e instituição do grupo condutor municipal;*
 - *Fase IV - Qualificação dos componentes: cumprimento dos requisitos mínimos;*
 - *Fase V - Certificação: pelo Ministério da Saúde em avaliação anual.*

O alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde materna e do recém-nascido (Portaria GM/MS n. 1016/1993).

A estratégia Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Destinada a prematuros estáveis que permanecem internados para ganho de peso e/ou término de tratamentos específicos. Só serão considerados leitos que adotam a estratégia Canguru, aqueles em unidades que permitam o contato precoce realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (Portarias GM/MS n. 693/2000 e n. 930/2012).

Financiamento - O financiamento é tripartite.

Para implementação da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde está investindo R\$ 9,3 bilhões até 2014, para o desenvolvimento das seguintes ações: acolhimento e qualidade no pré-natal; transporte seguro; segurança e qualidade na atenção ao parto e nascimento; garantia de atenção à criança e de educação para reprodução.

Compra de equipamentos e materiais: para CGBP, CPN e ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, UCI neonatal e Canguru) com repasse fundo a fundo;

100% do custeio, transferido fundo a fundo, na forma de incentivo, repassados aos serviços em cumprimento de metas do Leito Canguru;

80% de custeio para ampliação e qualificação de leitos UTI (adulto e neonatal), UCI neonatal e Gestante de Alto Risco/GAR transferido fundo a fundo, na forma de incentivo repassado aos serviços em cumprimento de metas.

2. Bases Legais

Portaria n. 1020, de 29 de maio 2013, institui diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012, define diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RDC ANVISA n. 63, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, fundamentados na qualificação; na humanização da atenção e gestão; e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente;

Portaria SAS/MS n. 650, de 5 de outubro de 2011, dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha;

Portaria GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e em seu Art. 4º dispõe as seguintes diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8080/90;

Portaria SAS/MS n. 80, de 24 de fevereiro de 2011, normatiza o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS;

Portaria n. 68, de 11 de janeiro de 2011, institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto;

Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Provimento n. 13 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, de 03 de setembro de 2010, dispõe sobre a emissão de certidão de nascimento nos estabelecimentos de saúde que realizam partos.

Portaria GM/MS n. 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências; revoga a Portaria GM/MS nº 1.172/2004, mas mantém a vigilância epidemiológica da morte materna e infantil como atribuições das secretarias municipais de saúde.

Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

RDC ANVISA n. 36, de 3 de junho de 2008, dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Lei n. 11634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Portaria SGEP/MS n. 8, de 25 de maio de 2007, regulamenta o Sistema OuvidorSUS;

RDC ANVISA n. 171, de 04 de setembro de 2006, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano;

Portaria GM/MS n. 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) de esclarecimento da causa mortis;

Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, institui o Pacto pela Saúde, aprova e divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006;

Portaria n. 2418/GM, de 2 de dezembro de 2005, regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS;

Lei n. 11108, de 07 de abril de 2005, garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Portaria GM/MS n. 652, de 28 de maio de 2003, institui a Comissão Nacional de Mortalidade Materna (CNMM), de caráter técnico consultivo. Oferece subsídios para aperfeiçoamento da política nacional de redução da mortalidade materna, estabelecendo correlações com os comitês estaduais, regionais e municipais;

Resolução CFM n. 1.657, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece normas e competências das Comissões de Ética Médica (alterada parcialmente pela Resolução CFM n. 1812, de 27 de fevereiro de 2007);

Portaria GM/MS n. 2.048, de 5 de novembro de 2002, dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência e estabelece os princípios e diretrizes, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos planos atendimento às urgências e emergências, regulação médica, atendimento pré-hospitalar, Pré- hospitalar móvel, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de núcleos de educação e capacitação de recursos humanos.

