

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

**ALINE KOCK CREUZ
ALINE SEMAN BERNARDES THERMANN
ANA PAULA FRANCISCO**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE GESTÃO DO EXAME
DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DE SANTA
CATARINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ALINE KOCK CREUZ
ALINE SEMAN BERNARDES THERMANN
ANA PAULA FRANCISCO**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE GESTÃO DO EXAME
DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DE SANTA
CATARINA**

JOINVILLE, 2015

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**ALINE KOCK CREUZ
ALINE SEMAN BERNARDES THERMANN
ANA PAULA FRANCISCO**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE GESTÃO DO EXAME
DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DE SANTA
CATARINA**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

JOINVILLE, 2015

Creuz, Aline Kock; Thermann, Aline Seman Bernardes; Francisco, Ana Paula.

Análise do Processo de Gestão do Exame de Ultrassonografia Obstétrica em um Município da Região Norte de Santa Catarina/ Creuz, Aline Kock; Thermann, Aline Seman Bernardes; Francisco, Ana Paula - Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. 95 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

1. Sistema Único de Saúde 2. Técnicas de Diagnóstico em Obstetrícia 3. Administração de Serviço de Saúde I. Título

**ANÁLISE DO PROCESSO DE GESTÃO DO EXAME DE
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO NORTE DE SANTA CATARINA**

**ALINE KOCK CREUZ
ALINE SEMAN BERNARDES THERMANN
ANA PAULA FRANCISCO**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 15 de Junho de 2015.

Banca Examinadora:

**Prof. Jorge Cunha, Mestre
Orientador**

**Profa. Francis Renata Pimentel
Avaliadora**

**Profa. Marlete Scremin, Mestre
Avaliadora**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos ter dado saúde e força para superar as dificuldades.

A nossa família, que nos apoiou desde o início, com amor e dedicação nessa longa caminhada árdua, não nos deixando desanimar nunca.

Aos nossos colegas de sala de aula, que sempre nos motivaram a nunca desistir e juntos seguir em frente.

Ao nosso orientador Jorge Cunha, por nos nortear ao êxito, com paciência e dedicação.

A senhora Rosimeire Aparecida Alves, do setor de Controle, Avaliação e Auditoria, que nos apoiou no desenvolvimento desse trabalho.

E a todos que contribuíram e fizeram parte da nossa formação direta ou indiretamente, o nosso muito OBRIGADO!!!

RESUMO

A gestão hospitalar evoluiu através dos tempos e com a evolução vieram os desafios. Evoluindo de uma gestão praticamente amadora e beneficente, onde os religiosos e igrejas eram os principais gestores dos complexos hospitalares ou de saúde, a gestão hospitalar se define cada vez mais como uma imprescindível ferramenta de planejamento no mundo moderno, haja visto que estes complexos contam com altas tecnologias em equipamentos e estruturas, mas também precisam evoluir no mesmo compasso no que tange às políticas de atendimento, cuidado com os usuários e toda sorte de imprevisibilidades presentes neste segmento. No setor público a gestão dos recursos aliada às demandas crescentes necessita de inúmeras análises e planejamento visando garantir os direitos dos usuários de complexos hospitalares públicos gerenciados com recursos do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste trabalho serão abordados, por meio de pesquisa descritiva exploratória documental, os principais pontos de atenção em relação às demandas não atendidas e analisar-se as potenciais faltas de atendimento do exame de ultrassonografia obstétrico em um município do norte do estado de Santa Catarina. Também são descritos aspectos relevantes das demandas e analisadas as condições atuais do atendimento das gestantes usuárias do SUS e aderentes do PHPN, especificamente não atendimento do exame de USG, avaliados com base em dados extraídos no local de atendimento em um período de 12 meses. Por fim, são elaboradas sugestões de ações para reduzir o tempo de espera pela realização do exame e os impactos na população requisitante.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Administração de Serviço de Saúde; Técnicas de Diagnóstico em Obstetrícia.

ABSTRACT

The hospital management has evolved over time and with the evolution came the challenges. Evolving from an almost amateurish management and benefit, where religious and churches were the principal managers of hospital complexes or health, hospital management is defined more and more as an essential planning tool in the modern world , given the fact that these complexes have high technologies in equipment and structures , but also need to evolve in tandem with respect to service policies , beware of the users and all sorts of unpredictability present in this segment. In the public sector, the resource management coupled with increasing demands requires numerous analyzes and planning in order to guarantee the rights of public hospital complexes users managed with funds from the Sistema Único de Saúde - SUS. In this academic work will be addressed, through documental exploratory descriptive research, the main points of attention for unmet needs and to look up potential faults care of obstetric ultrasound exam in a city of north of Santa Catarina state. In addition, will be described relevant aspects of the demands and analyzed the current conditions of service of users of SUS pregnant women and adherents of PHPN specifically noncompliance examining USG, evaluated based on data extracted from the service site in a period of 12 months. Finally, stock suggestions are designed to reduce the waiting time for the examination and the impacts on population requester.

Key Words: Sistema Único de Saúde; Health Service Administration; Obstetrical Diagnostic Techniques.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CISNORDESTE/SC - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MS – Ministério da Saúde.

NOB – Norma de Operações Básicas.

PDR – Plano diretor de regionalização.

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PPI – Programa de Pactuação Integrada.

SUS – Sistema Único de Saúde.

USG – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVO GERAL	14
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
2.1.1 PRINCÍPIOS DO SUS	17
2.1.2 PACTO PELA SAÚDE E O SUS	19
2.1.3 CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS EXTERNOS PELO SUS PARA ATENDIMENTO DAS DEMANDAS	21
2.1.4 DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DE ACORDO COM AS ESFERAS ADMINISTRATIVAS PÚBLICAS	22
2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	23
2.2.1 FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL	24
2.2.2 EXAMES COMPLEMENTARES.....	26
2.2.2.1 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	27
3 METODOLOGIA	32
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE ESTUDADO	33

4.2 FLUXO DE ATENDIMENTO DO EXAME DE USG OBSTÉTRICO PELO SUS	34
4.3 PERFIL DA DEMANDA PELO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA.....	44
4.4 PERFIL DE ATENDIMENTO.....	44
4.5 PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS E POSSIBILIDADES DE MELHORIAS.....	46
5. CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	57
ANEXO B – PORTARIA Nº 569 DE 2000.....	58
ANEXO C – PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	70
ANEXO D – PORTARIA Nº 1459, DE 24 DE JUNHO DE 2011...75	
ANEXO E – MATRIZ DIAGNÓSTICA.....	89
ANEXO F – MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA	91
ANEXO G – NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL.....	93
ANEXO H – KIT PARA AS UBS	94
ANEXO I – KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS.....	95

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2015), o Brasil tem atualmente mais de 204 milhões de habitantes, dos quais 6,7 milhões estão em Santa Catarina. O aumento na demanda e o crescimento populacional contribui para a problemática no atendimento e garantia do acesso à saúde na região Norte em Santa Catarina.

A Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 regulamenta e caracteriza o Sistema Único de Saúde e menciona que a saúde é um direito universal e fundamental de todo ser humano, isso indica que todo ser humano é integral e necessita de cuidados. O SUS é uma conquista da população pelos seus direitos de acesso a saúde de forma gratuita, universal, integral com igualdade e equidade.

A garantia de acesso da população faz com que cada vez mais o serviço de saúde pública seja procurado, fazendo com que a demanda em atendimentos cresça cada vez mais, e assim a dificuldade de garantir esse acesso à população vem crescendo também. Responder à essas necessidades de saúde da população não é algo muito fácil de realizar, e a gestão dos processos nas unidades de saúde como hospitais, clínicas, centros de saúde, sobretudo mantidos pelo estado, torna-se imprescindível nesse sentido (BITTAR, 2000).

Toda sistemática para atendimento das demandas passa por um processo de planejamento, coordenação, organização e direção, que fazem parte da gestão de processos que compreendem uma gama de atividades e estruturas inter-relacionadas que agregam valor ao serviço visando obter resultados (BITTAR, 2000).

A humanização deve ser considerada como parte fundamental da gestão hospitalar e o atendimento das diversas necessidades dos que necessitam dos cuidados profissionais são, de forma geral, um somatório de vários esforços, de vários profissionais de áreas distintas e em momentos distintos, este é

provavelmente um dos maiores desafios gerenciais de um hospital: coordenar todas as variáveis de forma a atender plenamente um único indivíduo e cada um no seu momento. (CECÍLIO e MERHY, 2003).