Resolução CFM n. 1.638, de 10 de julho de 2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários;

Portaria GM/MS n. 569, de 1º de junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Portaria GM/MS n. 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, Organização Mundial da Saúde, 1996;

Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o planejamento familiar;

Portaria GM/MS n. 1016, de 26 de agosto de 1993, normas básicas sobre alojamento conjunto;

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

3. Objetivos da Ação de Auditoria

3.1. Geral

Realizar ação de auditoria no componente II – Parto e Nascimento, para verificar o acesso, o acolhimento e a qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos em maternidades integrantes da Rede Cegonha.

3.2. Específicos

- *Verificar na secretaria de saúde, o funcionamento dos grupos condutores, o Fórum e regulação da Rede Cegonha;*
- *Verificar nos Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha como está caracterizado o componente II - Parto e Nascimento;*
- *Verificar se a maternidade conta com estrutura física adequada às exigências da RDC 36/2008;*
- *Verificar se a maternidade realiza as ações de investigação do óbito materno e infantil;*
- *Verificar se a maternidade realiza o acolhimento com classificação de risco;*
- *Verificar a adoção de boas práticas na atenção à gestante e ao recém-nascido;*
- *Verificar o cumprimento do direito ao acompanhante de livre escolha durante o acolhimento e o trabalho de parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato).*
- *Verificar o recebimento e aplicação de repasse dos recursos financeiros conforme pactuado no plano de ação da Rede Cegonha e na sua Contratualização.*

4. Metodologia

A lógica de estruturação do protocolo seguiu o modelo teórico de análise proposto por Donabedian, que desenvolveu um quadro conceitual para a avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

Estrutura - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

Processo - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. Resultado - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Esta auditoria contém 3 instrumentos: roteiro para elaboração das constatações; entrevista com as mulheres e relatório gerencial. Este último tem como finalidade a consolidação dos dados para um panorama nacional.

5. Fase Analítica

Levantamento de dados no CNES;

Analisar nos Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha como está caracterizado o componente II - Parto e Nascimento;

Conhecimento da legislação pertinente à Rede Cegonha;

Identificação das metas pactuadas quanto ao número de leitos e aos indicadores definidos nos planos de ação municipal e regional no Colegiado de Gestão Regional ou CGSES/DF e na Matriz Diagnóstica - anexo I da Portaria GM/MS n. 1.459/2011.

6. Fase Operativa

Consiste em visita técnica nas secretarias de saúde e auditoria na maternidade e UCI neonatal.

Roteiro para elaboração de constatações referentes ao acesso, acolhimento e qualidade da assistência às mulheres e aos recém-nascidos, em maternidades integrantes da Rede Cegonha.

Roteiro para elaboração do relatório gerencial informatizado.

Avaliação da estrutura física da maternidade no pré-parto, no alojamento conjunto e na unidade neonatal - UCI neonatal, inclusive estratégia Canguru.

Avaliação dos recursos humanos da maternidade e UCI neonatal.

Questionário para avaliação da qualidade da atenção, na ótica das mulheres. A entrevista será feita, no mínimo, com 5 (cinco) mulheres internadas no ALCON.

6.1. Nas secretarias de saúde – visita técnica

Estrutura

- 1) Identificar a existência do Grupo Condutor e se faz o monitoramento e avaliação da Rede;*
- 2) Identificar a existência do Fórum da Rede Cegonha;*
- 3) Identificar a disponibilidade de transporte seguro para as gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha contando com ambulâncias equipadas com incubadora e ventilador neonatal;*

Processo

- 4) Constatar o funcionamento da regulação da Rede Cegonha por meio de identificação dos fluxos de referência e contrarreferência e existência da vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto;*
- 5) Verificar a garantia de acesso pela análise do funcionamento da Central de Regulação que controla os leitos de maternidades, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, UTI adulto e neonatal, UCI neonatal e leitos Canguru. Certificar-se da implantação da estratégia vaga sempre (Portaria GM/MS n. 1.459/2011);*

Resultado

- 6) Constatar se o percentual investigado de óbitos maternos, infantis e fetais atende ao disposto na Portaria GM/MS n. 72/2010 e Portaria GM/MS n.1.119/2008;*
- 7) Verificar se há produção regular dos indicadores epidemiológicos pactuados, conforme anexo IV da Portaria SAS/MS n. 650/2011;*

8) *Verificar se na produção desses indicadores é considerado o quesito raça/cor.*

6.2. *Na maternidade - auditoria*

Estrutura

1) *Verificar se os recursos financeiros referentes à Rede Cegonha foram aplicados conforme pactuado no plano de ação da Rede Cegonha e na sua contratualização.*

2) *Verificar a concordância entre o pactuado, o registrado no SCNES e encontrado quanto ao número de leitos obstétricos, leitos neonatais e leitos Canguru.*

3) *Checar, na maternidade, se há disponibilidade de ambulância equipada, que responda às necessidades de transferência das parturientes e dos recém-nascidos (Portaria GM/MS n. 2.048/2002);*

4) *Constatar a utilização de protocolos, normas, rotinas técnicas escritas e atualizadas para: acolhimento com classificação de risco na maternidade (Portaria GM/MS n. 2.048/2002);*

5) *Verificar se as transferências são acompanhadas de relatórios descritivos do quadro clínico da mulher e ou recém-nascido (RN), de acordo com a RDC ANVISA n. 36/2008 e RDC ANVISA n. 63/2011;*

6) *Constatar se a instituição dispõe das seguintes comissões formalmente constituídas e atuantes, com reuniões regulares e livro de atas: Comissão de Revisão de Prontuário, de Ética Médica, de Controle de Infecção Hospitalar e Comitê de Investigação de Óbito Materno, Fetal e Neonatal (Portarias GM/MS n. 2.616/1998; 1.119/2002; 1638/2002; 652/2003; 72/2010);*

7) *Verificar documentos comprobatórios de atividades de educação permanente em boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento para a equipe multiprofissional de saúde, e sua periodicidade (RDC ANVISA n. 63/2011 e PT n. 1020/2013);*

8) *Verificar a existência de normas escritas sobre o Método Canguru, de fácil acesso à equipe multiprofissional, na maternidade que pactuou leito Canguru (Portaria GM/MS n. 693/2000);*

- 9) *Identificar a existência de equipes horizontais de cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, discriminando por categoria profissional (Portaria GM/MS n. 1.459/2011 e Portaria GM/MS n. 1.020/2013). Equipe horizontal é a constituída por profissionais de saúde que assistem aos pacientes diária e continuamente, não obedecendo à lógica da escala de plantões;*
- 10) *Verificar se o número de médicos, enfermeiras e auxiliar para o Alcon está de acordo com a Portaria GM/MS n. 1016/1993;*
- 11) *Verificar se o número de médicos, enfermeiras e auxiliar para a UCI neonatal está de acordo com a Portaria GM/MS n. 930/2012;*
- 12) *Verificar se está prevista a presença de pediatra ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao RN na sala de parto (Portaria GM/MS n.1.067/2005);*
- 13) *Verificar a existência de acomodação adequada para acompanhante, sendo 01poltrona para cada leito, conforme Lei n.11.108/2005 e Portaria GM/MS n. 2.418/2005;*
- 14) *Verificar a estrutura física da maternidade; (pré-parto; parto; alojamento conjunto), de acordo com RDC ANVISA n. 36/2008;*
- 15) *Verificar a existência de alojamento para as mães dos recém-nascidos internados nas UTI ou UCI neonatais (Portaria GM/MS n. 930/2012);*
- 16) *Verificar se os quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) dispõem do número adequado de leitos por quarto e existência de banheiro que atende a no máximo 2 quartos, de acordo com a RDC ANVISA n.36/2008;*
- 17) *Verificar se o ALCON dispõe número adequado de leitos por quarto (máximo de 6 leitos) e existência de banheiro que atende no máximo a 2 quartos, de acordo com a RDC ANVISA nº 1016/1993 e RDC ANVISA n. 36/2008;*
- 18) *Verificar disponibilidade de material necessário para parto normal ou cirúrgico, reanimação e medicamentos para urgência e emergência clínica para gestantes, segundo RDC ANVISA n. 36/2008;*