A legislação regula os acordos e convênios entre público versus privado por meio de portarias e baseia-se em leis e decretos federais para garantir o uso correto destes recursos e garantir seu bom funcionamento no âmbito do SUS, mas as dificuldades são maiores na gestão dos processos do que propriamente na alocação dos recursos do SUS (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Há um paralelo entre a figura do administrador hospitalar e a própria medicina, e uma evolução no modelo que veio da gestão quase empírica na época em que os hospitais eram gerenciados de forma não organizada por religiosos, para o modelo buscado atualmente, com profissionais capacitados com formação específica para este fim (SEIXAS e MELO, 2004).

Hoje o gestor tem o papel de, além de somente manter os serviços de saúde funcionando para que as instituições mantenham o foco no que rege a legislação brasileira, como também fazer com que o complexo hospitalar em si torne-se um negócio viável, autossustentável e que dê resultados para seus mantenedores, o que cria um círculo vicioso bom, uma vez que a busca pela excelência tem o efeito de mover o gestor hospitalar na busca do atendimento eficaz e eficiente para quem busca os serviços de saúde no Brasil (SEIXAS e MELO, 2004).

1.1 Justificativa

O processo de mudança é uma vertente dinâmica, pois seus resultados são obtidos no decurso da interação entre os indivíduos e ambiente; é de competência da gestão hospitalar otimizar os recursos financeiros, materiais e humanos alocando-os da melhor maneira possível a fim de atender as necessidades

dos usuários dos serviços de saúde, buscando atingir metas e resultados, trabalhando com prevenção e estando à frente dos problemas encontrados.

As informações obtidas em campo de estágio apontam uma grande demanda reprimida na realização de exames de ultrassom obstétrico. Há uma considerável fila de espera para realizar o referido exame, que é de extrema importância para o bom acompanhamento do bebê durante a gestação e é indicado fortemente pelos profissionais da obstetrícia, o que leva os gestores hospitalares ao desafio de extinguir esta demanda adequando os recursos disponíveis à realidade do setor, que atualmente conta com uma grande fila de espera.

1.2 Definição do Problema

Conforme informações do Ministério da Saúde (2015) – encontra-se cadastrado no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, apenas um equipamento para realização de Ultrassonografia obstétrica, no município referenciado, disponível para o SUS.

A gestão eficaz das demandas, com assertividade na oferta observando os recursos disponíveis e os processos como se apresentam atualmente pode ser a solução para o problema, porém é necessária uma avaliação mais detalhada desta demanda, da situação atual dos recursos e das ações para contornar a situação.

Diante deste cenário descrito questionamos: em que medida a oferta do serviço de ultrassonografia obstétrica é influenciada pela gestão do processo?

1.3 Objetivo Geral

Analisar o processo de gestão do exame de ultrassonografia obstétrica em um município da região norte de Santa Catarina

1.4 Objetivos Específicos

- Levantar dados estatísticos da demanda requerente do exame de ultrassonografia obstétrica;
- Identificar o fluxo de atendimento do paciente, desde sua origem;
- Analisar as informações levantadas e propor alternativas de ações que visem a melhoria no atendimento a gestante.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados os principais temas que envolvem o atendimento das gestantes que necessitam das Unidades Básicas de Saúdes para realizar o exame de ultrassonografia obstétrica no Sistema Único de Saúde – SUS.

Serão apresentados os conceitos e premissas básicas do SUS, seu papel atual na consolidação e garantias das premissas da Constituinte de 1988 no que tange à equidade e qualidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros, bem como algumas especificidades dos sistemas, rotinas e procedimentos para o atendimento, de forma geral (união) e regionalizada (estados e municípios), métodos de atendimento e descrição dos fluxos com base nos sistemas de apoio a gestão disponíveis.

Também veremos alguns programas e planos de cooperação construídos entre as esferas da administração pública que visam garantir estes mesmos preceitos de igualdade social.

Neste trabalho também serão explanados e discutidos aspectos da demanda (necessidade), oferta e métodos alternativos para atendimento do referido exame, fazendo um cruzamento com as questões referentes à gestão hospitalar e análise da demanda, estudo das necessidades e possíveis resoluções dos problemas decorrentes das variáveis que afetam o atendimento e devem ser observadas pelo gestor.

2.1 Sistema Único de Saúde - SUS

O direito à saúde de qualidade e de acesso à toda população em território brasileiro foi garantida nos preceitos da assembleia constituinte de 1988. Desta forma, passa a ser dever do Estado que estes direitos sejam observados e cumpridos:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A falta ou inexistência de mecanismos que garantam estes direitos implicam em afronta direta ao Princípio Constitucional da Dignidade Humana e são obrigação do Estado, custeado pelas receitas provenientes dos impostos e outras fontes.

Este direito é um dos principais temas da lei decretada e sancionada em 1990:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

É responsabilidade da administração pública concretizar esse direito através de políticas e ações ao atendimento da população abrangendo todos os níveis de necessidade. Por isso foi criado, no Brasil, um modelo conhecido como SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Este sistema consagra o princípio da universalidade dos direitos e acesso à saúde.

O SUS é um sistema financiado com recursos públicos, ou seja, da população que contribui em forma de impostos e é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde (2006).

Com a criação do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição.

2.1.1 Princípios do SUS

A secretaria executiva do Ministério da Saúde, no documento publicado em dezembro de 2000, Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas, define o SUS como:

Conjunto formado de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 2000)

Este documento descreve avanços no modelo ao longo do tempo e o constante aperfeiçoamento através de portarias e resoluções do Conselho Nacional de Saúde e de três Normas Operacionais Básicas - NOB, que contribuíram para a descentralização da gestão operacional do SUS, melhorando o atendimento de acordo com cada estado, município ou região.

Esta descentralização deixam os municípios mais ativos e, de certa forma, livres para atuar na prestação e desenvolvimento do atendimento do SUS.

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo II, define os princípios norteadores do SUS. Esta lei observa os princípios básicos de integralidade, equidade e universalidade, sejam atendidas pelo próprio SUS ou com participação complementar de instituições privadas, de acordo com o disposto no capítulo III, artigos 11 ao 14 da referida lei:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde

(SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, 1990).

2.1.2 Pacto pela saúde e o SUS

O Programa de Pacto pela Saúde é definido como “um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde”. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

Em termos gerais, é um programa que também visa descentralizar a gestão pelo governo federal e as necessidades passam a ser gerenciadas pelos municípios e estados que assinam um termo de compromisso de gestão.

Convém ressaltar que o modelo de transferência desse sistema é dividido em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), o que em teoria dá mais agilidade uma vez que reduz a burocracia. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006)

Em 2000 o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-Natal - PHPN, visando reduzir a mortalidade infantil e materna até 2015, de acordo com o preconizado no alcance dos objetivos do milênio, das Nações Unidas (PARIS et al, 2013).

Oferecer o exame de USG obstétrico às gestantes para garantir o acompanhamento da saúde de mãe e bebê, além de obrigação do estado é também um dos pilares nacionais e internacionais, objetivo central do PHPN e tem sua validade garantida através de portaria do Ministério da Saúde (Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000), e é fundamental que o gestor hospitalar conheça o programa e atue no sentido de garantir a oferta do referido exame, embasado nas premissas fundamentais do programa (TANAKA, 2004), que garante que toda gestante deve ter direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico e que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (TANAKA, 2004).

Fundamenta-se aqui a necessidade de garantir a oferta do exame de ultrassonografia obstétrica através do SUS e para este fim o gestor precisa estar alinhado com as necessidades populacionais, conhecer todo processo de planejamento da unidade em que atua, conhecer as condições de todos os recursos disponíveis da unidade, ter pleno conhecimento da demografia da área onde está inserida sua unidade hospitalar e das projeções populacionais, bem como os planos do Estado para o desenvolvimento e melhoria da saúde pública de sua unidade e conhecimentos acadêmicos para por toda a cadeia de conhecimento em prática.

2.1.3 Contratualização de serviços privados externos pelo SUS para atendimento das demandas

Das alternativas para a redução da fila de espera e atendimento da população à luz da legislação (Lei 8.666/1993) e das premissas em que foram elaboradas, a terceirização ou contratualização mostra-se bastante interessante do ponto de vista de gestão e como instrumento para garantir o atendimento pleno à determinados serviços garantidos pelo SUS e necessários para o bem-estar da população dependente do sistema (Brasil, 1993).

A lei 8.666 de 21 de junho de 1993 considera que os processos licitatórios, estipulados de acordo com tipos de contratação, serviços, valores, detalhes de formalização de contratos das organizações públicas, regendo também os contratos de serviços terceirizados por estas organizações, quando o órgão em questão não dispõe de formas apropriadas para efetivação ou realização de um serviço por conta própria.

Os municípios precisam contratar ou referenciar os seus serviços, e na falta de recursos próprios ou opções para eliminar a demanda crescente, referenciar torna-se a opção mais viável (Brasil, 1993).

A participação complementar de instituições privadas no Sistema Único de Saúde, prevista no art. 199, da Constituição da República, ocorre mediante elaboração de contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Os maiores progressos vieram com a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que determina a participação das instituições

privadas, somente permitida após esgotadas as capacidades da Rede Pública de Saúde, em todas as esferas.

A referida lei possibilitou ao município celebrar contratos e convênios com prestadores privados, ainda que sob controle e avaliação da execução dos serviços prestados. (BRASIL, 1990).

Através das NOB (Normas de Operação Básica) 01/93, 01/96, NOAS (Norma Operacional de Assistência À Saúde) 01/2002 e o atual Pacto pela Saúde, o governo federal disponibilizou a gestão do SUS pelos Estados e Municípios, num processo de grande descentralização.

Por meio de políticas do Ministério da Saúde, foi criado o Plano Diretor de Regionalização - PDR, que envolve as três esferas da gestão – União, Estados e Municípios –, além da macrorregião de saúde, região de saúde e municípios de referência. O modelo projetado com o PDR busca, entre outras premissas, a gestão regionalizada das iniciativas públicas na área da saúde homologadas no Pacto pela Saúde (previsto na portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006), investimento em instrumentos de gestão e tecnológicos, visando alocar os recursos necessários de forma equilibrada e regionalizada, evitando o deslocamento para os centros onde determinados recursos estejam instalados (ou especialidades), logo, a concentração da demanda nestes mesmos locais (SANTA CATARINA, 2012).

2.1.4 Definição das responsabilidades de acordo com as esferas administrativas públicas

Para que o processo de regionalização e, posteriormente, descentralização possibilite o controle efetivo das ações na área da saúde em todos os níveis, utiliza-se a divisão das esferas ou autarquias político-geográficas: união, estado, município, macrorregião de saúde, região de saúde e município de referência. (SANTA CATARINA, 2008).

Macrorregião abrange uma ou mais regiões de saúde organizada e estruturada, cuja finalidade é suprir as demandas mais complexas da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Não existe um município sede, sua definição é condicionada a critérios como serviços de alta complexidade instalados, população referenciada e investimentos do Estado via convênios, observando-se as diretrizes firmadas para 300.000 habitantes, no mínimo. (SANTA CATARINA, 2008).

O PDR deve ser estabelecido e garantido através dos processos de regulação e por meio dos acordos firmados na PPI. (SANTA CATARINA, 2008)

Programação Pactuada e Integrada - PPI é um instrumento usado pelo SUS cujo objetivo é definir e quantificar os serviços ofertados à população, de acordo com cada território, e auxiliar os gestores em suas pactuações visando garantir o acesso da população aos serviços de saúde. (BRASIL, 2006)

Passou a ser o instrumento para orientar e organizar as redes de serviços, tornar claros os fluxos firmados e definir limites financeiros com fundamento em critérios e parâmetros já estabelecidos, tanto para assistir à população local quanto à de outros municípios pactuados. (BRASIL, 2006).

A PPI possibilita firmar o contrato com base nas necessidades locais, visando não só ao atendimento do Município contratante, mas também ao atendimento da população referenciada, muito comum em cidades referências como Joinville e Florianópolis, em Santa Catarina.

2.2 Atenção ao Pré-natal

O pré-natal em sua essência inicia na avaliação que o casal ou pretendente a gravidez faz antes da gravidez propriamente dita buscando identificar fatores de risco, doenças

ou qualquer impossibilidade que possa prejudicar uma futura gestação.

A Lei nº 9.263/96 que dispõe sobre o planejamento familiar rege que planejamento familiar é um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).

O planejamento familiar e a atenção pré-natal, conforme dispostos na legislação, têm como objetivos:

- Diminuir o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- Diminuir o número de partos por cesárea realizados para fazer a ligadura tubária (método anticoncepcional);
- Diminuir o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- Aumentar o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados;
- Possibilitar o planejamento da gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias como: diabetes, doenças do coração, hipertensão, portadoras de HIV, etc.

2.2.1 Fluxograma de Pré-natal

Em suma, há dois momentos distintos que são marcos e definem a necessidade de atendimento da possível gestante ou gestante: suspeita da gravidez e com ela toda a cadeia de avaliações objetivas (ciclo menstrual, utilização de contraceptivos) e subjetivas (desejo de gravidez) e a gravidez de fato.

Neste ponto iniciam-se as atividades voltadas para a atenção da gestante, como sua inclusão no SisPreNatal, exames

de acompanhamento e a classificação entre gravidez de baixo ou alto risco, com suas atenções previstas no PHPN.

De acordo com a figura 1, o fluxograma apresenta como um dos mais importantes a Ultrassonografia Obstétrica.

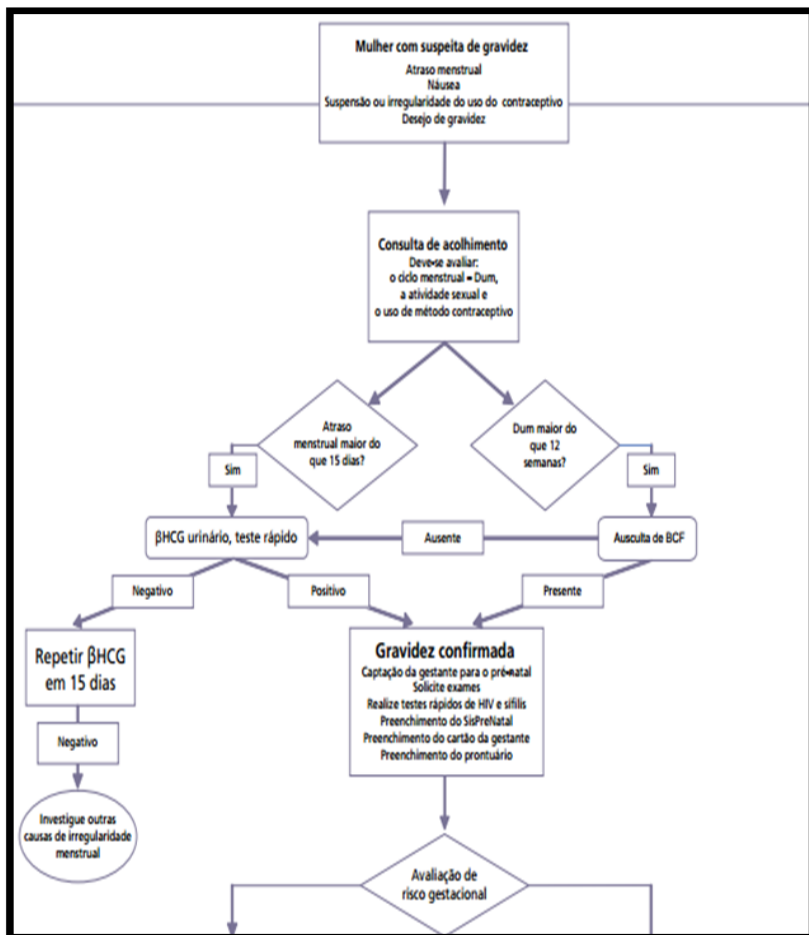


FIGURA 1: Fluxograma de pré-natal

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

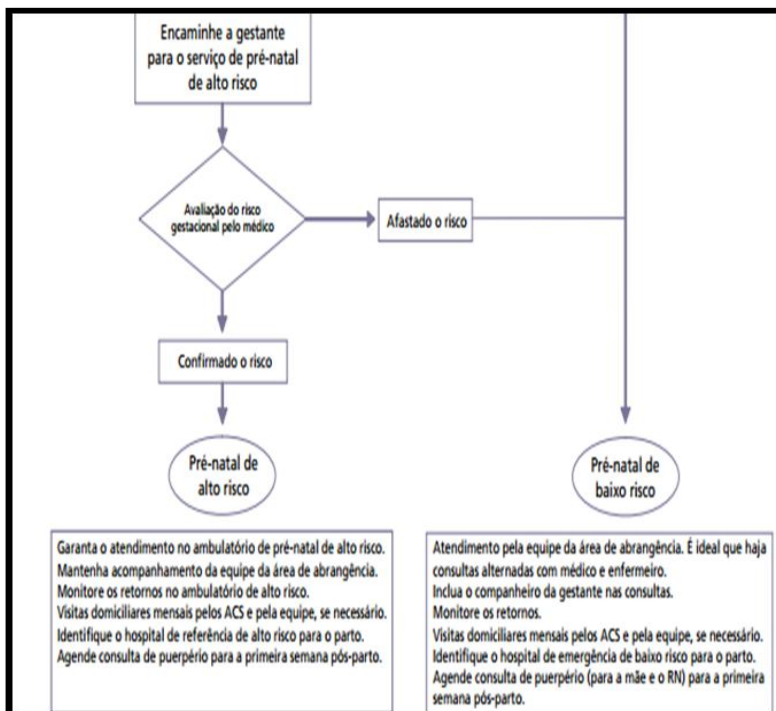


FIGURA 1: Fluxograma de pré-natal (continuação)

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

2.2.2 Exames Complementares

Após o ciclo de avaliações e procedimentos para estabelecer a concessão dos acompanhamentos pré-natal citados anteriormente, são necessários exames complementares no pré-natal de baixo risco, e para efetivação é preciso seguir um roteiro pré-determinado, conforme quadro 1 que descreve períodos e exames solicitados:

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

QUADRO 1: Roteiro para solicitação de exames no pré-natal de baixo risco

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

2.2.2.1 Ultrassonografia Obstétrica

De acordo com FREITAS, F. et al (2011), a ultrassonografia é um dos melhores métodos para avaliar desenvolvimento do feto, aspectos morfológicos básicos como sexo, período gestacional, má formação e defeitos congênitos, dependendo do tipo de USG pode revelar características mais complexas como fluxo sanguíneo e problemas em órgãos

internos (Dopplervelocimetria), sendo assim altamente indicado como rotina em todas as gestantes.