- 19) *Verificar disponibilidade de equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido, no momento do parto, entre outros: balança; estetoscópio; mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante, material para aspiração e ventilação, máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo, laringoscópio, cânulas de intubação traqueal e material para cateterismo umbilical (Portaria GM/MS n. 930/2012);*
- 20) *Verificar se o serviço dispõe de equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento do recém-nascido no alojamento conjunto: cama e berço, balança para recém-nascido, glicosímetro e aparelho de fototerapia (01 para 10 berços);*
- 21) *Verificar a existência de material de emergência para reanimação, 01 para cada posto de enfermagem (carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao RN);*
- 22) *Verificar se a maternidade tem Banco de Leite Humano próprio ou, se não tiver, se há a garantia de acesso a Banco de Leite Humano (PT n. 1020/2013);*
- 23) *Verificar se a maternidade adota a estratégia Canguru;*
- 24) *Verificar a existência de capacitação no Método Canguru para a equipe multiprofissional de saúde que atua na maternidade. A maternidade que pactuou deve capacitar pelo menos 80% da equipe multiprofissional no curso de 30 horas; e alguns profissionais no curso de 40 horas; e realizar ações de educação continuada, no mínimo uma vez ao ano, de acordo com o Manual Técnico do Método Canguru do Ministério da Saúde/ 2011;*
- 25) *Identificar se a maternidade está credenciada na “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, conforme Portaria n. 80, de 24 de fevereiro de 2011;*
- 26) *Verificar se a Declaração de Nascido Vivo (DNV) é entregue preenchida à mulher ou ao responsável;*
- 27) *Verificar se a instituição assegura o registro de nascimento antes da alta, segundo Conselho Nacional de Justiça – CNJ n. 13/2010. Presença de cartório na maternidade.*

Processo

28) *Constatar se a maternidade assegura o atendimento à mulher, com a internação ou a transferência referenciada para outro serviço (vaga sempre);*

29) *Verificar se o RN grave ou potencialmente grave tem assegurado o cuidado em UTI própria ou de referência por meio da estratégia vaga sempre (Portaria GM/MS n. 1459/2011);*

30) *Verificar se as gestantes têm garantido o direito a acompanhante de sua livre escolha (inclusive presença masculina), durante o acolhimento e no pré-parto, parto e pós-parto; em especial, observar a conduta adotada no momento do parto;*

31) *Verificar se o serviço oferece boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, dentre outras, de acordo com a RDC nº63/2011 e a Portaria GM/MS n.1067/2005:*

./ Escolha das diversas posições pela gestante durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

./ Possibilidade de deambulação no pré-parto;

./ Contato imediato na sala de parto, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido;

./ Estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

./ Atendimento imediato ao recém-nascido realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;

./ Garantia de que o recém-nascido e a parturiente não sejam retirados do ambiente do parto sem identificação;

32) *Verificar se as práticas abaixo são adotadas como procedimentos de rotina:*

./ Infusão venosa, tricotomia, enema, manobra de Kristeller;

./ Acomodar mulheres em processo de abortamento no mesmo local de mulheres gestantes;

33) *Constatar se há flexibilidade no horário de visita aos recém-nascidos e às puérperas.*

Resultado

34) *Averiguar a existência de serviço de ouvidoria na maternidade, de acordo com a Portaria SGE/MS n. 8/2007;*

35) *Verificar os indicadores epidemiológicos produzidos no serviço de vigilância da unidade: RN com asfixia, RN com diagnóstico de sífilis congênita, RN com diagnóstico de tétano neonatal, RN com baixo peso, gestantes com HIV positivo, gestantes com VDRL positivo, taxa de cesariana, partos normais com e sem episiotomia, mortalidade materna, neonatal e neonatal precoce (até 6 dias de vida), letalidade materna no parto;*

36) *Constatar número de óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos e o percentual investigado na maternidade;*

37) *Verificar se na produção desses indicadores é considerado o quesito raça/cor;*