No 1º trimestre, o ideal é a USG via transvaginal e no 2º e 3º trimestres, a USG via transabdominal, e dependendo da recomendação pode-se utilizar os dois tipos.

FREIRE et al (2010) afirma que a ultrassonografia obstétrica é o melhor método para examinar mulheres gestantes durante o acompanhamento pré-natal, sendo o mais eficiente método para diagnósticos neo-natais, permitindo reconhecer o sexo do bebê antes do nascimento, bem como diagnosticar eventuais alterações morfológicas ou funcionais do feto, realizar intervenções intrauterinas e prever as que serão necessárias após o nascimento, enfatizando a importância da realização do exame de USG durante várias fases da gestação, afirmando que o acompanhamento pré-natal é fator preponderante para a qualidade de vida da criança e que, com o diagnóstico adequado, milhares de mortes infantis seriam evitadas, tal qual ocorre atualmente nos países desenvolvidos.

A ultrassonografia obstétrica permite o diagnóstico de gravidez, da viabilidade da gravidez, a determinação da idade gestacional e do tamanho do feto, assim como o diagnóstico de malformações fetais. Auxilia o acompanhamento do crescimento do feto, o planejamento dos exames pré-natais e a previsão da data do parto. Nele são realizadas medidas do bebê, avaliação dos órgãos internos do feto, da placenta e da quantidade de líquido amniótico (Pastore et al, 1997).

O exame de ultrassonografia, por tratar-se de exame por imagem, acaba por tornar a relação materno-fetal mais realista e por consequência mais forte, pelo fato da futura mãe enxergar fisicamente o desenvolvimento do feto, escutar seu coração, etc. (GOMES et al, 2006).

O manual técnico para gestação de alto risco indica pelo menos 3 exames de USG obstétrico no período pré-natal (primeiro trimestre, entre 11 e 14 semanas, segundo trimestre, entre 20 e 24 semanas e terceiro trimestre, entre 32 e 36 semanas) em períodos distintos e pré-determinados para

avaliação de aspectos relacionados ao crescimento e presença de condições ou sintomas patológicos do feto em desenvolvimento e da saúde materna (Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com RIOS et al (2010), o exame de USG também é utilizado principalmente nas avaliações das chamadas anormalidades de primeiro trimestre, como rotina ou em casos de emergência como sangramentos vaginais, uma vez que o abortamento nesse período é bastante comum e ocorre em mais de um terço dos casos de gravidez de baixo risco.

Nestes casos, o exame de USG é utilizado como ferramenta para definição da continuidade da gestação quando há indícios de um possível abortamento, e pode evitar partos pré-termos entre outras moléstias afecções comuns neste contexto (RIOS et al. 2010).

BASTOS et al. (2008) relata uma frequência entre 3% a 5% de malformação do feto durante o período gestacional nos casos de gestação de baixo risco.

Para estes casos o exame de USG auxilia na indicação da data da gravidez com margem de erro de 3 a 5 dias, prevê informações do desenvolvimento do feto em ambiente intrauterino, além da confirmação da vitalidade do feto, presença de corpo estranho ou anomalias no útero.

Os exames de ultrassonografia com cobertura pelo SUS estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – SIGTAP do SUS.

Nesta tabela, o exame de ultrassonografia obstétrica é considerado de média complexidade e sua descrição indica que permite o diagnóstico de gravidez, da viabilidade da gravidez, a determinação da idade gestacional e do tamanho do feto, assim como o diagnóstico de malformações fetais. Auxiliar o acompanhamento do crescimento do feto, o planejamento dos exames pré-natais e a previsão da data do parto. Nele são realizadas medidas do bebê, avaliação dos órgãos internos do feto, da placenta e da quantidade de líquido amniótico.

A tabela SIGTAP é uma ferramenta de gestão que permite acompanhamento inclusive histórico e atributos de cada procedimento, nela estão descritas as modalidades de procedimento, atendimento, complexidade, requisitos para utilização e valores, características dos pacientes possíveis e complexidade do exame.

Na tabela abaixo são exibidas as informações contidas no portal do Ministério da Saúde, DATASUS – tabela SIGTAP, do procedimento de ultrassonografia obstétrica, coberta pelo SUS, competência 2014:

Procedimento:		02.05.02.014-3 - ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	
Grupo:		02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	
Sub-Grupo:		05 - Diagnóstico por ultrasonografia	
Forma de Organização:		02 - Ultra-sonografias dos demais sistemas	
Modalidade de Atendimento:		Ambulatorial, Hospitalar, Hospital Dia	
Complexidade:		Média Complexidade	
Tipo de Financiamento:		Média e Alta Complexidade (MAC)	
Instrumento de Registro:		BPA (Individualizado)AIH (Proc. Especial)	
Sexo:		Feminino	
Idade Mínima:		8 anos	
Idade Máxima:		60 anos	
Serviço Ambulatorial:	R\$ 24,20	Serviço Hospitalar:	R\$ 24,20
Total Ambulatorial:	R\$ 24,20	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
Total Hospitalar:		R\$ 24,20	

TABELA 1: Informações da tabela SIGTAP sobre USG obstétrica com cobertura pelo SUS.

Fonte: SIGTAP (2015)

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória documental. O estudo exploratório tem como finalidade o desenvolvimento de ideias e o esclarecimento destas, permitindo a modificação de conceitos tradicionalmente estabelecidos, com vista na elaboração de hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores (GIL, 1989).

A coleta de dados foi realizada na secretaria de saúde de um Município do Norte de Santa Catarina e em base de dados públicos (DATASUS, RIPSA, TABWIN), tendo como foco a realização de exames por imagem, ultrassonografia obstétrica por empresas terceirizadas.

Para o desenvolvimento dessa coleta de dados foram necessárias cerca de 5 reuniões de aproximadamente 1h pré-agendadas entre os meses de abril, maio e junho conforme disponibilidade dos funcionários da secretaria de saúde.

Esses encontros serviram para o conhecimento do fluxograma, levantamento de dados estatísticos de previsão do número de exames que deveriam ser solicitados conforme a quantidade de gestações, agendamentos realizados, absenteísmo no USG obstétrico. Portanto foi necessário ter acesso a manuais, formulários, rotinas e sistema de informação utilizados pela secretaria.

Os dados foram analisados de forma descritiva com base na legislação vigente com objetivo de esclarecer informações sobre o processo, identificar potenciais fragilidades e realizar possíveis contribuições para o serviço. Este estudo visa não ferir os princípios básicos da ética perante pesquisas, não sendo exposto nenhum profissional, evitando assim qualquer tipo de constrangimento.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico serão tratados os aspectos do fluxo de atendimento dos requerentes do exame de USG obstétrico em uma cidade do norte catarinense, principais motivos para a não realização dos exames e sua relação com demandas e ofertas do referido exame.

Foram analisados as disponibilidades de infraestrutura, equipamentos e necessidades e disponibilidades reais e atuais do município referenciado, com observações no contexto de gestão.

4.1 Contextualização do Ambiente Estudado

Segundo o IBGE (2014), o município referenciado no norte do estado de Santa Catarina conta com uma população estimada de 554.601 habitantes, destes, 259.535 são mulheres.

É a quinta colocada no estado em IDH (índice de desenvolvimento humano, conta com 120 unidades de saúde SUS.

Segundo o relatório de População Residente por Unidade de Saúde e Bairro - Faixa Etária e Sexo, de novembro de 2014 (SMS/GUAB - Cadastramento e acompanhamento do Usuário/SUS), a cidade é dividida em 9 regionais que ainda se dividem em postos de atendimento avançados, referente à área da saúde.

A regionalização dentro do município atende umas das premissas básicas da utilização do SUS, que é a descentralização máxima da aparelhagem do Estado deixando a cargo dos gestores municipais e estaduais a análise e solicitação dos repasses para os vários fins que, como vimos, têm perfis muito diferentes em uma mesma macrorregião.

4.2 Fluxo de atendimento do exame de USG obstétrico pelo SUS

Na condição ideal e elaborada pela secretaria de saúde desta cidade do norte catarinense, o fluxo para atendimento da gestante que necessita do exame de USG obstétrico através do SUS se dá da seguinte forma:

- A gestante se dirige à uma Unidade Básica de Saúde realiza consulta com médico obstetra ou enfermeira, que prescreve o exame de ultrassonografia obstétrica para dar prosseguimento na avaliação da gestante e do feto;

- Recebe a solicitação do exame de USG obstétrico e procura a unidade (policlínica) onde se encontra o equipamento a fim de agendar a data para realizar o referido exame;

- O responsável pelo agendamento verifica no sistema SISREG a disponibilidade de data e horário para agendamento do exame e informa à paciente;

- A gestante, de posse do agendamento, aguarda a data fornecida e não havendo impossibilidades na referida data, realiza o exame.

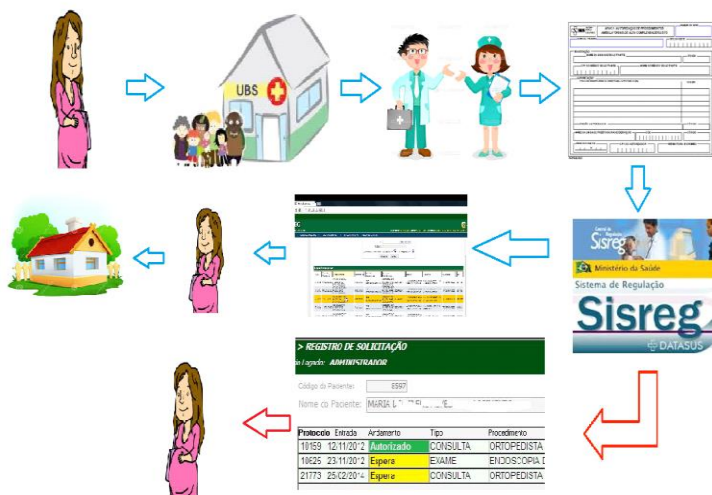


FIGURA 3: Fluxo de atendimento à gestante pelo SUS

Fonte: As Autoras, (2015)

Porém, ao ocorrer imprevisto na realização do exame em função de alguma impossibilidade, uma nova data é reagendada, pondo em risco o acompanhamento da gestante. Conforme dados do CNES o município referenciado conta com um (01) equipamento apenas que realizam o exame de forma gratuita, a situação se complica fazendo com que as pacientes procurem alternativas para garantir a realização do exame em clínicas particulares, recorrendo à consórcios montados nas cidades da região norte catarinense e, no pior cenário, não realizando o exame no tempo determinado.

O PHPN estabelece práticas assistenciais mínimas a serem realizadas e oferece aos municípios um modelo básico para a organização da assistência obstétrica.

Como há um repasse de valores referentes aos vários estágios do atendimento oferecido, foram criados indicadores para monitorar e validar o atendimento, visando reduzir o

absenteísmo por meio de um maior acompanhamento pelas unidades de saúde em que as gestantes realizam os procedimentos ou a adesão ao programa.

A assistência pré e pós natal nascimento deve:

- captar precocemente a gestante (até 120 dias a partir da data da última menstruação);
- realizar no mínimo seis consultas de acompanhamento, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação e uma consulta de puerpério (até 42 dias após o parto);
- realizar exames que se fizerem necessários (laboratoriais e de rotina);
- realizar aplicação de vacina antitetânica (dose imunizante ou de reforço, segundo o esquema recomendado);
- promover atividades educativas;
- classificar risco gestacional e garantir acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial ou hospitalar à gestante classificada como de alto risco.

Estas informações servem também como ferramenta de acompanhamento e formalizam a adesão do município ao PHPN, que são retroalimentadas em um sistema de informação chamado SISPRENATAL.

O repasse dos valores obedece uma série de regras dispostas no documento Implantação do Programa de Humanização e no Pré-Natal e Nascimento (Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher), e os valores são repassados pelo MS aos municípios aderentes ao PHPN e às unidades hospitalares que realizarem os partos das gestantes aderentes.

De acordo com o documento Humanização do parto - Humanização no Pré-natal e nascimento (BRASIL, 2002) o repasse é identificado como incentivo à assistência pré-natal, e tabelado desta forma:

- dez reais (R\$10,00) por gestante ao município após o preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante e registro no Sis prenatal;

- quarenta reais (R\$40,00) por gestante ao município após a conclusão da assistência pré-natal com a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, incluindo uma no pós parto e os exames e vacinas estabelecidos;

- quarenta reais (R\$40,00) por parto para a unidade hospitalar onde a gestante fizer o parto, desde que a unidade conste no Termo de Adesão do Município ao programa.

Com a publicação da Portaria 1.067, que estabelece o PHPN, a assinatura do termo de adesão foi dispensado e o sistema passou a ser disponibilizado a todos os municípios.

Os dados referentes a adesão ao PHPN componente I, no período de fevereiro de 2014 à fevereiro de 2015, são de 9 regionais dentro do município referenciado, no norte de Santa Catarina (TABWIN é um sistema que tabula dados desenvolvido pelo DATASUS/MS para ser utilizado nas bases de dados do SUS) e indicam um número total de 4111 adesões ao PHPN neste período:

ADESÃO AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO														
REGIONAL	2014											2015		TOTAL
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	
R1	0	0	123	0	127	0	70	58	63	0	0	146	0	587
R2	5	0	99	0	86	0	32	56	50	0	0	148	0	476
R3	17	0	117	0	193	0	66	66	80	0	104	89	0	732
R4	17	0	118	0	136	6	47	54	45	0	36	94	0	553
R5	0	0	47	0	43	0	27	14	21	0	0	49	0	201
R6	35	0	134	0	140	0	41	57	74	0	0	145	0	626
R7	0	0	35	0	45	0	13	21	17	0	0	41	0	172
R8	1	0	66	0	69	0	33	33	29	0	0	89	0	320
R9	2	0	124	0	110	0	33	34	37	0	0	104	0	444
TOTAL	77	0	863	0	949	6	362	393	416	0	140	905	0	4111

TABELA 2: Número de adesões ao PHPN por regional na cidade referenciada.

Fonte: TABWIN, adaptado pelas autoras, (2015).

Ao buscarmos o porque dos dados zerados na tabela 1, em Março, Maio, Junho, Novembro 2014 e Fevereiro de 2015, não existiu um único motivo e sim várias hipóteses com relação a essa questão, como gravidez sazonal, pode não ter ocorrido nenhum ingresso de gestantes aderentes nesse período, falta de cadastro de gestantes no SISPRENATAL e a falta de lançamento da produção na unidade básica de saúde (alimentação do sistema).

Dados do TABWIN de 01 de maio de 2015 revelam que no mesmo período (fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015) foram realizados 75 exames de ultrassonografia obstétrica, conforme tabela 2, e em 2014 nos meses de fevereiro, março, abril, agosto, setembro, novembro e dezembro e fevereiro de 2015 nenhum exame foi realizado porque o equipamento encontrava-se em manutenção:

PRODUÇÃO DE EXAMES US OBSTÉTRICO - SUS														
2014											2015		TOTAL	
Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev		
0	0	0	33	18	16	0	0	8	0	0	0	0	0	75

TABELA 3: Produção de exames de USG na cidade referenciada, tabulada pelo sistema TABWIN32 – período fevereiro 2014 a fevereiro 2015.

Fonte: TABWIN, adaptado pelas autoras, (2015).