38) *Checar, no prontuário da paciente no pré-parto, se o partograma registra anotações quanto: identificação da paciente, evolução dos batimentos cardíacos - BCF, dilatação do colo uterino, apresentação fetal, perda de líquido amniótico, de acordo com a Portaria GM/MS n. 1067/2005.*

39) *Verificar a periodicidade da avaliação (hora em hora) pelos profissionais assistentes devidamente identificados, com assinatura e carimbo;*

40) *Verificar se a maternidade tem fluxo definido para consulta de seguimento, após alta hospitalar, para os bebês que participaram da metodologia Canguru (A 1ª consulta ambulatorial deve ser marcada até 48h após a alta hospitalar), de acordo com o Manual Técnico do Método Canguru do Ministério da Saúde/ 2011;*

41) *Verificar se o resumo de alta de recém-nascido que ficou internado é entregue rotineiramente ao responsável, de acordo com a RDC n. 63/2011.*

Anexo II Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha

Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha

Roteiro gerencial 1 – Visita Técnica nas secretarias de saúde

Secretaria de Saúde: _____

Município _____ UF _____

CNPJ: _____

Dirigente: _____

De Estrutura na secretaria de saúde

1. O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha faz monitoramento e avaliação da Rede?
(..) sim (..) não () Não se aplica, não foi constituído o Grupo Condutor Municipal
2. O Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha faz monitoramento e avaliação da Rede?
(..) sim (..) não () Não se aplica, não foi constituído o Grupo Condutor Estadual
3. O Fórum da Rede Cegonha mantém reuniões periódicas?
(..) sim (..) não () Não se aplica, não foi constituído o Fórum da Rede Cegonha
4. A SES ou SMS inclui em seu planejamento o transporte seguro para as gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha com ambulâncias equipadas com incubadora e ventilador neonatal?
(..) sim (..) não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Estrutura referentes a secretaria de saúde.

De Processo na secretaria de saúde - desenho da rede

5. Há definição de fluxo de referência e contrarreferência da Rede Cegonha?
(..) sim (..) não
6. Há definição de vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto?
(..) sim (..) não
7. A Central de Regulação controla o acesso, (vaga sempre):
 - 7.1. Leitos de maternidade (..) sim (..) não
 - 7.2. UTI adulto (..) sim (..) não
 - 7.3. UTI neonatal (..) sim (..) não
 - 7.4. UCI neonatal (..) sim (..) não
 - 7.5. Leitos Canguru (..) sim (..) não
8. Há definição de fluxo de consultas para seguimento pós alta hospitalar do RN incluído na metodologia Canguru?
(..) sim (..) não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Processo referentes a secretaria de saúde.

De Resultado na secretaria de saúde

9. Foram investigados 100% dos óbitos ocorridos em 2012?

9.1. Maternos (..) sim (..) não

9.2. Infantis (..) sim (..) não

9.3. Fetais (..) sim (..) não

10. Há produção dos indicadores epidemiológicos pactuados conforme anexo IV da Portaria SAS/n. 650/2011?

(..) sim (..) não

11. Está incluído o quesito raça/cor nos indicadores?

(..) sim (..) não () Não se aplica, não há produção de indicadores

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Resultado referentes a secretaria de saúde.

Roteiro para Atividade de Controle na Rede Cegonha

Roteiro gerencial 2 – Auditoria na unidade hospitalar/ maternidade

Identificação do estabelecimento: _____

CNPJ _____ Código CNES: _____

Município _____ UF _____

Natureza: () Público; () Privado s/ fins lucrativos; () Privado c/ fins lucrativos