O gráfico 1 abaixo resume o perfil de atendimento no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015:

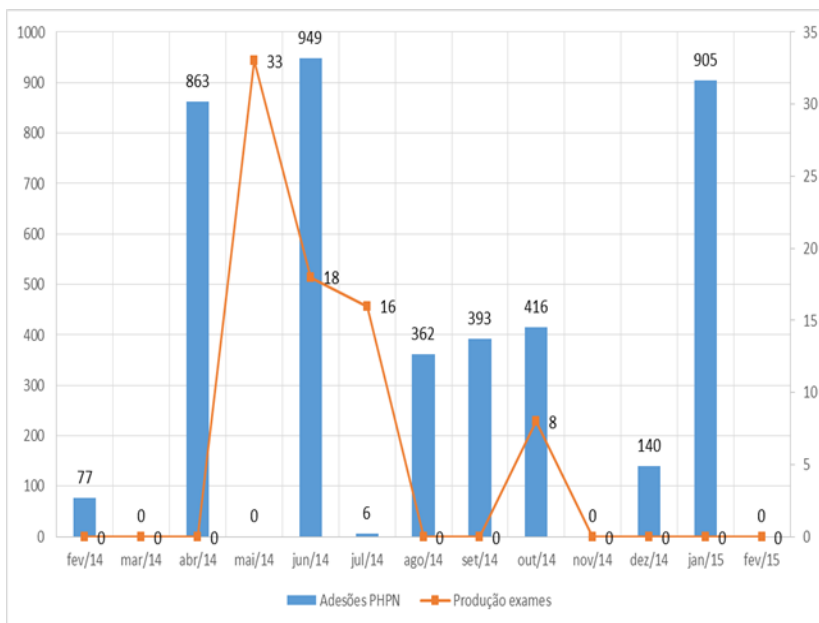


GRÁFICO 1: Quantidade de exames de USG obstétrico realizados entre fevereiro de 2014 e fevereiro de 2015.

Fonte: TABWIN, adaptado pelas autoras, (2015).

O equipamento disponível na cidade referenciada tem capacidade para realizar 160 exames por mês, ou seja, 50% de todo atendimento realizado num período de doze meses poderia ter sido realizado em 15 dias e considerando o período pesquisado (fev/14 a fev/15), a produção possível de exames seria de 1920.

A quantidade de adesões ao PHPN no mesmo período foi de 4111 gestantes, distribuídas nas nove regionais da cidade referência, então considerando que as gestantes aderentes aos PHPN têm garantido a realização deste exame gratuitamente e a oferta do SUS é de 1920 num período de 12 meses, já se parte de um déficit de 2191 exames de USG obstétrico.

Constata-se, então, que o número de adesões ao PHPN é 54 vezes maior que a quantidade de exames realizados no mesmo período. Da mesma forma, e considerando o número de adesões totais ao PHPN no período pesquisado como base, mesmo que a produção de exames de USG obstétricos atinja 100% da capacidade nominal (160 exames por mês) seriam realizados em 12 meses um total absoluto de 1920 exames contra uma necessidade de 4141 exames, ou seja, a oferta atenderia menos de 40% da demanda.

O PHPN por si só não preconiza o exame de USG obstétrico como essencial no acompanhamento da gestação de baixo ou alto risco:

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES
PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO
PRÉ-NATAL (Brasil,2000).

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

I – Atividades

1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2-Garantir os seguintes procedimentos:

2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a – ABO-Rh, na primeira consulta;

b – VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c – Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d – Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e – HB/Ht, na primeira consulta.

2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (Brasil,2000).

Porém o anexo III da portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011 preconiza que 100% das gestantes realizem o exame de USG obstétrico obrigando, portanto, o SUS a disponibilizar a quantidade necessária de exames de USG obstétrico para as

gestantes que aderem ao PHPN, conforme descrito na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha:

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil,2011)

ANEXO III

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma

Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

Conforme artigo 10,

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, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I – Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL. (Brasil, 2011).

Sendo assim com a criação dessa portaria fica evidente a importância que se tem em à gestante realizar tanto o exame de ultrassonografia, quanto aos demais procedimentos preconizados na portaria da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é uma iniciativa do SUS, através do MS, cujos objetivos estão alinhados com as premissas do PHPN: acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e pós parto, garantindo a saúde da gestante e da criança, tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, funcionando como uma ferramenta de organização regionalizada do PHPN, composta de quatro componentes básicos:

- Pré-natal;
- Parto e nascimento;
- Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

4.3 Perfil da demanda pelo exame de ultrassonografia obstétrica

Identificou-se por meio de pesquisa em campo uma demanda não atendida do exame de USG obstétrico em um município do norte catarinense, que é preconizado pela OMS e fortemente indicado por especialistas médicos em função dos fatores descritos anteriormente.

As causas para a atual performance de atendimento neste município concentram-se basicamente numa equação desbalanceada de quantidade de exames ofertados pelo SUS em suas unidades próprias de saúde contra demanda que tende a aumentar com o aumento gradativo da população: atualmente esta cidade é a mais populosa de Santa Catarina e 16ª do Brasil, segundo informações de 2014 do IBGE, e projeta um crescimento anual de 3,7% da população ao ano, baseado no censo de 2013 também do IBGE (2014).

Salienta-se que há uma necessidade e preocupação crescente com as condições de saúde e acompanhamento materno no pré-natal, baseado nas estatísticas de 2000, 2005 e 2010 (Ministério da Saúde).

As estatísticas auxiliam o gestor como ferramenta no dimensionamento e planejamento das necessidades e atendimento populacional dependente do SUS, principalmente das grávidas que necessitam realizar o exame de USG pela rede para garantir um bom desenvolvimento da maternidade e com isso a saúde do seu bebê.

4.4 Perfil de atendimento

Para o atendimento do exame de USG obstétrico, o município do norte catarinense em questão conta com um (01) equipamento de ultrassonografia cuja capacidade de realização

de exames não atende as demandas regulares da cidade (CNES DATASUS, 2015).

No guia Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares voltado para gestores municipais de serviços de saúde, há um detalhamento completo dos instrumentos necessários para a gestão dos equipamentos utilizados em hospitais e clínicas, principalmente os de média e alta complexidade (CALIL e TEIXEIRA, 1998) inclusive equipamentos de ultrassonografia, desde o levantamento da necessidade da manutenção, realização de inventários, avaliação dos espaços físicos utilizados para alocar tais equipamentos, até questionários completos com informações específicas de cada um.

A falta de manutenção adequada pode ser um fator decisivo no plano de atendimento de longo prazo e até custos extemporâneos, necessários se houver episódios de mau funcionamento ou quebras do equipamento. Pode ainda inviabilizar investimentos em outras áreas, quando não se tem exatidão de valores ou períodos de aplicação dos valores em manutenção.

Além disso, existem várias etapas exigidas e necessárias para que um centro de saúde possa oferecer serviços médicos, incluindo o exame de USG, que estão dispostos no Manual Para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, uma vez que o registro e o cadastro dos produtos na Anvisa são regulamentados por resoluções específicas de acordo com a natureza de cada um.

Outro fator preponderante é que mesmo previsto na legislação vigente, a contratualização deste tipo de exame em clínicas privadas não é realizado nesta cidade do norte catarinense, concentrando toda demanda nos locais onde o exame é oferecido pelo SUS.

O CNES é a base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, imprescindíveis para gerenciamento eficaz dos recursos disponíveis, uma vez que fornece ao gestor conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde nos

vários níveis de governo, com viés de possibilitar maior controle e visibilidade social pela população.

Disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas. Segundo a tabela contida no portal do Ministério da Saúde (CNES, selecionado o perfil da gestão atual), nesta cidade do norte catarinense existe somente um equipamento de ultrassonografia convencional em uso pelo SUS localizado em uma policlínica de referência.

Estas informações devem auxiliar o gestor hospitalar inclusive no planejamento de médio e longo prazo a dimensionar os repasses solicitados à união dos montantes necessários para aplicação de acordo com a expectativa projetada da demanda local e possíveis deslocamentos de outros locais, prevendo as manutenções adequadas conforme manual fornecido pelo Ministério da Saúde, e também a sazonalidade do atendimento durante o ano, possibilitando adequar às paradas necessárias nos períodos de menor demanda do exame.

4.5 Principais Desafios Enfrentados e Possibilidades de Melhorias

Principais Desafios	Causas	Sugestões
Uma cidade com 259.535 mulheres contar com apenas um 01 aparelho de ultrassonografia obstétrica	Filas de espera, oferta de atendimento inadequado para a demanda. O município deixa de ganhar recursos do programa PHPN	Compras de equipamentos para o município referenciado
Único equipamento de ultrassom	Uso excessivo do equipamento,	Plano de ação, manutenção

obstétrico com necessidade de manutenção constante.	manutenção, uso em excesso, peça de reposição importada sem substituição.	adequada conforme manual de equipamentos da Anvisa. Compra equipamentos novos.
Processo de Licitação	Demorado, burocracia, sem empresas para prestar a manutenção	Agilizar o processamento com outras modalidades de licitações. Ex: Pregão Eletrônico.
Fluxo de atendimento correto	Alimentação incorreta nos sistema, falta de qualificação dos profissionais	Correta alimentação no sistema, treinamentos, sobre a importância do trabalho em cadeia.
Acompanhamento da rede Básica correta	Gestante não faz o acompanhamento até o final, desistem, faltam nas consultas	Campanhas de incentivo pelo município
Baixa Oferta de Exames	Filas, demora, demanda reprimida	Contratualização e Consórcio Intermunicipais.
Acompanhamento dos Gestores	Desenvolvimento das atividades realizadas de forma incorreta	Auditorias, fiscalização

TABELA 4: Quadro de desafios e melhorias

Fonte: As Autoras, (2015).

5 CONCLUSÕES

A gestão de uma unidade hospitalar trata-se de um grande desafio do ponto de vista de planejamento e operação, principalmente quanto está envolvido com setores públicos ou monitorados por gerências públicas.

O gerenciamento hospitalar tem raízes antigas, de uma época em que sua gestão era feita por entidades religiosas ou de cunho filantrópico, e dessa forma não se exigia grandes planejamentos futuros ou movimentos de melhoria para os serviços ofertados aos que necessitavam de atendimento.

O complexo hospitalar em sua essência não dispõe de rotina que possa ser pré-estabelecida a fim de manter um nível de atendimento adequado aos usuários, uma vez que trabalha com material humano e a imprecisão das demandas é comum.

Contudo, além das demandas emergenciais e corriqueiras de um hospital, também existem demandas que podem e devem ser medidas, planejadas e executadas com certo nível de assertividade na busca pela excelência em atendimento dos pacientes que buscam seus recursos, que, além da premissa básica de atender toda população é um dos pilares da constituinte de 1988 e princípio básico do SUS.

Exames de média e alta complexidade, apesar de demandar grande esforço financeiro e de gestão, são de monitoramento e controle relativamente fáceis de executar e, logo, de gestão e planejamento mais simples, como no caso do exame de ultrassonografia obstétrica, objeto de estudo deste trabalho.

Observa-se por meio de dados obtidos in loco, que as demandas não são sazonais, têm uma certa regularidade e pode ter seu fluxo direcionado de forma a melhorar a performance de atendimento, seja observando regiões ou períodos de maior procura pela referido exame, seja buscando fontes alternativas para reduzir as demandas não atendidas, uma vez que a fonte de informação é de rápido acesso, em se tratando

especificamente das gestantes que aderem ao PHPN e das premissas da Rede Cegonha, são quase todas de domínio público e gerenciadas por softwares específicos.

O cerne do problema se concentra no desequilíbrio entre oferta do exame para gestantes usuárias do SUS, que como já explanado é premissa dos programas de saúde referenciados, e demanda real atual no município também referenciado.

Este desequilíbrio ocorre já na falta de acompanhamento básico do crescimento das demandas: a população da cidade tende a crescer mais de 3,7% ao ano, segundo IBGE, logo a demanda por este serviço teria, no mínimo, que acompanhar o aumento populacional feminino.

Observa-se que a capacidade instalada disponibilizada pelo SUS não atenderia toda demanda da cidade mesmo operando full, a 100%, havendo um gap atual de mais da metade da necessidade levantada neste estudo.

O fator complicador são as constantes paradas do equipamento por manutenções preventivas e, no pior caso, corretivas, que não são passíveis de agendamento e atrapalham o planejamento prévio, que deveria ocorrer observando as necessidades de estrutura, equipamento, pessoal habilitado, etc.

Um bom planejamento torna-se inútil sem a correta execução e acompanhamento destas execuções, poderosa ferramenta para o gestor. Uma avaliação das restrições por parte de atendimento e perfil dos atendidos para evidenciar os gargalos e montar planos para amenizar seus impactos torna-se, no momento, parte fundamental da resolução do problema.

A região em que o município está inserido dispõe de consórcios intermunicipais de saúde que buscam minimizar as filas de espera pelo referido exame, entre vários outros, porém não utilizados pelo SUS, neste ponto não há clareza das informações para que isto não aconteça, sendo uma alternativa viável e prevista na legislação, com portarias próprias que inclusive orientam com precisão como estes contratos devem ser celebrados.

De forma geral, não há terceirização deste recurso e, portanto, as gestantes dependem exclusivamente do único equipamento disponível para este fim, o que fere gravemente os preceitos das várias leis e premissas dos programas de saúde promovidos pelo Governo Federal e Estadual.

Existem saídas que podem ser consideradas paliativas a curto prazo, como a terceirização e consórcios, já para o médio e longo prazo há necessidade de planejamento junto às esferas superiores de governo, visando aumento da capacidade e oferta do exame pelo SUS de acordo com a demanda por regional, uma vez que concentrar a estrutura pode gerar novos gargalos, o que leva à necessidade de analisar locais de instalação, capacidade instalada, perfil da demanda (inclusive estudos de aumento da demanda), negociação dos recursos para este objetivo e todas as particularidades que fazem parte da competência do gestor hospitalar.

REFERÊNCIAS

BASTOS, et al. **Ultra-Sonografia Obstétrica no Pré-Natal de Baixo Risco**. Volta Redonda, ano III, edição especial, 2008.

Disponível em:
<<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/especiais/pmvr/84.pdf>>. Acesso em: 20 de abril 2015.

BITTAR, O. J. N. V. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. São Paulo, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Para Regularização De Equipamentos Médicos Na Anvisa**. Gerência de Tecnologia em Equipamentos Médicos – GQUIP. Brasília, 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 19 de março 2015.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 de março 2015.

_____. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>.

Acesso em: 23 de março 2015.

_____. **Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 04 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização e no Pré-Natal e Nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher.** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>>. Acesso em: 05 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto - Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha, anexo III da portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/anexo/anexo_prt0650_05_10_2011.pdf>. Acesso em: 05 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, n.39, de 23/02/2006.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 05 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 570/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília; 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 06 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 05 de maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção: capacitação à distância.** Brasília, 2002.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, volume 1. 2006.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>>. Acesso em: 19 de abril 2015.

ERVATTI, Leila Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antônio de Ponte. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro, 2015.

FREIRE et al. **Correlação entre peso fetal estimado por ultrassonografia e peso neonatal.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n1/v32n1a02>>. Acesso em: 23 de março 2015.

FREITAS, et al. **Rotinas Em Obstetrícia, 6ª edição.** Artmed. Porto Alegre, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1989.

GOMES, et al. **A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal.** Campinas, 2005.

IBGE. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 19 de abril 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Brasília, 2012.

_____. CNES DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=42&VMun=420910>. Acesso em: 24 de abril 2015.

_____. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Série Pactos Pela Saúde.** 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadalntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 23 de março 2015.

_____. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 21 de março 2015.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Gestão de Alto Risco.** Manual técnico, 5ª edição, 2012.

PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. **Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados**. Maringá, 2013.

PASTORE, Ayrton Roberto; CERRI, Giovanni Guido. **Ultrasonografia : Obstetrícia, ginecologia**. São Paulo. Sarvier, 1997.

RIOS et al. **Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n2/a14v43n2.pdf>>. Acesso em: 23 de abril 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da saúde. **Plano Diretor De Regionalização - PDR. 2012**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8141&Itemid=249>. Acesso em: 23 de março 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Política Estadual De Atenção À Saúde Para Santa Catarina**. Anexo Deliberação CIB nº 492 de 09.12.2010: PDR 2008. Florianópolis: Dioesc, 2008. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=4105&Itemid=82>. Acesso em: 23 de março 2015.

SANTOS, Luiz. **Sistema Único de Saúde: coletânea de leis e julgados da saúde**. 2.ed. Campinas. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2003.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde: tendências e desafios após 20 anos**. Revista Saúde em Debate, 2009. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-60046>>.
Acesso em: 23 de março 2015.

SEIXAS, Maria Auxiliadora Souza; MELO, Hermes Teixeira de. **Desafios do administrador hospitalar**. Salvador, 2004.

SIGTAP - **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar>>. Acesso em: 28 de março 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **População Residente Por Unidade De Saúde, Faixa Etária E Sexo – 2007**. Disponível em: <<https://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsaudeadm/categoria/download/6125d92f3b596f0d9e859546435cef6b.pdf>>. Acesso em 06 de maio 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) ministério da saúde**. São Paulo, 2004.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

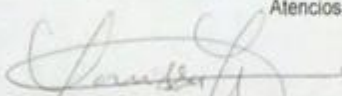
Assunto: Autorização de pesquisa


Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada: "Diagnóstico por imagem: avaliação do processo e proposições", por parte das alunas Aline Kock Cruz, Aline Seman Bernardes Thermann e Ana Paula Francisco, matriculada no Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde, através da Gerência da Unidade de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria, autoriza a realização da pesquisa, e solicita que as alunas entrem em contato com este serviço para agendar a coleta de dados.

Sem mais, agradecemos e colocamo-nos à disposição através do telefone: (47) 3481-5132 ou e-mail: progesusjle@gmail.com.