Gestão: () Federal () Estadual () Municipal

De Estrutura na unidade hospitalar / maternidade

1. Os recursos financeiros de incentivo à Rede Cegonha foram recebidos?
(..) sim (..) não
2. Os recursos financeiros de incentivo à Rede Cegonha foram utilizados em atividades da estratégia?
(..) sim (..) não () Não se aplica, os recursos financeiros não foram repassados à maternidade
3. O serviço está credenciado como Hospital Amigo da Criança?
(..) sim (..) não
4. Comissões formalmente constituídas e com livros de ata atualizados
 - 4.1. Comissão de Revisão de Prontuário? (..) sim (..) não
 - 4.2. Comissão de Ética Médica? (..) sim (..) não
 - 4.3. Comissão de Infecção Hospitalar? (..) sim (..) não
 - 4.4. Comitê de Investigação de óbito materno, fetal e neonatal? (..) sim (..) não
5. A unidade conta com serviço de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI adulto)?
(..) sim (..) não
6. A unidade hospitalar conta com Unidade de Tratamento Intensivo neonatal (UTI neonatal)?
(..) sim (..) não
7. A unidade conta com Unidade de Cuidado Intermediário neonatal – UCI neonatal?
(..) sim (..) não
8. A unidade utiliza a estratégia Canguru?
(..) sim (..) não
9. A unidade utiliza o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-Cegonha para o transporte seguro das gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco com incubadoras e ventiladores neonatais?
(..) sim (..) não
10. Há normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas sobre o atendimento à mulher, de fácil acesso à equipe de saúde?
(..) sim (..) não
11. Há normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas sobre o atendimento ao bebê, de fácil acesso à equipe de saúde?
(..) sim (..) não

Roteiro _Gerencial RC versão final 16 de agosto – 17h 20 min

12. Há registro de ações de educação permanente para profissionais de saúde?
(..) sim (..) não

13. Há capacitação em emergências obstétricas (suporte avançado de vida em obstetrícia)?
(..) sim (..) não

14. Há capacitação em reanimação neonatal?
(..) sim (..) não

15. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal mantém em local visível a escala com nome dos profissionais, incluindo os plantões e a escala horizontal?
(..) sim (..) não

16. Registrar o número de profissionais de saúde, o número de leitos no ALCON e a carga horária semanal por categoria profissional

Considerar como adequado o disposto na Portaria GM/MS n. 1016/1993:
1 pediatra e 1 obstetra para cada 20 leitos (ou fração) de ALCON - mulher/bebê;
1 enfermeiro para cada 30 leitos (ou fração) de ALCON - mulher/bebê;
1 técnico de enfermagem para cada 8 leitos (ou fração) de ALCON - mulher/bebê
1 assistente social
1 psicólogo
1 nutricionista

ALCON - nº de Leitos		
Profissionais	Quantitativo existente	Carga horária semanal total dos profissionais existentes
Pediatra		
Obstetra		
Enfermeiro		
Técnico de enfermagem		
Assistente social		
Psicólogo		
Nutricionista		

17. Registrar o número de profissionais de saúde, o número de leitos na UCI neonatal e a carga horária semanal por categoria profissional

Considerar o disposto na Portaria GM/MS n. 930/2012:
1 responsável técnico – 4 h/diárias;
1 médico pediatra para cada 15 leitos (ou fração) 4 horas diárias - jornada horizontal;
1 médico pediatra plantonista para cada 15 leitos (ou fração), por turno;
1 enfermeiro coordenador – 4 horas diárias - jornada horizontal;
1 enfermeiro assistencial para cada 15 leitos (ou fração), por turno;
1 técnico de enfermagem para 05 leitos, por turno;
1 fisioterapeuta para 15 leitos (ou fração), por turno;
1 fonoaudiólogo para unidade

UCI neonatal – número de leitos -		
Profissionais	Quantitativo existente	Carga horária semanal total dos profissionais existentes
Responsável técnico		
Pediatra - jornada horizontal		
Pediatra plantonista		
Enfermeiro coordenador		
Enfermeiro assistencial		
Auxiliar de enfermagem		
Técnico de enfermagem		
Fisioterapeuta		
Fonoaudiólogo		

18. A unidade garante a presença de pediatra na sala de parto ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido?

(..) sim (..) não

19. Existe sala de acolhimento com classificação de risco para gestantes no serviço de urgência/emergência para parturiente?