Atenciosamente,


Larissa Grun Brandão Nascimento
Secretária Municipal da Saúde


Patrícia Lucia Johann Teochi
Coordenadora do ProgeSUS

ANEXO B - PORTARIA Nº 569 DE 2000.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 569, DE 01 DE JUNHO DE 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao

parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

- a - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;
- b- Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.
- c - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

- a - criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por

meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

b - financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e terá dois componentes:

a - alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

b - pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a - R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b - R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

- R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II -Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

- R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

a - R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento :

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a - articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b - assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c - estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d - alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b - coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c - estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d - assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e - assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

- a - participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;
- b - estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- c - estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- d - garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;
- e - identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
- f - estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
- g - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
- h - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;
- i - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com

os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados:

I - Atividades

1 - Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2 - Garantir os seguintes procedimentos:

- Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

- Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

- Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a - ABO-Rh, na primeira consulta;

b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c - Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e - HB/Ht, na primeira consulta.

1 - Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2 - Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

1- Realização de atividades educativas;

2 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

3 - Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto

risco.

II – Área Física, Materiais e Equipamentos

A unidade de saúde que realizará o acompanhamento pré-natal deverá dispor do seguinte:

1 - Ambulatório - com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiro(s) e consultório(s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas dos consultório(s) devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos;

2 - Materiais e Equipamentos (mínimos):

a - Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;

b - Mesa ginecológica;

c - Escada de dois degraus;

d - Foco de luz;

e - Balança antropométrica para adultos (peso/altura);

f - Esfignomanômetro (aparelho de pressão arterial);

g - Estetoscópio clínico;

h - Estetoscópio de Pinard;

i - Fita métrica flexível e inelástica;

j - Espéculos;

k - Pinças de Cheron;

l - Material para coleta de material para exame colpocitológico;

m - Gestograma ou disco obstétrico;

n - Sonar Doppler (se possível).

III- Recursos Humanos

A unidade deverá contar com:

1 - Médico ou Enfermeiro;

2 - Pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV – Registros

Toda unidade básica deverá utilizar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde e no

município. Para alcançar estes objetivos é necessário, também, que se estabeleça um fluxo de informações entre os serviços de saúde que integram o sistema de referência e contra-referência. Os instrumentos de registro a serem utilizados são os seguintes:

1 - Cartão da Gestante – deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência. O Cartão deverá estar sempre de posse da gestante.

2 - Ficha Perinatal – instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.

3 - Ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

V- Medicamentos Essenciais

1 - Analgésicos;

2 - Antiácidos;

3 - Antibióticos;

4 - Sulfato ferroso com ácido fólico;

5 - Supositórios de glicerina;

6 - Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI – Avaliação da Assistência Pré-natal

A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Esta avaliação subsidia, também, quando pertinente, mudança das táticas/estratégias adotadas, possibilitando a melhoria dos indicadores estabelecidos a partir dos dados registrados na Ficha Perinatal, no Cartão da Gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do município e estado.

Para a avaliação da assistência pré-natal, deve-se utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1 - Indicadores de Processo :

- 1 - Distribuição das gestantes por trimestre gestacional em que foi realizada a 1ª consulta pré-natal (1º, 2º e 3º);
- 2 - Percentual de mulheres que se inscreveram no pré-natal (realizaram a 1ª consulta) em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos no município);
- 3 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;
- 4 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- 5 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- 6 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- 7 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV
- 8 - Percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.
- 9 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

1- Indicadores de Resultados:

- 1 - Percentual de gestantes com VDRL positivo dentre aquelas que realizaram o exame;
- 2 - Percentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame;
- 3 - Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita;
- 4 - Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- 5 - Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa

1 - Indicadores de Impacto:

1 - Coeficiente de incidência de sífilis congênita

2 - Coeficiente de incidência de tétano neonatal

3 - Razão de mortalidade materna no município;

4 - Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no município.

ANEXO C - PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das atividades e dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados.

A. Atividades

Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

- receber e examinar as parturientes;
- assistir as parturientes em trabalho de parto;
- assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
- proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos;
- assistir a partos normais;
- realizar partos cirúrgicos;
- assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
- elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
- garantir o apoio diagnóstico necessário.

B. Recursos humanos

Equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto:

- obstetra;
- pediatra/neonatologista;
- clínico geral;
- enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia);
- auxiliar de enfermagem;
- auxiliar de serviços gerais.

C. Estrutura física

Características físicas mínimas das Unidades para a realização de parto:

- sala de exame e admissão da parturiente;
- sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- alojamento conjunto, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N° 1.016, de 26 de agosto de 1993;
- área de lavagem das mãos;
- área de prescrição;
- área de assistência ao recém-nascido;
- banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
- sanitário para funcionários e acompanhantes;
- armário/rouparia;
- copa/cozinha;
- depósito para material de limpeza;
- depósito para equipamento e material de consumo;
- sala de administração;
- central de esterilização;
- expurgo.

Nota: (1) além desses requisitos especificados acima, as Unidades deverão atender àqueles estabelecidos pela Portaria GM/SAS N° 1884, de 11 de novembro de 1994, quanto a Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde.

(2) em Unidades que realizam parto cesariana, além dos itens precedentes, é necessária a disponibilidade de:

- centro Obstétrico;
- sala de recuperação anestésica.

D. Equipamentos

Equipamentos mínimos que as Unidades devem dispor para a realização de parto:

- mesa para exame ginecológico;
- mesa auxiliar;
- berço;
- berço aquecido;
- balança;
- relógio de parede;
- camas hospitalares reguláveis ou cama para pré parto, parto e pós-parto;
- cadeira para acompanhante;
- mesa de reanimação e fonte de calor radiante;
- fita métrica;
- escada com dois lances;
- estetoscópio de Pinard;
- estetoscópio clínico;
- esfigmomanômetro;
- materiais para exames;
- amnioscópico;
- sonar doppler;
- aspirador de secreções;
- fonte de oxigênio;
- balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança para o recém-nascido e para adultos;
- máscara para neonato (números 0 e 1) e para adultos;
- laringoscópio;
- lâminas de laringoscópio retas para neonato (0 e 1) e adulto;
- cânulas orotraqueais para neonato (2, 2.5, 3.5) e adulto;
- extensões de silicone;

- sonda de aspiração traqueal para o neonato (6,8 e 10) e adulto;
- fonte de oxigênio em viatura;
- incubadora de transporte;
- gerador (para unidades que realizam parto cesariana);
- ambulância (ou acesso);
- hamper;
- foco de luz pescoço de ganso;
- instrumental para parto e cesariana;
- espéculos.

Nota: nos centros e Casas de Parto Normal, a equipe deverá ser composta na conformidade da Portaria GM/MS N° 985, de 05 de agosto de 1999.

ANEXO D - PORTARIA Nº 1459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil

de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto 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;

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

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º 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, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - 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;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º 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 em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

f) qualificação do sistema e da gestão da informação;

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

i) 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.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) 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";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

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

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) 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;

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão 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.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

I - Adesão e diagnóstico;

II - Desenho Regional da Rede Cegonha;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção

IV - Qualificação dos componentes e

V - Certificação

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção

de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;
- b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e
- c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;
- b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal

ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I - à 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;

II - ao Estado, por meio 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

III - ao Município, por meio 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.

Art. 10. 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, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a

fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

II -Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) 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, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/MS.

b) 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.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de

metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo , de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

~~§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a~~

segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite - CIB e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)." (NR)

(Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

~~§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF. § 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.~~

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com envio, para conhecimento, do respectivo CGR, CIB e CGSES/DF." (NR) (Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 -

Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO E - MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO F - MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma

(K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): nº de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: nº de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: nº de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistemas DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores.

Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(Alterado pela PRT nº 904/GM/MS de 29 de maio de 2013).

ANEXO G - NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde apartir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma

Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO H - KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

ANEXO V

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha

Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e
20 unidades de gaze estérilembalado em uma caixa de plástico)

Trocador de fralda

ANEXO I - KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais
Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto
Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox
Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"
Lanterna média a dínamo
Fraldas de algodão
Guarda-chuva e capa de chuva
Bacia de alumínio
Toalha para enxugar as mãos
Estetoscópio de Pinard de plástico
Fita métrica
Pacotes com gaze
Escova de unha
Sabão líquido
Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical
Luvas descartáveis
Álcool a 70%
Saco plástico transparente (polietileno)
Almofolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool
Tesoura comum para uso pessoal
Livro da Parteira
Lápis/caneta e borracha
Caderno pequeno para anotações
Balão auto-inflável com válvula reguladora
Máscaras para balão
Bulbo ou pêra de borracha
Estetoscópio adulto
Gorro/toca capilar
Coberta de flanela para o recém-nascido
Avental plástico
Forro protetor