(..) sim (..) não

20. Existe quarto PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato):

(..) sim (..) não

20.1. Tem divisórias?

(..) sim (..) não

20.2. Tem banheiro anexo (para no máximo 2 quartos)?

(..) sim (..) não () Não se aplica, não existe quarto PPP

20.3. Existem poltronas destinadas a **todos** os acompanhantes?

(..) sim (..) não () Não se aplica, não existe quarto PPP

20.4. Existe área para deambulação para gestante no pré-parto?

(..) sim (..) não () Não se aplica, não existe quarto PPP

21. Existe relógio de parede com marcador de segundos:

21.1. Em cada ambiente de parto

(..) sim (..) não

21..2. Na sala de reanimação de recém-nascido?

(..) sim (..) não

22. Existe alojamento conjunto, composto no mínimo por cama e berço, que atenda a todas parturientes e recém-nascidos?

(..) sim (..) não

23. Existe material de emergência para reanimação neonatal na sala de parto?

(..) sim (..) não

24. Existe material de emergência para reanimação adulta na sala de parto?

(..) sim (..) não

Roteiro _Gerencial RC versão final 16 de agosto – 17h 20 min

25. Existem medicamentos para atendimento à urgência e emergência para mulher e recém-nascido, no alojamento conjunto?

(..) sim (..) não

26. Existem equipamentos para atendimento à urgência e emergência para mulher e recém-nascido, no alojamento conjunto?

(..) sim (..) não

27. A unidade hospitalar/maternidade possui Banco de Leite Humano (BLH) em suas dependências?

(..) sim (..) não

28. Caso não disponha de BLH próprio, está garantido o acesso a um BLH?

(..) sim (..) não

29. A unidade hospitalar/maternidade adota o método Canguru?

(..) sim (..) não

29.1. Caso adote, há capacitação permanente para a equipe de saúde, de acordo com o Manual Técnico do Método Canguru?

(..) sim (..) não

30. A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é entregue rotineiramente à puérpera ou responsável antes da alta?

(..) sim (..) não

31. A unidade hospitalar conta com serviço de registro e emissão de certidão de nascimento?

(..) sim (..) não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Estrutura

De Processo na unidade hospitalar / maternidade

32. É permitida a presença de acompanhante em todos os períodos do parto:

32.1. No pré-parto?

(..) sim (..) não

32.2. No momento do parto (nascimento)?

(..) sim (..) não

32.3. No pós-parto?

(..) sim (..) não

33. A unidade permite que o recém-nascido possa ter a 1ª mamada imediatamente após o parto (na 1ª hora)?

(..) sim (..) não

34. As parturientes recebem orientação sobre cuidados com o recém-nascido, incluindo a amamentação?

(..) sim (..) não

35. O serviço oferece estas boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento:

35.1. Escolha pela gestante da posição durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos?

(..) sim (..) não

35.2. Possibilidade de deambulação no pré-parto?

(..) sim (..) não

35.3. Contato imediato na sala de parto, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido?

(..) sim (..) não

35.4. Estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto?

(..) sim (..) não

35.5. Atendimento imediato ao recém-nascido realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico?

(..) sim (..) não

35.6. Garantia de que o recém-nascido e a parturiente não sejam retirados do ambiente do parto sem identificação?

(..) sim (..) não

36. Há flexibilidade no horário de visita aos recém-nascidos na UCI neonatal?

(..) sim (..) não () não se aplica

37. O serviço adota estas práticas como procedimento de rotina:

37.1. Tricotomia? (..) sim (..) não

37.2. Enema? (..) sim (..) não

37.3. Hidratação venosa? (..) sim (..) não

37.4. Manobra de Kristeller (..) sim (..) não

38. Puérperas e seus bebês compartilham o mesmo ambiente com mulheres em processo de abortamento ou pós-aborto?

(..) sim (..) não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Processo

De Resultado na unidade hospitalar / maternidade

39. Está constituído Comitê de Investigação de Óbitos maternos, fetais e neonatais?

(..) sim (..) não

40. O Comitê de Investigação de Óbitos desta unidade verifica 100% dos óbitos:

40.1 Maternos? (..) sim (..) não () Não se aplica, o Comitê não está constituído

40.2 Fetais? (..) sim (..) não () Não se aplica, o Comitê não está constituído

40.3 Neonatais? (..) sim (..) não () Não se aplica, o Comitê não está constituído

41. O partograma está sendo utilizado rotineiramente?

(..) sim (..) não

42. Observa-se, nos partogramas avaliados, anotações dos profissionais de saúde em intervalos máximos de uma hora?

Roteiro _Gerencial RC versão final 16 de agosto – 17h 20 min

(..) sim (..) não () Não se aplica, o partograma não está sendo utilizado

43. O serviço de vigilância da unidade hospitalar produz os indicadores epidemiológicos pactuados?

(..) sim (..) não

44. O resumo de alta do RN que ficou internado é entregue rotineiramente ao responsável?

(..) sim (..) não

45. Há serviço de ouvidoria implantado na unidade hospitalar?

(..) sim (..) não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar em relação a Resultado

Anexo III Entrevista com puérpera no alojamento conjunto

SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS
REDE CEGONHA - ENTREVISTA COM PUÉRPERAS
Órgão: MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

ENTREVISTA COM PUÉRPERA NO ALOJAMENTO CONJUNTO - ALCON (Rede Cegonha)

Nome da Maternidade/Hospital: _____

Município: _____ UF: _____

1. Idade: _____

2. Raça/cor (autodeclarada):

() preta () branca () parda () amarela () indígena

3. Escolaridade:

() sem escolaridade () até 4ª série () 5ª a 8ª série () médio () superior

4. A senhora realizou o pré-natal?

() Sim () Não

Caso positivo, quantas consultas?

4.1. () 1 a 3

4.2. () 4 a 6

4.3. () 7 ou mais

5. Realizou a 1ª consulta com quantos meses de gravidez? _____

6. A senhora tem o cartão da gestante?

() Sim () Não

7. Foi considerada gestante de risco pela Unidade de Saúde onde realizou o pré-natal?

() Sim () Não

8. Se sim, foi encaminhada para serviço de alto risco?

() Sim () Não

9. Foi informada, durante o pré-natal, em qual maternidade iria ter o bebê?

() Sim () Não

10. Se sim, esta era a maternidade prevista para o parto?

() Sim () Não

11. A senhora tentou se internar em outra maternidade antes desta?

() Sim () Não

12. A senhora pode escolher seu acompanhante, inclusive na hora do parto?

() Sim () Não

13. Havia poltrona para o seu acompanhante?

() Sim () Não

14. Foi orientada a caminhar durante o trabalho de parto?

() Sim () Não

15. Escutaram o coração do bebê durante o trabalho de parto?

() Sim () Não

16. A senhora sabe que tipo de parto foi feito, normal ou cesárea?

() Sim () Não

17. Se cesárea, foi informada por quê?

() Sim () Não

18. A senhora pode escolher a posição para ter o bebê (ex. de cócoras), se o parto foi normal?

() Sim () Não

19. A senhora ficou com o bebê na sala de parto?

() Sim () Não

19.1. Se não, por quê? _____

20. O bebê mamou logo que nasceu?

() Sim () Não

21. Foi orientada sobre a amamentação?

() Sim () Não

22. A senhora se sentiu bem atendida neste hospital?

() Sim () Não

23. A senhora se sentiu agredida ou maltratada (mesmo que por palavras) por algum profissional neste hospital?

() Sim () Não

24. A senhora foi informada sobre a possibilidade de registro de nascimento na própria maternidade?

() Sim () Não

25. A senhora realizou pagamento por algum atendimento ou exame nesta internação?

() Sim () Não

26. Se tivesse outro filho voltaria para este hospital?

() Sim () Não

Outras questões que a equipe considerar relevantes registrar.

Dantas - Deixar espaço para que a equipe possa escrever uma página